Sydänpotilaiden hoitopolku ja toimijoiden välinen tiedonkulku sydänyhdistysten hallitusten jäsenten näkökulmasta

• •

Laakso, Nina

Niemi, Maria

2010 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Sydänpotilaiden hoitopolku ja toimijoiden välinen tiedonkulku sydänyhdistysten hallitusten jäsenten näkökulmasta

Maria Niemi
Nina Laakso
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2010

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Nina Laakso ja Maria Niemi

Sydänpotilaiden hoitopolku ja toimijoiden välinen tiedonkulku sydänyhdistysten hallitusten jäsenten näkökulmasta

Vuosi 2010 Sivumäärä 53

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää sydänsairauteen sairastuneen potilaan tämän hetkistä hoitopolkua ja tiedon kulkua sydänyhdistysten hallitusten jäsenten näkökulmasta Lostin ja Karviaisen alueella sekä löytää siinä mahdollisesti olevia kehittämiskohtia. Opinnäytetyön tuloksia verrattiin osittain alueen toimijoille aiemmin tehtyyn kyselyyn sydänsairauteen sairastuneen potilaan hoitopolusta ja toimijoiden välisestä tiedon kulusta. Opinnäytetyö on osa Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hanketta.

Tämän työn tietoperustana on sydän- ja verisuonisairautta sairastavan potilaan hoito ja moniammatillisen hoitopolun tekijät. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena. Vastaukset tallennettiin sähköiselle Digiumlomakkeelle, josta saatiin vastausjakaumat. Avoimet kysymykset käsiteltiin sisällön analyysilla. Saatuja tuloksia verrattiin hankittuun teoriatietoon sekä osittain alueen toimijoille aiemmin tehdyn kyselyn vastauksiin.

Tutkimuksen mukaan sydänsairauteen sairastuneen potilaan hoitopolussa ja tiedonkulussa on kehittämiskohteita esimerkiksi tiedon kulkuun ja potilaan jatkohoitoon liittyvissä asioissa. Suurimmiksi tiedonkulkua hidastaviksi tekijöiksi koettiin potilastietojärjestelmät ja toimijoiden yhteistyön puute. Vastauksista ilmeni, että tiedonkulku eri toimijoiden välillä on puutteellista, eivätkä potilaan tiedot aina siirry jatkohoitopaikkaan. Tässä vaiheessa potilas saattaa jäädä jatkohoidon ulkopuolelle.

Tulosten mukaan sydänyhdistys ei varsinaisesti tee tällä hetkellä yhteistyötä julkisen sektorin, kuten sairaalan tai terveyskeskuksen kanssa, vaan lähinnä muiden 3. sektorin toimijoiden kanssa. Sydänyhdistyksen rooliksi sydänpotilaan hoitopolussa koettiin ennaltaehkäisevä työ, vertaistuen anto, ohjaaminen ja virkistystoiminta. Oman roolin sydänpotilaan hoitopolussa vastaajat kokivat tärkeäksi.

Kehittämisehdotuksena esitettiin sydänyhdistyksen näkyvämpää yhteistyötä esimerkiksi sairaalan tai terveyskeskusten kanssa. Laajempana kehittämisehdotuksena esitettiin alueen toimijoiden välisen yhteistyön parantamista selkeän hoitopolun avulla ja potilaan jatkohoidon parantamista. Tällainen hanke vaatisi hoidon koordinaattorin, joka tuntee alueen toimintatavat.

Asiasanat: sydänpotilas, sydän- ja verisuonisairaus, hoitopolku, tiedonkulku, moniammatillisuus, toimija.

Laurea University of Applied Sciences
Laurea Lohja
Nursing Health Care

Abstract

Nina Laakso and Maria Niemi

The nursing pathway for the patients with cardiovascular diseases and the flow of information between the operators from the point of view of the board members of Heart Association Unit.

Year 2010 The number of pages 53

The purpose for this thesis was to research the existing nursing pathway for the patients with a cardiovascular disease and the flow of information from the point of view of the board members of Heart Association Unit in Lost and Karviainen area. In addition the purpose was to discovered some potential targets for development in it. The results of the thesis were partly compared to the inquiry, carried out earlier for the operators, about the nursing pathway and the flow of information between the operators concerning a patient with a cardiovascular disease. The thesis is a part of Proactive care and the future project in Laurea University of Applied Sciences in Lohja.

The theoretical basis of this thesis is the nursing and the matters of the interprofessional nursing pathway. The research was carried out as a questionnaire. The answers were saved in electronic Digium form, on the basis of which the reply distributions were calculated. Open ended questions were processed with content analysis. The results were compared to the received explicit knowledge and partly also to the results of the previous inquiry.

According to the research, there are some targets for development on the nursing pathway and the flow of information related for example to the advisory and the follow-up care concerning a patient with a cardiovascular disease. The patient record systems and the lack of co-operation between the operators were considered the biggest retardant. It appeared in the results of the inquiry that the flow of information between the operators is tenuous and the information of a patient is not necessarily transferred to a place for further treatment. At this point a patient may miss the further treatment.

According to the results, Heart Association Unit does not actually co-operate with the public sector, such as a hospital or a heath central. It co-operates mostly with other third sector operators. The role of Heart Association Unit was seen in preventive work, giving peer support, guidance and recreation. The answerers saw the patient´s own role important on the nursing pathway of a patient with a cardiovascular disease.

More visible co-operation, for example with a hospital or a health center, was set forth as the suggestion for development. The improvement of co-operation between the operators in the area with the help of a distinct nursing pathway and the improvement in further treatment were set forth as more extensive suggestions for development. Such a project would require a coordinator who knows the policy in the area.

Index terms: a patient with a cardiovascular disease, cardiovascular disease, nursing pathway, flow of information, multiprofessionality, operator.

Sisällys

1 Johdanto ... 6
2 Sydänpotilaan moniammatillinen hoito ja tiedonkulku ... 8
2.1 Tiedonkulku terveydenhuollossa ... 11
2.2 Hoidon porrastusta ohjaava lainsäädäntö ... 13
2.3 Käypä hoito -suositukset ... 15
2.4 Sydänpotilaan hoitopolku ... 17
2.5 Sydänpotilaan hoitoon pääsy ... 20
2.6 Sydänpotilaan hoidon ohjaus, seuranta ja kuntoutus ... 20
2.7 Sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisy ... 24
2.8 Suomen sydänliitto ... 25
2.8.1 Lohjan sydänyhdistys ... 26
2.8.2 Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistykset ... 26
3 Tutkimuksen tarkoitus ja menetelmälliset valinnat ... 27
3.1 Tutkimuksen toteuttaminen ... 27
3.2 Tutkimus- ja analyysimenetelmät ... 28
3.3 Kyselylomake ... 30
3.4 Tutkimuksen eettisyys ja ajankohtaisuus ... 31
3.5 Tutkimuksen luotettavuus ... 32
3.6 Aikataulu ... 32
4 Tulokset ... 33
4.1 Vastaajien taustatiedot ... 33
4.2 Vastaajien näkemykset tiedonsaannista ... 35
4.3 Tiedottaminen sydänyhdistyksen toiminnasta ... 37
4.4 Sydänpotilaan hoitopolku ja sen toimijoiden yhteistyö ... 37
4.5 Ongelmat yhteistyössä ja tiedonkulussa ... 39
4.6 Tutkimuskysymysten tarkastelua ... 42
5 Johtopäätökset ... 43
5.1 Tutkimustulosten tarkastelua ... 43
5.2 Kehittämisehdotukset ... 50
Lähteet ... 54
Kuviot ... 58
Taulukot ... 58
Liitteet ... 59

1 Johdanto

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat maailmanlaajuisesti merkittävä ongelma, koska ne vaikuttavat heikentävästi ihmisen elämänlaatuun. Kehittyneissä maissa sydän- ja verisuonisairauksien hoito on kehittynyt viime vuosina ja sepelvaltimotautikuolemat ovat vähentyneet, mutta siitä huolimatta kaikkialla maailmassa ei ole mahdollisuutta parhaaseen mahdolliseen sydänsairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. (Wensing ym. 2009.) Sydäninfarktin tai aivoinfarktin saa vuosittain noin 32 miljoonaa ihmistä ja 12,6 miljoonaa ihmistä menehtyy niihin. On arvioitu, että 2020 mennessä sydän- ja verisuonitautikuolemia tulee olemaan noin 25 miljoonaa. (Suomen sydänliitto 2005d.)

Sepelvaltimotautia sairasti vuonna 2005 Suomessa noin 300 000 ihmistä (Therapia Fennica 2007). Vuonna 2008 tehdyn raportin mukaan noin 600 000 suomalaisella on kohonnut verenpaine. 1-2 prosentilla väestöstä esiintyy sydämen vajaatoimintaa ja iän noustessa yli 70-vuotiaaksi, sydämen vajaatoimintaa sairastaa jo 5-10 prosenttia. Eteisvärinää sairastaa 0,4-1,3 prosenttia väestöstä ja 85 vuotta täyttäneistä 20 prosenttia on sairastunut kohtauksittaiseen tai krooniseen eteisvärinään. (Kansanterveyslaitos 2008b.)

Sydänsairaus on pitkäaikaissairaus, jossa hoidon aloittaminen, sen jatkuvuus ja tiedon kulku ovat tärkeitä laaduntekijöitä potilaan hoitoketjussa. Hoidon aloittaminen, hoidon eteneminen, potilaan oikeanlainen ohjaus ja jatkohoidon seuranta ovat potilaan sairauden etenemisen ehkäisyn sekä elämänlaadun kannalta olennaisia. (Ekola 2008; Ruotsalainen 2006, 49.) Sydänpotilas tarvitsee saumattoman hoitoketjun, joka lähtee potilaan tarpeista. Toimivassa hoitoketjussa tiedonkulku on sujuvaa, hoitovastuun määritys selkeää ja eri toimijoiden, kuten erikoissairaanhoidon, perusterveyshuollon, sydänjärjestöjen ja apteekin välillä on yhteistyötä. Perusterveydenhuollossa tapahtuu suurin osa sydän- ja verisuonitautien hoidosta, joten sen merkitys on suuri. Järjestöjen, kuten sydänliiton tarjoamaa toimintaa tulee hyödyntää perusterveydenhuollon jatkona. (Kansanterveyslaitos 2008b.) Tämän takia tulevaisuudessa tulee kehittää yhä enemmän julkisen sektorin ja kolmannen sektorin yhteistyötä (Sydänliiton verkkolehti 2010b).

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin sydänsairauteen sairastuneen potilaan (sydänpotilas) hoitopolkua ja tiedonkulkua eri toimijoiden välillä Lostin (Lohjan, Siuntion, Inkoon ja Karjalohjan terveydenhuollon yhteistoiminta-alue) ja Karviaisen (Karkkilan, Nummi-Pusulan ja Vihdin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen perusturvakuntayhtymä) alueella. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää sydänyhdistysten hallitusten jäsenten näkökulmaa sydänpotilaiden hoitoon liittyvästä tiedonkulusta sekä sydänpotilaan hoitopolun toimivuudesta.

Työ on osa Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hanketta, joka on alkujaan lähtenyt käyntiin syksyllä 2008 Sydänpolku -hankkeen nimellä. Hankkeen tarkoituksena on kehittää Lohjan alueelle sydänpotilaan hoitoketju, jonka myötä sydänpotilas tietää, missä hänen hoitonsa jatkuu sairastumisen jälkeen, sekä mihin ottaa yhteyttä, mikäli kokee tarvitsevansa esimerkiksi vertaistukea muilta sydänsairauksiin sairastuneilta ihmisiltä.

Keväällä 2009 vastaavanlainen kysely on tehty Lostin sekä Karviaisen alueiden hoitopaikoille ja toimijoille, jotka työskentelevät sydänpotilaiden parissa, mukaan lukien kolmas sektori sekä yksityiset toimijat, kuten apteekit ja Liikunta- ja hyvinvointikeskus Aplico. Keväällä 2009 tehdyssä hankkeessa liittyen sydänpotilaan toimijoiden väliseen tiedonkulkuun kävi ilmi, että toimijoiden välisessä tiedonkulussa on ongelmia ja yhteistyö on vähäistä. (Aarnio ym. 2009.) Tämän kyselyn oli tarkoitus syventää tiedonkulkuun liittyvien ongelmien kartoitusta. Kyselylomakkeesta tehtiin osittain samankaltainen keväällä 2009 tehdyn lomakkeen kanssa, jotta vastaukset ovat osittain vertailukelpoisia.

2 Sydänpotilaan moniammatillinen hoito ja tiedonkulku

Yleisimpiä sydän- ja verisuonisairauksia ovat kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkiertohäiriöt sekä rasva- ja aineenvaihdunnan häiriöt. Huolimatta työikäisten vähentyneestä sairastuvuudesta ja kuolleisuudesta, sydän- ja verisuonisairaudet muodostavat merkittävän kansansairausryhmän. Riskitekijöitä ovat muun muassa perinnölliset tekijät, ravinnon rasvatekijät ja veren korkea kolesteroli, etenkin korkea LDL-kolesterolin osuus sekä tupakointi. (Kansanterveyslaitos 2008b.)

Sepelvaltimotauti ja kohonnut verenpaine ovat keskeisimmät sydäninfarktin ja aivoinfarktin riskitekijöistä ja lisäävät vaaraa muun muassa eteisvärinän kehittymiselle. Eteisvärinä saattaa aiheuttaa embolioiden eli verihyytymien muodostumista sydämen vasempaan kammioon ja lisää sitä kautta aivoinfarktin vaaraa. Verihyytymät voivat lähteä liikkeelle ja kulkeutua veren mukana valtimoita pitkin elimistöön. Jos verihyytymä kiilautuu aivovaltimon haaraan, verenkierto loppuu aivojen siinä osassa aiheuttaen kuolion eli aivoinfarktin. (Terveyskirjasto 2008a.)

Sydäninfarktin ja aivoinfarktin muita riskitekijöitä ovat korkea kolesteroli ja tupakointi. Korkea kolesterolipitoisuus lisää kolesterolin eli rasvan kertymistä valtimoiden seinämiin ja sitä kautta edistää verisuonten kalkkeutumista. Korkea kolesteroli saattaa aiheuttaa ateroskleroosia eli valtimotautia. Valtimotauti lisää riskiä sairastua sepelvaltimotautiin. (Suomen sydänliitto 2010a.) Sepelvaltimotaudissa sydänlihaksen ravinnosta ja hapensaannista huolehtivat sepelvaltimot ovat ahtautuneet, jonka seurauksena sydänlihas kärsii hapenpuutteesta, aiheuttaen yleisenä oireena rintakipua. (Terveyskirjasto 2009b.) Kolesteroli aiheuttaa verisuonen sisäseinämään pullistuman eli plakin. Pullistuma saattaa revetä, aiheuttaen verihyytymän, joka tukkii nopeasti suonen aiheuttaen sydäninfarktin. (Terveyskirjasto 2009c.)

Tupakan kemikaalit aiheuttavat muun muassa verisuonten supistumista ja tulehdusreaktiota verisuonten seinämissä, joka edesauttaa verisuonten kalkkeutumista. Hapen kulkeutuminen elimistössä vaikeutuu hiilimonoksidin takia. Nikotiini nostaa sydämen syketasoa ja verenpainetta. Jotta sydän pystyy huolehtimaan elimistön hapetuksesta, joutuu sydän työskentelemään normaalia enemmän, verenpaine ja syke nousevat. Tupakointi lisää myös kolesterolin kertymistä verisuoniin. (Suomen sydänliitto 2010b.)

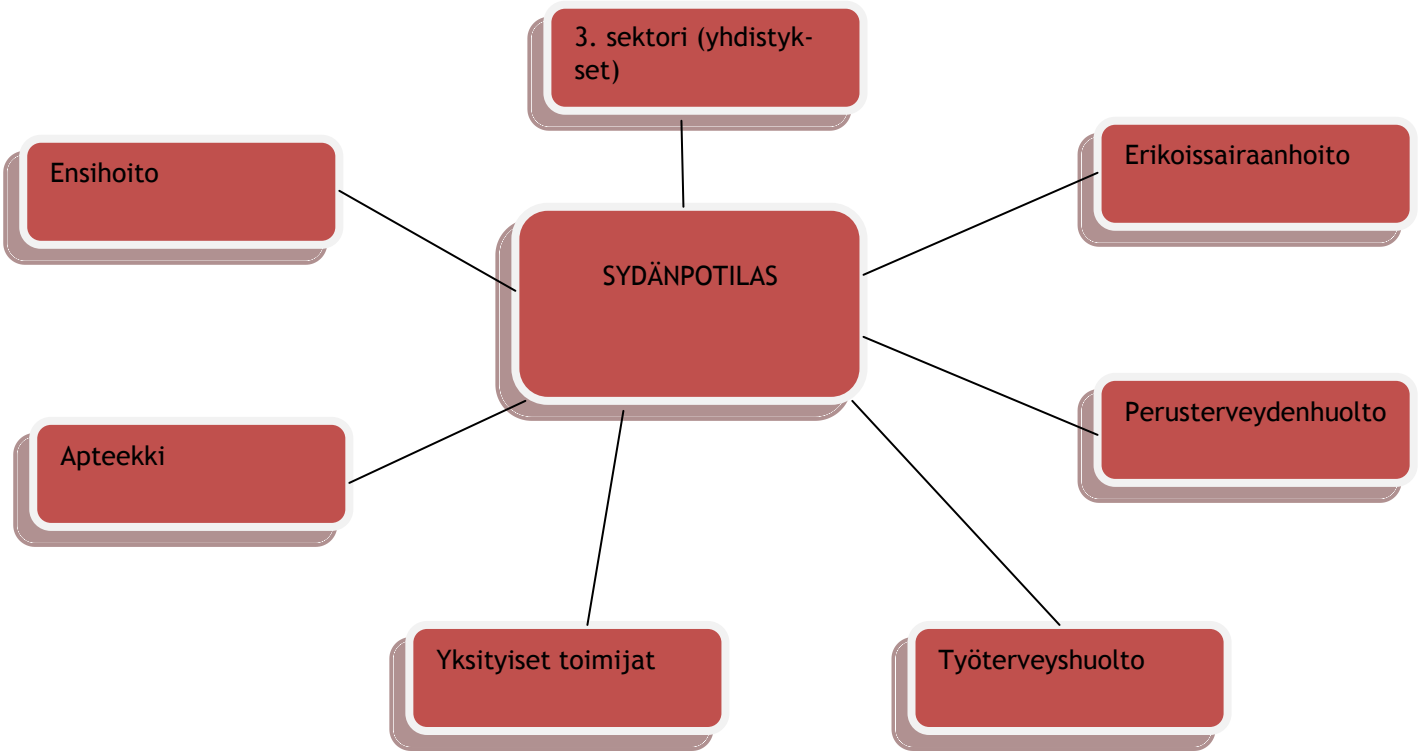
Seurantatutkimusten mukaan kohonnut verenpaine tai kolesteroli edistää myös vaskulaariseen eli verenkiertohäiriöstä johtuvaan dementiaan sairastumista (Suomen sydänliitto 2005d). Kansanterveyden keskeinen uhka on lihominen, jonka seurauksena etenkin tyypin 2 diabetes on yleistymässä. Ylipaino altistaa metaboliselle oireyhtymälle, joka on rasva-aineenvaihdunnan häiriö. Metaboliseen oireyhtymään liittyy kohonnut verenpaine ja epäedulliset muutokset

veren sokeri- ja rasva-arvoissa ja sen myötä kohonnut riski sairastua diabetekseen, sepelvaltimotautiin tai aivoverenkiertohäiriöön. Valtimotautien ehkäisy perustuu niiden riskitekijöiden alentamiseen. Keskeiset elintapatekijät ovat terveellinen ruokavalio, liikunta ja tupakoimattomuus, joilla voidaan ennaltaehkäistä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. (Kansanterveyslaitos 2008b.)

Kansanterveyslaitoksen (2006c) mukaan väestörakenne tulee lähitulevaisuudessa muuttumaan nopeasti. Suurten ikäluokkien osuus kasvaa ja suuret ikäluokat lähestyvät ikää, jolloin sairastuvuus kasvaa jyrkästi. Tämä näkyy monien sairauksien ja niistä aiheutuvan hoidon tarpeen lisääntymisenä, mutta erityisen selvästi sydän- ja verisuonisairauksia potevien hoidon lisääntymisenä. Vanhusten osuutta väestössä nostaa eliniän piteneminen. Myös Ruotsalainen (2006, 28) tuo ilmi, että väestön ikääntyneiden määrä tulee lähitulevaisuudessa kasvamaan muun muassa kehittyneempien hoitomuotojen ja alentuneiden tautikuolleisuuksien takia. Tulevaisuudessa myös yhä useampi sydänpotilas elää pidempään ja yhä useampi sydänpotilas on iäkäs ihminen.

Sydänpotilaan hoito ja kuntoutus on moniammatillista toimintaa, jonka tavoite on parantaa potilaan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä. Sydänpotilaan kuntoutumisen tavoitteina on elintapamuutosten onnistumisen tukeminen, riskitekijöiden tunnistaminen, fyysinen ja psyykkinen toipuminen, hyvä elämänlaatu sekä työ- ja toimintakyvyn palautuminen. Sydänpotilaan kuntoutus kuuluu hyvään hoitoon ja sen tulee olla moniammatillista, tavoitteellista ja muuta hoitoa täydentävää toimintaa. Psyykkisistä tekijöistä depressioon eli masennukseen sairastuminen on hyvin tyypillistä sydänpotilaalle, ja suurentaa 2,5-kertaiseksi vaaraa uudelleen sairastumiseen. (Kansanterveyslaitos 2008b.)

Sydänpotilas tarvitsee saumattoman hoitoketjun, joka lähtee potilaan ja omaisen tarpeista. Tämä edellyttää eri toimijoiden välillä sujuvaa tiedonkulkua, selkeitä määrityksiä siitä, kenellä on hoitovastuu, sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sydänjärjestön yhteistyötä. Perusterveydenhuollossa tapahtuu suurin osa sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Tämän takia terveyskeskuksien merkitys ennaltaehkäisevässä työssä sekä sairastuneen hoidon seurannassa on suuri. Perusterveydenhuollon lisäksi järjestöjen tarjoamaa vertaistukitoimintaa tulee hyödyntää perusterveydenhuollon jatkona. (Kansanterveyslaitos 2008b.)



Kuvio 1: Sydänpotilaan hoitoon liittyvät toimijat

Kun potilaan ongelmaa pohtii useampi eri alan asiantuntija, syntyy moniammatillinen työryhmä (Kuvio 1). Työryhmä muodostaa ryhmän, jonka yhteinen päämäärä on potilaan auttaminen. Jokaisella eri alan ammattilaisella on tietyt toimintatavat ja jokainen työryhmän jäsen tuo oman asiantuntijuutensa ryhmään. (Metteri 1996, 10.) Toimijalla tarkoitetaan kaikkia niitä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä 3. sektorin ihmisiä, jotka osallistuvat potilaan hoitoon ja vastaavat hoitoketjussa tietyn palveluketjun toteuttamisesta (Stakes 2009). Potilas voidaan kuvata eri tavoin. Teoreetikko Ernestine Wiedenbach on määritellyt potilaan yksilöksi, joka tarvitsee jonkinlaista apua terveydenhuoltoalan ammattilaiselta. Ihmisen ei tarvitse olla sairas ollakseen potilas, apu voi olla hoitoa, opetusta tai neuvoja. (Marriner-Tomey 1994, 86.) Yhdysvaltalainen teoreetikko Joyce Travelbee on sanonut, että potilaita ei ole olemassa. On vain ”yksilöllisiä ihmisiä, jotka tarvitsevat hoitoja, palveluja ja apua toisilta ihmisiltä, joiden uskotaan pystyvän antamaan tarvittava apu.” (Marriner-Tomey 1994, 344.)

Pohjoismaissa paljon hoitotieteen tutkimusta ja hoitofilosofiaa kehittänyt Katie Eriksson taas kuvaa potilaan kärsiväksi ihmiseksi, jolla on oikeus hoitoon arvokkuutensa säilyttäen (Marriner-Tomey 1994, 503-504). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrittelee sanan potilas seuraavasti: potilas on terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä tai muuten niiden

kohteena oleva henkilö. Hoitoketjulla voidaan kuvata potilaan hoidon etenemistä kotoa hoitopaikkaan, jatkohoitopaikkaan, muihin tarvittaviin hoitolaitoksiin ja lopuksi takaisin kotiin. Hoitoketjun tarkoitus on parantaa ja helpottaa potilaan palveluita sekä yhteistyötä eri organisaatioiden välillä. (Kerttunen, Korjonen, Kurtti & Paasovaara 2008.)

2.1 Tiedonkulku terveydenhuollossa

Tiedonkulku on tärkeä osa hoidon laatua. Saumaton tiedonkulku lisää olennaisesti potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. Sen lisäksi hyvin toimiessaan saumaton tiedonkulku lisää hoitajien aikaa ja säästää terveydenhuollon kustannuksia. (Kerttunen, Korjonen, Kurtti & Paasovaara 2008.) Tiedonkulku on osa potilasturvallisuutta ja se voidaan katsoa osaksi Sosiaali- ja terveysministeriön asettamaa potilasturvallisuusstrategiaa 2009–2013. Potilasturvallisuusstrategian ajatus on potilasturvallisuuden edistäminen yhdessä. Siihen liittyy muun muassa potilas- ja hoitomenetelmien turvallisuus, lääketurvallisuus ja laiteturvallisuus. Potilas saa tarvitsemansa oikeanlaisen hoidon ja se toteutetaan yhdessä potilaan kanssa. Potilas tuo ilmi omat toiveensa ja tavoitteensa hoidolle ja hänelle kerrotaan ymmärrettävästi hoidon vaihtoehdot. Potilas saa tarpeeksi tietoa ja neuvontaa hoitohenkilökunnalta, jonka kautta hän voimaantuu omaan hoitoonsa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 15.) Tähän tarvitaan hoitohenkilökunnan ammattiosaamista ja yhteistyötä. Turvallisen hoidon keskeinen edellytys on ammatillinen osaaminen, josta jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella on vastuu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 18.)

Tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen ovat yleisiä potilasturvallisuudessa tapahtuvia haittojen syitä. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa strategiassa korostetaan, että työyhteisön hoitotiimissä ja hoitoketjussa toimivien kesken tulee yhdessä sopia, miten tiedot jaetaan, jotta tiedonkulku ei katkea tai sitä ei ymmärretä väärin. Saadut hoito-ohjeet ja määräykset tulee varmistaa toistamalla, sekä kirjaamalla välittömästi ja selkeästi. Lisäksi ne tulee varmistaa allekirjoituksella. Näillä vähin kustannuksin toteutettavilla keinoilla voidaan kokemusten mukaan vähentää monia virhemahdollisuuksia ja sitä myötä parantaa potilasturvallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b.)

Terveydenhuolto-organisaatioilla on useita potilas- ja hallintojärjestelmiä, joita on pyritty integroimaan niin, että esimerkiksi sähköisessä muodossa olevat lähettävän organisaation lähetetiedot sekä hoitopalautetiedot ovat potilaan vastaanottavan organisaation käytettävissä välittömästi (Rutanen 2008, 6). Rutasen (2008, 75) tekemässä väitöskirjassa tiedon käsiteltävyydestä ja saatavuudesta perusterveydenhuollossa tuli ilmi, että terveydenhuollon tiedonjakelussa esiintyy ongelmia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tiedon aika- ja paikkavaatimukset eivät täyty, käyttäjillä ei ole riittäviä käyttöoikeuksia tietojärjestelmiin tai potilaan suostumuksen pyytämisessä on ongelmia. Tietojärjestelmissä on myös käyttökat-

koksia, yhteyksissä sekä tiedonsiirrossa on toimintahäiriöitä ja tietosuojan koetaan hankaloittavan palveluiden käyttöä. Potilaan suostumuksesta huolimatta potilaspapereita ei pääse katsomaan tai ne eivät ole nähtävissä. (Rutanen 2008, 56–57.)

Hyvinkään sairaalassa (2005) tutkittiin tiedonkulkua potilassiirrossa erikoissairaanhoidon vuodeosastolta terveyskeskustasoiselle vuodeosastolle. Tuloksien mukaan potilaan hoidon kannalta merkittäviä asioita hoitoketjussa on hoidon nopeus, joustavuus ja yhteistyö. Käytännössä se tarkoittaa, että potilas saa hoitoa silloin, kun hän sitä tarvitsee, pääsee nopeasti hoitoon, tiedonkulku on sujuvaa, palvelut ovat joustavia ja niitä pystytään hyödyntämään potilaan hoidossa. Tulosten mukaan potilaan yleisissä tiedoissa esiintyi puutteita. Jo tehdyt tutkimukset eivät siirtyneet jatkohoitopaikkaan puutteellisten merkintöjen vuoksi, jolloin potilaille saatettiin tehdä samat tutkimukset uudestaan. Käytännössä toivottiin lääkekorttien kirjaamisen yhdenmukaistamista, joka parantaisi lääketurvallisuutta sekä siirrettävän potilaan lääkärinkierron aikaistamista, joka mahdollistaisi sen, että potilaan ajan tasalla olevat paperit ehtivät potilaan mukaan. (Kerttunen ym. 2008.)

Rutasen (2008, 63–65) tutkimuksen perusteella perusterveydenhuollossa toivotaan, että potilaasta on käytössä tiedot ainakin viimeisen vuoden ajalta, mieluummin pidemmältä ajalta. Lisäksi tulee saada tieto potilaan hoidosta vastuussa olleesta organisaatiosta ja paikasta, potilaan hoidon syyt sekä luokiteltuna että vapaasti kuvattuna, hoidon pääasialliset syyt, sivuasialliset syyt sekä muut tärkeät asiat vähintään viimeisen vuoden ajalta. Kaikista potilaalle tehdyistä toimenpiteistä, lääkityksestä sekä lääkehistoriasta, potilasta koskevista lausunnoista, toimintakyvystä, hoitotyön yhteenvedosta ja hoidon jatkosuunnitelmasta tulee saada tieto reaaliajassa. Tutkimuksen mukaan näitä tietoja saatiin nykyisessä tietojärjestelmässä usein vain osittain ja useammat vastaajat eivät olleet tyytyväisiä tiedonsaannin joustavuuteen ja nopeuteen sairaanhoitopiirinsä aluetietojärjestelmäpalvelussa. Huomioitavaa on myös se, että terveydenalan ammattihenkilöstöä sitoo salassapitovelvollisuus ja potilaalta tarvittava suostumus tietojen luovutukseen asettaa selkeät rajat konsultoinnille ja keskusteluille moniammatillisessa tiedonkulussa (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 196).

Potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä. Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa luovuttaa potilasasiakirjoihin liittyviä tietoja ilman potilaan kirjallista suostumusta. Jos potilas ei pysty itse antamaan suostumusta tietojen luovuttamiseen, kirjallisen suostumuksen tekee hänen laillinen edustajansa. Lain mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Näitä ovat hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteutus ja seuranta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 12-13.) Potilasasiakirjat ovat asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaan koskevia tietoja. Niiden tarkoitus on ennen kaikkea tukea potilaan hyvää hoitoa sisältäen hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan. Potilasasiakirjat ovat laillisia asiakirjoja ja ne ovat tärkeitä potilaan ja ammattihenkilön oikeusturvan kannalta etenkin silloin, jos hoidosta tai potilaan

oikeuksista kannellaan. Potilasasiakirjojen tarkoitus on lisäksi turvata potilaan hoidon kulku. Potilasasiakirjoista tulee näkyä, miten potilaan hoito on hoidon eri vaiheissa järjestetty ja ketkä ovat osallistuneet potilaan hoitoon. Potilasasiakirjoista tulee myös näkyä, että potilaan hoidon järjestelyissä on toimittu ottaen huomioon potilaan lakisääteiset oikeudet. (Valvira 2007.)

Tulevaisuudessa potilaan saaman hoidon yhteenveto tallennetaan kansalliseen arkistoon. Kansallisen hoitotyön systemaattisen kirjaamisen mallin yksi tavoite on yhdenmukaistaa ja parantaa tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä. Hoitotyön yhteenveto on yksi hoitotyön ydintiedoista, jonka sisältö on kansallisesti määritelty. Yhtenäiset tavat vähentävät kirjaamisen merkintöjä ja parantavat tiedon hyödynnettävyyttä ja käytettävyyttä. Yhtenäisten tapojen avulla voidaan edesauttaa potilaan oikeiden tietojen siirtymistä eteenpäin. (Hassinen & Tanttu 2008, 18-19.) Kansallinen sähköinen potilastietojärjestelmä tulee jokaisessa hoito-organisaatiossa ottaa käyttöön tämän hetken tietojen mukaan 1.4.2011 mennessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a).

2.2 Hoidon porrastusta ohjaava lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tavoite on asiakkaan tai potilaan terveydentilan edistäminen sekä toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa säätää terveydenhuollon ammattihenkilölaki (1994) ja potilaan oikeuksia ja toimintamahdollisuuksia määrittää laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaslaki määrittelee potilaan oikeuden hyvään hoitoon, kohteluun, hoitoon pääsyyn, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen. Potilaslaki ohjeistaa myös potilasasiakirjojen laatimisen, suunnittelun ja toteuttamisen sekä seurannan turvaamiseksi tarvittavat tiedot. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Sairaanhoito on porrastettu kotona tapahtuvaan hoitoon, terveyskeskuksen vuodeosastoon, erikoissairaanhoitoon sekä erityistason sairaanhoitoon. Sairaanhoitoa ohjaa muun muassa kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki. (Kansanterveyslaki 1972; erikoissairaanhoitolaki 1989.) Kansanterveyslaki määrittelee kunnan tehtäväksi järjestää asukkaiden terveyden- ja sairaanhoitopalvelut. Kunnan tehtävä on muun muassa huolehtia kuntalaisten terveyttä edistävästä, terveyttä suojelevasta ja sairautta ehkäisevästä toiminnasta. (Kansanterveyslaki 1972.)

Hoidon porrastukseen kunnassa vaikuttaa erikoissairaanhoitolaki. Erikoissairaanhoitolaki antaa hoidon porrastuksessa eri osapuolille määräyksiä ja velvoitteita. ”Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että

kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalitoimen kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalveluiden, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta". (Erikoissairaanhoitolaki 1989, § 10.)

Vuonna 2005 voimaan astunut hoitotakuulaki koskee ei-kiireellistä hoitoa. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta tehdä hoidon tarpeen arviointi. Hoidon tarpeen arvioinnin voi kansanterveyslain mukaan tehdä muukin terveydenhuollon ammattilainen kuin lääkäri. Perusterveydenhuollossa potilaan tulee päästä kolmen kuukauden sisällä yhteydenotosta lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarve on arvioitava kolmessa viikossa. Potilas voidaan kutsua erikoissairaanhoidon poliklinikalle arvioon tai arvio voidaan tehdä lähetteen perusteella. Tällöin potilaan tulee saada tieto tutkimussuunnitelmasta kolmessa viikossa. Hoito on aloitettava kuuden kuukauden sisällä, mikäli potilas tarvitsee hoitoa erikoissairaanhoidossa. Lain mukaan kiireelliseen hoitoon on päästävä välittömästi. (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2004.)

Tulevassa muutoksessa kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain korvaa uusi terveydenhuoltolaki. Uudella lailla pyritään vahvistamaan perusterveydenhuoltoa ja edistämään terveyspalvelujen saatavuutta nykyistä tehokkaammaksi. Lisäksi uuden lain avulla halutaan parantaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä asiakaslähtöisyyttä ja yhteistyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.) Jatkossa voidaan myös työterveydenhuolto ottaa tehokkaammin mukaan muun terveydenhuollon piiriin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 12).

Uusi laki lisää potilaan mahdollisuuksia valita vapaammin yli kuntarajojen sen terveydenhuollon toimintayksikön, jossa haluaa itseään hoidettavan. Uudessa terveydenhuoltolakiehdotuksessa on haasteina tullut vastaan palvelujärjestelmän ja järjestämisvastuun epäselkeys. Lausunnossa on ehdotettu, että maahan luotaisiin yksi, yhtenäinen palvelujärjestelmämalli, toisaalta on toivottu myös useampia malleja, joista kunta voisi valita itselleen sopivimman. Lähtökohta on, että organisointimallin tulisi olla selkeä ja mahdollisimman yksinkertainen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 3.) Säännöksessä on otettu kantaa vain terveydenhuollossa tapahtuvaan valinnanvapauteen. Saumattomien hoitopolkujen luominen on kuitenkin mahdotonta, mikäli valintaoikeus tulee toteutumaan vain terveydenhuollossa eikä kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 4.) Järjestämisvastuusta lausunnossa todetaan, että vastuu tulee määritellä selkeästi, sillä sen kautta määritellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä työjakoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 13).

Valinnan vapautta tärkeämpänä on myös pohdittu potilasturvallisuutta, asiantuntevaa hoidon saantia, hyvää ja turvallista hoidon suunnittelua sekä sen jatkuvuutta. Niiden toteutumisen kannalta tärkeitä asioita ovat riittävät ja laadukkaat lähipalvelut, joilla voidaan parantaa hoitosuhteiden jatkuvuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 4.)

Uuden säännöksen mukaan lääkäri ja potilas päättävät yhdessä, missä potilaan jatkohoito järjestetään. Tässä tulee haasteena vastaan muun muassa, onko lääkärillä tieto terveydenhuoltoyksiköiden antamista hoitovaihtoehdoista. Parhaimmillaan uuden lain myötä potilaan valinnanvapauden lisääminen voi parantaa potilaan hoidon parempaa saatavuutta ja laatua, mutta tämä vaatii myös potilaalta omien oikeuksiensa tiedostamista ja kykyä käyttää tietoa oikeuksiensa saamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 5-6.)

2.3 Käypä hoito -suositukset

Suomessa on laadittu Duodecimin Käypä hoidon ja erikoislääkärijärjestöjen avulla suosituksia, joiden tavoitteena on laatia Suomeen valtakunnallisia hoitosuosituksia. Niiden avulla voidaan yhtenäistää ja parantaa hoidon laatua ja hoitoketjua. Toimiva hoitoketju on keskeinen tekijä potilaan optimaalisen hoidon, terveydenhuollon toimivuuden ja kokonaiskustannusten vähenemisen kannalta. Sydän- ja verisuonisairauksien hoitoketjuilla ja alueellisilla hoito-ohjelmilla vähennetään hoidon vaihtelevuutta ja tuetaan valtakunnallisten ja kansainvälisten hoitosuositusten toteutumista. Käypä hoito -suositukset ohjaavat muun muassa kohonneen verenpaineen (2009), eteisvärinän (2005), korkean kolesterolin (2009b), sepelvaltimotautikohtauksen (2009) ja sydäninfarktin hoitoa ja diagnostiikkaa (2009). Hoitosuositukset ohjaavat lääkärien käytännön työtä, vähentävät hoitokäytäntöjen vaihtelua ja parantavat hoidon laatua. Hoitoketjulla määritellään erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kotisairaanhoidon keskinäinen tehtäväjako. Hoitoketjujen luominen pitää tapahtua yhteistyössä kaikkien palveluntarjoajien kesken. (Käypä hoito 2009.)

Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suosituksen (2009a) mukaan hyvällä hoitotasolla (alle 140/85 mmHg) olevan potilaan verenpaineen seuranta toteutetaan kerran vuodessa tapahtuvalla lääkärikäynnillä sekä 1-4 käynnillä hoitajan luona. Kohtalaisella hoitotasolla (140/85-159/99 mmHg) olevan potilaan verenpainetta tulee seurata lääkärissä puolen vuoden välein ja hoitajan luona kolmen kuukauden välein siihen saakka kunnes verenpaine saadaan hoitotasolle ja riskitekijät saatu hallintaan. Verenpaineen ollessa huonolla tasolla eli yli 160/100 mmHg, tulee käydä sekä lääkärillä että hoitajalla 1-3 kuukauden väliajoin, niin kauan kunnes on saavutettu hyvä hoitotasapaino ja on tehty elämäntapa-

muutoksia. Potilaan tulee siirtyä erikoissairaanhoitoon, mikäli kolmen eri verenpainelääkeyhdistelmän kokeilun jälkeen verenpainetaso on edelleen huono. Hoidon aloituksen tai lääkemuutoksen jälkeen 1-3 kuukauden kuluttua tulee arvioida hoidon vaikuttavuus.

Eteisvärinän hoidon porrastus tapahtuu Käypä hoidon (2005) mukaan seuraavasti: Terveyskeskusten tehtävänä on hoitaa perussairaudet ja huolehtia eteisvärinän aiheuttamien riskitekijöiden kartoituksesta, ennaltaehkäisystä ja hoidosta, jotka pitävät sisällään muun muassa beetasalpaajalääkityksen aloittamisen ja antikoagulanttihoidon toteuttamisen sekä joissain tapauksissa akuutin eteisvärinäkohtauksen lääkkeellisen rytminsiirron. Erikoissairaanhoidon tehtävänä on hoitaa akuutti eteisvärinäkohtaus sähköisellä rytminsiirrolla, koska sen suorittamiseen vaaditaan anestesiaa. Myös suunnitellun sähköisen rytminsiirron toteutus kuuluu erikoissairaanhoidon tehtäviin. Erikoissairaanhoidon sydänsairauksien erikoislääkärin tehtävänä on rytmihäiriölääkityksen aloittaminen, mutta lääkehoidon seuranta kuuluu terveyskeskus- tai työterveyslääkärille.

Korkean kolesterolin hoito ja seuranta toteutetaan pääosin perusterveydenhuollon puolella. Tärkeää on potilaan elämäntapojen selvittäminen ja arvioida riskitekijät, joita ovat ylipaino, korkea verenpaine, tupakointi, liikunnan vähyys ja korkea verensokeripitoisuus, koska myös niiden hoitaminen on yhteydessä korkean kolesterolin hoitotasapainoon. Sairaalaan akuutin sydäntapahtuman vuoksi joutuneille aloitetaan kolesterolilääkitys jo sairaalassa ollessa, mikäli se katsotaan aiheelliseksi. (Käypä hoito 2009b.)

Sepelvaltimotautikohtauksen hoito tapahtuu erikoissairaanhoidossa, jossa akuutin hoidon ohella selvitetään riskitekijät, joita ovat korkea verenpaine, diabetes, tupakointi ja häiriöt rasva-aineenvaihdunnassa. Koska kohtauksella on riski uusiutua, potilaalle annetaan sairaalasta kotiutuessa jatkohoito-ohjeet, joista selviää miten tulee toimia. Sairaalasta kotiutumisen jälkeen elämäntapaohjaus jatkuu terveyskeskuksessa sairaanhoitajan toimesta. Jälkitarkastuskäynti tapahtuu erikoissairaanhoidossa ja käynnillä pohditaan muun muassa tarvetta kuntoutukselle ja arvioidaan potilaan työkyky sekä myös lääkityksen sopivuus ja tarkastellaan potilaan sen hetkistä vointia. (Käypä hoito 2009c.)

Sydäninfarktipotilaan työdiagnosointi alkaa jo potilaan tilannetta vakauttaessa. Tavoitteena on, että hätäkeskus tunnistaa mahdollisimman monet sydänperäisistä oireista. Sen perusteella määrätään välitön hoito ja määritetään potilaan hoitopaikka. Ensihoitajien työdiagnoosi perustuu EKG-löydökseen, hoitopäätöstä varten EKG-löydös toimitetaan mahdollisimman nopeasti lääkärille arvioitavaksi. Jokaisessa avohoidon pisteessä, jossa

hoidetaan akuutteja infarktipotilaita, tulee olla kirjalliset ohjeet siitä, miten infarktipotilaan diagnostiikka ja hoitoketju on alueellisesti järjestetty. (Käypä hoito 2009d.)

2.4 Sydänpotilaan hoitopolku

Hoidon laadun ja sujuvuuden sekä potilaiden tyytyväisyyden parantamiseksi on kansainvälisesti kehitelty erilaisia hoito-ohjelmia joiden avulla hoitohenkilökunta voi tarkastella potilaan hoitoa laajemmasta näkökulmasta. Suomessa on eri potilasryhmien hoidon sujuvuuden ja eri organisaatioiden välisen tiedon kulun parantamiseksi kehitetty niin sanottuja hoitopolkuja tai hoitoketjuja. (Ruotsalainen 2006, 51.)

Potilaan optimaalisen hoidon, terveydenhuollon toimivuuden ja kokonaiskustannusten vähenemisen kannalta on toimiva hoitopolku keskeinen tekijä. Alueellisilla hoito-ohjelmilla ja sydän- ja verisuonisairaiden hoitopoluilla tuetaan valtakunnallisia ja kansainvälisiä hoitosuosituksia ja niiden toteutumista sekä vähennetään hoidon vaihtelevuutta. Jos hoitopolku katkeaa, potilas jää yksin, eikä välttämättä osaa hakea oikeanlaista hoitoa. Sydänpotilaiden kohdalla on todettu, että hoito katkeaa liian usein sairaalahoidon jälkeen. (Sydänliiton verkkolehti 2010a.)

Saumattoman palveluketjun ajatus on tullut suomeen 1996. Saumattoman palveluketjun odotettiin mahdollistavan sen, että potilaan hoito on hallinnassa huolimatta siitä mikä organisaatio sen järjestää. Palveluketjujen nähtiin kehittyvän uutta teknologiaa ja tietoverkkojärjestelmiä hyödyntämällä. Palveluketjulla tarkoitettiin toimintamallia, jossa sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistyvät joustavaksi ja asiakaslähtöiseksi kokonaisuudeksi. (Hyppönen, Hämäläinen, Pajukoski & Tenhunen 2005.)

Stakesin (2006) tekemän määrityksen mukaan hoitoketjulla tai hoitopolulla tarkoitetaan saman potilaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa, yksilöllisesti toteutuvaa ja suunnitelmallista hoitoprosessin kokonaisuutta, joka ylittää sosiaali- ja terveydenhuollon rajat. Saumaton hoitoketju käsittää toimintakokonaisuuden, jossa potilas ja hänen tietonsa siirtyvät hoitoprosessin suunnitelman mukaan organisaatiosta toiseen. Hoitoketjut sisältävät hoitotoimia, pohjautuvat hoitolinjoihin, hoitosuosituksiin sekä hoito-ohjelmiin ja niitä voidaan käyttää hyödyksi, kun suunnitellaan potilaan yksilöllistä hoitoketjua. Potilaan hoitoketjun suunnittelussa kootaan sovittujen kriteerien mukaisesti tietoa hoitoprosessin tiedoista. Tieto kootaan niistä tekijöistä, jotka ovat oleellisia hoitoketjun hallinnan, hoidon ohjauksen ja seurannan kannalta. Potilaan tietojen siirtämiseen ja käsittelemiseen tarvitaan potilaan suostumus ja ne tulee toteuttaa lainsäädännössä annettujen määräysten mukaan. (Stakes 2006.)

Hoitoketjut on tehty potilaan hoidon vastuun ottamista varten ja niihin sisältyy lupaus varmistaa tiedonkulku ja pitää kiinni yhteistyöstä. Vastuun voi ottaa kuka tahansa potilaan hoitoon osallistuva toimija, tulevaisuudessa jopa potilas itse tietojärjestelmien tuella. Hoitoketjuissa kuvataan eri osapuolien tehtävän- ja työnjako. Osapuolia ovat terveydenhuollossa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, tarvittaessa sosiaalitoimi ja esimerkiksi kansalaisjärjestöt. Hoitoketjutyö on moniammatillista ja hoitoketjut määrittävät hoitoon osallistuvien ihmisten tehtävät. Hoitoketjuissa esiintyvät hoidon sujuvuusongelmat johtuvat usein resurssillisista pullonkauloista, joita syntyy, kun moniammatillisessa hoitoketjussa on epäselvää kuka hoitaa ja mitä. (Ketola ym. 2006, 7.)

Hoitoketjujen ylläpitäminen edellyttää, että potilaan hoitoa koordinoi nimetty lääkäri ja nimetty (oma)hoitaja yhdessä potilaan kanssa. Lisäksi erikoissairaanhoidon yksikössä olisi hyvä toimia asiantuntijahoitaja, joka tuntee hyvin myös perusterveydenhuollon ja toimii asiantuntijahoitajana näiden välissä. Asiantuntijahoitajan tehtävänä on muun muassa koota hoitoketjuihin valittujen vastaavien yhteystiedot, järjestää hoitoketjussa sovitut tapaamiset sekä organisoida hoitoketjuun liittyviä info- ja koulutustilaisuuksia. Tulevaisuudessa on kansallisesti yhteisessä käytössä oleva sähköinen potilaan hoitokertomus, johon jokainen hoitoketjuun osallistuva kirjaa potilaan hoidosta oman osuutensa. Kirjaamista ohjaa kansallinen yhtenäinen potilaan hoitokertomuksen rakenne. Keskeistä on hyvä lähete ja hoitopalaute, joka parhaimmillaan on moniammatillinen yhteenveto annetusta hoidosta, jonka avulla tieto siirtyy seuraavaan hoitopaikkaan. (Ketola ym. 2006, 10.)

Käytännössä hoitoketjuihin vaikuttavat useat eri tekijät. Ensinnäkin niihin vaikuttavat valtakunnalliset hoitosuositukset kuten Käypä hoito -suositukset. Toiseksi niihin vaikuttavat kuntien alueellisesti sovittujen hoitoketjujen sisäiset työnjaot terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon välillä. Alueellinen hoitoketju määrittää, miten hoidetaan ne asiat, jotka hoitosuositus edellyttää. Lisäksi sairaalatasolla voi olla kehitetty omia hoitopolkuja tai hoitosuosituksia, jotka ohjaavat alueellisesti työnjakoa ja potilaan hoidon kulkua. (Lauslahti 2007, 112.)

Hoitoketjujen toimivuutta voidaan tarkastella myös potilaan näkökulmasta. Kun lasketaan aika ennen hoitoa, hoidossa olemisen aika sekä hoidon jälkeinen aika, saadaan näistä laskettua se kokonaisaika, mikä on kulunut tervehtymiseen. Näitä tarkastellessa voidaan löytää hoitoketjuissa esiintyviä ongelmia, joita voidaan lähteä korjaamaan ja kehittämään. (Lauslahti 2007, 113.)

Sydänpotilaan hoidon jatkuvuus korostuu erityisesti toipumisvaiheessa. Hoidon jatkuvuuden varmistamisen vastuu on sairaalan poliklinikalla, terveyskeskuksella, työterveyshoidolla tai yksityislääkärillä. Eri organisaatioiden välissä on todettu ongelmia niiden välisessä kommuni-

kaatiossa. Kotiutuksessa keskeinen asia on, että eri organisaatiot keskustelevat toistensa kanssa. Potilaalla pitäisi olla tunne hoidon jatkuvuudesta ja tieto siitä, kehen ottaa sairaalahoidon jälkeen yhteyttä. (Ruotsalainen 2006, 51.)

Ruotsalaisen tekemän laajan tutkimuksen mukaan sydänpotilaan jatkohoitoon liittyi yleisesti puutteita. Infarktipotilaat kokivat kotiutumisen jälkeen tiedon puutteita liittyen lääkehoitoon, Kelakorvausten hakemiseen ja yleisesti elämän jatkumiseen. (Ruotsalainen 2006, 52.) Potilaat kokivat epätietoisuutta lääkkeiden käytön syistä ja lääkehoidon kestosta. Potilaat kokivat myös toimijoita olevan liikaa sydäninfarktiin sairastuneen potilaan ympärillä. Potilaiden tiedot eivät myöskään kulkeutuneet jatkohoitopaikkaan ja lähetteiden lähettäminen oli myöhästynyt. Toisilla potilailla oli tullut tunne kontrollin puuttumisesta kokonaan sairaalahoidon jälkeen, minkäänlaista jatkohoitoa tai kuntoutuksen seurantaa ei ollut. Odotusajat lisätutkimuksiin olivat liian pitkät. (Ruotsalainen 2006, 81–82.) Kehittämisehdotuksina potilaat ehdottivat muun muassa, että kotiutumisen jälkeen olisi yhteys henkilöön, jolta voi kysellä kotiutumisen jälkeen esiin tulevia asioita tai vaihtoehtoisesti kotiin tietyin väliajoin tulevaa kutsua, jossa henkilö kutsuttaisiin keskustelemaan voinnistaan ja asioistaan. (Ruotsalainen 2006, 87.)

Sydänpotilaiden ohjausta tulisikin tehostaa Ruotsalaisen (2006) tekemän tutkimuksen mukaan. Koska potilasta saatetaan hoitaa useissa eri organisaatioissa, on potilaan ohjauksen organisointi merkittävä asia. Ruotsalaisen mukaan hoito- ja palveluketjujen rakentamisella voidaan pyrkiä ratkomaan potilaan ympärillä olevien toimijoiden työnjako. Ruotsalainen (2006, 164) ehdottaa väitöskirjassaan hoito- ja palveluketjuihin sisällytettävän myös potilasohjauksen. Jos potilasohjaus on sisällytetty hoito- ja palveluketjuun, on toimijoiden helpompi ymmärtää osuutensa potilaan ohjauksessa. Koska sydänpotilaan hoito vaatii verkostunutta ja monitahoista yhteistyötä, jossa tieto välittyy nopeasti ja yhteisöllisesti kannetaan vastuu potilaasta, olisi hyvä, että osaamista jaettaisiin erikoissairaanhoidon ja terveyskeskusten kesken ja laadunhallinnan kehittäminen olisi kaikille osapuolille yhteistä ja tärkeää.

Keväällä 2009 Laurea-ammattikorkeakoulun Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hankkeessa kartoitettiin Lostin ja Karviaisen alueella sydänpotilaan hoitoon osallistuvien toimijoiden välistä yhteistyötä, hoitopolkua ja tiedonkulkua. Toimijoille tehdyn kyselyn perusteella sen hetkinen sydänpotilaan hoitopolku ja tiedonkulku koettiin kohtalaiseksi tai jopa huonoksi. Toimijat olivat sitä mieltä, että potilas ei saa tarpeeksi tietoa sydänsairautensa hoidosta. Vastausten mukaan ongelmia tiedonkulussa aiheuttavat muun muassa potilastietojärjestelmät sekä potilassuojalaki. Toimijat kokivat, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon välillä tieto ei kulje. Myös näiden organisaatioiden välistä yhteistyötä koettiin olevan liian vähän, samoin kuin muuta yhteistyötä toimijoiden välillä. Hoitopolkua ja tiedonkulkua ehdotettiin kehitettävän muun muassa lisäämällä yhteistyötä toimijoiden välillä. Alueelle ehdotettiin projektivetäjää, joka ottaisi vastuun sydänpotilaan hoitopolun kehittämisestä. Lisäksi ehdotettiin, että

potilas saa sairaalasta lähtiessään jatkohoitopaikan yhteystiedot ja hänelle on selvää, mihin ottaa yhteyttä sairaalahoidon jälkeen. (Aarnio ym. 2009.)

2.5 Sydänpotilaan hoitoon pääsy

Sydänsairaus on pitkäaikaissairaus, joka vaikuttaa elämäntapaan ja –laatuun. Sydänpotilaan hoidon eteneminen on tärkeä laatutekijä, koska lääketieteellisen hoidon aloittaminen ja taudin ennuste ovat pitkälti määriteltävissä hoitoon hakeutumisen kestosta. Sydäninfarktipotilaan hoidon etenemisen kannalta on tärkeää, että oireiden ilmaannuttua potilas hakeutuu ja pääsee nopeasti hoitoon. (Ruotsalainen 2006, 49.) Esimerkiksi sepelvaltimotautikohtauksen hoito ei vastaa hoitosuosituksia. Muihin maihin verrattuna potilas pääsee varjoainekuvaukseen viiveellä, keskimäärin kymmenen vuorokauden kuluttua, kun taas suosituksen mukaan varjoainekuvaus tulisi tehdä samalla hoitojaksolla. Tästä johtuen pallolaajennuksia tehdään suhteessa vähemmän verraten kansainväliseen tasoon ja näin ollen sydäninfarktipotilaan elinennuste on huonompi kuin muissa Euroopan maissa, joilla on vastaava elintaso. (Suomen sydänliitto 2005d.)

Aika kotona ennen sairaalahoitoon hakeutumista on ensimmäinen hoidon etenemistä edistävä vaihe. Moni ihminen viivästyttää hoitoon hakeutumistaan. Sydänsairauteen sairastuneella potilaalla syitä on monia. Epätyypilliset, lievät oireet sekoitetaan johonkin toiseen sairauteen. Jos oireet menevät ohi, ei haluta huolestuttaa läheisiä, oireita ei pidetä vakavina tai terveydenhuollon henkilökuntaa ei haluta vaivata. Osa haluaisi vielä keskustella omaisen kanssa hoitoon siirtymisestä, vaikka hoitoon hakeutumisen päätös olisikin jo tehty. Usein potilaat yrittävät ensin itse hoitaa oireitaan ennen kuin hakeutuvat ambulanssilla sairaalaan. (Ruotsalainen 2006, 51.)

Toisaalta taas esimerkiksi sepelvaltimotaudin diagnosointi on joskus pitkä, monivaiheinen prosessi ja vaatii useita lääkärissä käyntejä ja jatkotutkimuksia. Osa potilaista oli kokenut oman aktiivisuuden olevan ratkaiseva tekijä jatkotutkimuksiin pääsyssä. (Koskela 2006, 44.)

2.6 Sydänpotilaan hoidon ohjaus, seuranta ja kuntoutus

Sydänpotilaan hoito on moniammatillista ja sen tulee koostua sydän- ja verisuonisairauksiin perehtyneistä lääkäreistä, hoitajista ja fysioterapeutista. Sydänpotilaan hoidossa on oltava mahdollisuus kardiologin, ravitsemusteraputin ja sosiaalityöntekijän tai muun tarvittavan ammattihenkilön saumattomaan konsultaatioon ja yhteistyöhön. (Sydänliiton verkkolehti 2010a.)

Moniammatillinen yhteistyö käsitteenä on vakiintunut Suomessa 1990-luvulla. Käsitettä käytetään kuvaamaan eri asiantuntijoiden yhteistyötä. Kun asiantuntijoilla on jokin yhteinen työ, tehtävä tai ongelma ratkaistavana, yhdistämällä tieto ja osaaminen voidaan päästä tavoitteeseen, joka ratkaisee ongelman. Yhteistyössä asiantuntijoilla voi olla omia osatavoitteita mutta päämääränä on yhteinen tavoite. Moniammatillinen työskentely on käsitteenä laajempi kuin moniammatillinen tiimityö. (Isoherranen ym. 2008, 33.) Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillisuus voidaan kuvata asiakaslähtöisenä työskentelynä. Tarkoituksena on huomioida asiakkaan elämän kokonaisuus ja hoitopolku. Eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen asiakaslähtöisesti ja pyritään luomaan yhtenäinen käsitys asiakkaan tilanteesta sekä tarvittavista toimenpiteistä tai ongelman ratkaisuista. (Isoherranen ym. 2008, 34.)

On todettu, että terveydenhuollon palvelujärjestelmässä sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisyssä sekä sydänpotilaan kuntoutuksessa on ongelmia. Potilaan sujuva hoito, kuten odotusajat poliklinikoille ovat olleet pitkiä. Tutkimusten mukaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen sydänpotilaalla on ongelmia usein tiedonkulussa sairaalan sekä avopalveluiden välillä. Etenkin vanhemmat ihmiset kokevat tarvitsevansa enemmän aikaa kotiutumiselle. Kotiutuminen tuleekin suunnitella hyvin ja varmistaa jo sairaalassa potilaan jatkohoito. (Ruotsalainen 2006, 38-39.)

Ruotsalaisen (2006, 167–168) tekemässä väitöskirjassa tuli muun muassa ilmi, että hoidon etenemisen kriisikohtia ovat aika ennen sairaalahoitoon hakeutumista ja sairaalasta kotiutumisen jälkeinen aika. Sydäninfarktipotilaiden tiedonpuute on yhteydessä potilaan toimintaan kotona. Sairaalasta kotiutumiseen tulisikin luoda tukimuotoja ja kotonaoloajan ohjausta tulisi tehostaa. Kotiutumisen jälkeen potilaat ovat epätietoisia terveydestään, sen hoidosta ja tulevaisuudestaan ja näin ollen tarvitsevat erilaisia tukitoimia. Heidän tulisi saada tarpeeksi tietoa sairaudesta, lääkehoidosta ja toiminnan rajoista. Tiedon tulee olla yksilöllistä ja tukea potilaan mahdollisuutta vaikuttaa ja osallistua omaan hoitoonsa. Tutkimuksessa todetaankin, että sairastuneella tulisi olla pysyvä ja toimiva yhteys terveydenhuollon henkilöön, johon ottaa yhteyttä heti, jos kotona tulee epäselviä tilanteita.

Potilaat ovat kokeneet saaneensa ristiriitaista ja määrällisesti liian vähän tietoa. Potilaat toivovat tiedon annon olevan yksilöllistä ja haluavat keskustella hoitajien kanssa sairauteensa liittyvästä epävarmuudesta, jatkohoidosta, kotiutumisesta ja hoito-ohjeista. Mitä enemmän potilas kokee saavansa tietoa ja yksilöllistä ohjausta, sen paremmin hän kokee voivansa hyödyntää voimavarojaan itsensä hoitamiseen. Moni potilas myös osallistuu hoitoonsa liittyviin päätöksiin ja tämä on huomioitava potilaan hoidossa Suomessa vuonna 1992 tulleen laki potilaan asemasta ja oikeuksista mukaan. (Ruotsalainen 2006, 33.) Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (1992) velvoittaa hoitajaa antamaan riittävästi tietoa potilaalle, jotta potilas voi tehdä hoitoonsa liittyviä päätöksiä sekä korostaa potilaan aktiivista osallistumista omaan hoi-

toonsa. Myös omaiset kokevat tarvitsevansa potilaan sairauteen ja sen hoitoon liittyvää tietoa (Ruotsalainen 2006, 41).

Pitkäaikaissairauteen sairastuminen on fyysinen ja psyykkinen järkytys. Fyysinen ja psyykkinen toipuminen vie paljon aikaa. Kuntoutuminen sinänsä voi olla voimavaran lähde, mutta usein sosiaalisen turvaverkon puute koetaan kuntoutumista hidastavaksi. (Koskela 2006, 56.) Koskelan (2006, 56, 59) tekemän tutkimuksen mukaan sepelvaltimotautiin sairastuneet naiset, jotka olivat osallistuneet sairastumisen jälkeen sydänkuntoutukseen, kokivat sen tukevan psyykkistä ja fyysistä toipumista. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että kuntoutukseen oli vaikea päästä tai se puuttui kokonaan.

Potilaan ohjaus ja hoidon seuranta ovat olennaisia sairauden etenemisen ehkäisemisen kannalta. Jotta potilas sopeutuu sairauteensa, tunnistaa sairautensa oireet ja motivoituu itsehoidosta, tulee hänen saada asiantuntevaa tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. (Ekola 2008.) Ekolan (2007) Pro gradu-tutkielman mukaan esimerkiksi sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat eivät tiedä, kuinka seuraavat sairautensa oireita, kuinka hoitaa itseään ja miten tunnistaa sairautensa paheneminen. Sydänpotilaan ohjauksen ja neuvonnan tulisi sisältää sairauden hoitoon liittyvää neuvontaa, jonka tavoitteena tulisi olla hyvä itsehoito ja omaseuranta sekä siihen liittyvät elämäntapamuutokset.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan sydänhoitajan toiminta välittömässä hoitotyössä potilaan hoidon ohjaajana on merkittävä (Ekola 2008, 9-11). Ekolan tekemässä tutkimuksessa oli mukana 39 sairaalaa, joissa annetaan sydänpotilaalle ohjausta. Tutkimuksen mukaan ohjausta ja neuvontaa annettiin tutkimuksessa mukana olleissa sairaaloissa sekä suullisesti että kirjallisesti sairaalassa olleille potilaille. Sen sijaan potilaan hoidon seuranta kotiutumisen jälkeen oli selkeästi vähemmän huomioitu, seurantaa toteuttivat lähinnä ne lääkärit, jotka toteuttivat jälkihoitopoliklinikkaa. Perusterveydenhuollon kanssa tehtävä yhteistyö vaihteli alueittain. (Ekola 2007, 6.)

Eurooppalaisten selvitysten, EUROASPIRE I (1995–1996) ja II (1999–2000) mukaan suomalaisella sydänpotilaalla on puoli vuotta sairastumisen jälkeen paljon riskitekijöitä. Neljässä vuodessa potilaiden tupakointi ja lihavuus on lisääntynyt. Joka toisella potilaalla ylittyvät verenpaine- ja kolesterolisuositusarvot sekä diabeetikkojen määrä on lisääntynyt. Selvitysten mukaan potilaat eivät saa potilasohjausta ja elintapojen muutoksen tukemista lyhentyneiden hoitoaikojen ja terveydenhuollon resurssipulan takia. Selvitykset osoittavat, että sairastumisen jälkeisessä elintapojen opastamisessa ja myös niiden omaksumisessa on ongelmia. (Suomen sydänliitto 2005d.) Haasteita terveydenhuollolle luo myös potilaat, jotka eivät oma-aloitteisesti hakeudu lisähoitoon tai –tutkimuksiin, vaikka niitä tarvitsisivatkin. Kotiutumisen jälkeen olisikin tärkeätä tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsevat hoidonseurantaa tai tukea kotona ollessaan. (Ruotsalainen 2006, 165.)

Suomen sydänliiton (2005d) mukaan potilas siirtyy sairaalasta terveyskeskukseen avohoitoon nopeasti sairastumisensa jälkeen. Terveyskeskuksilla ei ole tällä hetkellä riittäviä resursseja ottaa potilasta vastaan ja tarjota hänelle riittävää jatkoseurantaa. Sairaalasta kotiutumisen jälkeen osa potilaista hyötyisi erikoislääkärin jatkoseurannasta. Kyselytutkimuksen mukaan systemaattinen kuntoutus toteutuu vain joka kymmenennellä sepelvaltimotautipotilaalla.

Sydänpotilaat kokevat jäävänsä yksin sairastumisensa jälkeen. Sairaalat antavat akuuttihoidon ja sairaalahoitojaksot ovat lyhyitä. Hoidonohjauksen päävastuu on siirtynyt avohoitoon, jossa ongelmaksi on muodostunut resurssipula ja sydänpotilaan ohjaukseen vaadittavan osaamisen puuttuminen. Moni potilas kokee, ettei saa tarpeeksi tietoa ja tukea sairaudestaan ja sen hoidosta. (Vanhanen & Penttilä 2007.) Sydänliiton (2005d) tekemän selvityksen mukaan sepelvaltimotautipotilaan kuntoutus ja neuvonta eivät tällä hetkellä toteudu suositusten mukaisesti. Selvityksen mukaan potilaat ovat kokeneet, etteivät ole saaneet tarpeeksi tietoa sairaudestaan ja siihen liittyvästä lääkehoidosta. He ovat myös olleet epätietoisia muun muassa jatkohoitopaikasta, hoitovaihtoehdoista, omahoidon onnistumisen edellytyksistä, uusintakohtauksien vaarasta ja Kelan korvauskäytännöistä. (Vanhanen & Penttilä 2007.)

Hyvin järjestetty ja toteutettu sydänkuntoutus hyödyttää kaikkia. Sydänpotilaan kuntoutus on aloitettava varhain. Sydänpotilaan kuntoutustyö on tavoitteellista toimintaa, joka vaatii moniammatillista osaamista. Omalääkärin ja hoitajan lisäksi siihen kuuluu intensiivistä hoidonohjausta, ohjattua fyysistä harjoittelua, ravitsemusterapiaa, omaisten ohjausta ja tarvittaessa myös psykologista tukea. Kuntoutus voidaan toteuttaa laitoksessa tai avopuolella ja se voi olla yksilö- tai ryhmäohjausta. Moniammatillisesti tehtyä, yksilöllistä hoito-, kuntoutus-, ja ohjausverkostoa kehittämällä voidaan parantaa potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä sekä sitä kautta vähentää kalliita sairaalajaksoja. (Rantala 2007, 129-130.)

Sydänkuntoutuksessa on paljon haasteita. Tiedetään, että suurin osa sydäninfarkteista tapahtuu alueilla, joissa valtimon ahtauman aste on alle 50 prosenttia. Tämä korostaa riskitekijöiden hoidon ja ennaltaehkäisyn tärkeyttä. Potilaat tarvitsevat paljon tukea ja ohjausta lääkehoidon toteuttamisessa sekä uusien elintapojen, kuten terveellisen ravinnon ja liikunnan lisäämisessä ja tupakoimattomuuden tukemisessa. Sydänpotilaan tulee saada myös riittävää psykologista ja sosiaalista tukea. Sepelvaltimotautipotilaalla on todettu olevan muuta väestöä suurempi vaara sairastua depressioon, joten varhainen depression tunnistamien on osa sydänkuntoutuksen haasteita. Puutteellinen hoidon seuranta on näkynyt myös hitaampana psykologisena toipumisena sydänpotilailla. (Vanhanen & Penttilä 2007.)

Sydänliitto onkin ehdottanut, että potilas saisi jo sairaalassa jatkohoitopaikan lääkärin tai sydänhoitajan yhteystiedot. Sillä varmistettaisiin potilaan hoidon jatkuminen sairaalasta lähdön jälkeen. Tällä tavalla voitaisiin todennäköisesti vähentää myös ylimääräisiä vastaanotto-

käyntejä, etenkin niiden potilaiden osalta, joiden lukuisten vastaanottokäyntien syyt voivat liittyä lähinnä sairauden taustalla oleviin psykososiaalisiin syihin. (Vanhanen & Penttilä 2007.)

2.7 Sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisy

Sydänterveyden edistäminen ja sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisy on yhteiskunnallinen asia. Tiedetään, että terveellinen ruokavalio, liikunta, tupakoimattomuus ja painonhallinta ehkäisevät sydän- ja verisuonitauteihin, sekä metaboliseen oireyhtymään ja diabetekseen sairastumista. Elintapakysymykset nousevat sydän- ja verisuonitautien sekä metabolisen oireyhtymän ehkäisemisen kulmakiviksi. Terveystoimen lisäksi sen tärkeitä toimijoita ennaltaehkäisyssä ovat muun muassa opetus- ja sivistystoimi, liikuntatoimi, maatalous, elintarviketeollisuus, ruokapalvelut, kauppa ja joukkotiedotus. (Suomen sydänliitto 2005d.)

Vuosina 2005-2009 tehdyssä ”European Practice Assessment of Cardiovascular risk management: protocol of an international observational study in primary care”- tutkimuksessa selvitettiin eurooppalaisten hoitokäytänteiden arviointia riskinhallinnassa. Tutkimus tehtiin perusterveydenhuollossa. Tutkimukseen osallistui potilaita, joilla oli jo todettu sepelvaltimotauti sekä potilaita, joilla oli korkea riski sairastua sepelvaltimotautiin. Tiedot pyrittiin tuomaan esille niin, että ne olivat kansainvälisesti vertailukelpoisia. Tutkimus toteutettiin kymmenessä Euroopan maassa, Suomi mukaan lukien. Tutkimuksella saatiin kattava otos Pohjois-, Länsi-, Etelä-, ja Keski-Euroopan maista. Tutkimuksen tavoitteena oli antaa tietoa nykyisistä palveluista perusterveydenhuollossa ja tuoda esille erilaisia hoitokäytäntöjä sekä kansallista terveyspolitiikkaa. Tutkimuksen seurauksena saatiin aikaiseksi eurooppalaiset indikaattorit, joilla voidaan ehkäistä sydän- ja verisuonisairauksia sekä arvioida ja seurata niitä. Indikaattoreita olivat elintapoihin, suorituskykyyn ja organisaatiotason näkökulmaan liittyvät asiat. (Wensing ym. 2009.) Esimerkiksi Käypä hoito -suositus dyslipidemian hoidon osalta noudattaa uusimpien eurooppalaisten valtimotautien ehkäisylinjoja (Duodecim 2009).

Ennaltaehkäisevän työn tekeminen on osittain haasteellista, sillä esimerkiksi miehiä saattaa olla vaikea saada tulemaan terveystarkastuksiin (Saarinen 2009, 59). Saarisen (2009, 59-60) tekemän tutkielman mukaan 40-vuotiaiden miesten poisjäänti terveystapaamisista terveyskeskuksessa on suhteellisen yleistä. Silti juuri terveystapaamisista poisjääneet arvioivat korkeammaksi riskinsä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin tai 2 tyypin diabetekseen. Syyt terveystarkastuksista poisjäämiseen liittyivät muun muassa käytännön esteisiin, työterveyshuollon samanaikaiseen käyttöön, unohteluun, saamattomuuteen ja laiskuuteen sekä kokemukseen omasta hyvästä terveydentilasta ja ajatus, ettei terveystarkastukseen tarvitse mennä, ennen kuin on oireita. Myös pelot mahdollisesta negatiivisesta palautteesta elämäntapoihin liittyen rajoittaa miesten osallistumista terveystarkastuksista. (Saarinen 2009, 70-71.)

Terveystarkastuksiin osallistumista lisäävinä tekijöinä koettiin tutkielmassa olevien miesten keskuudessa muun muassa ajanvarauksen ja ajankohdan kehittämistä, kutsun saamista sekä terveystarkastuksen sisällön kehittämistä. Tutkielmassa moni vastasi osallistuvansa terveystarkastukseen, jos saisi kutsun. Kutsuun toivottiin vielä tietoa yleisistä riskitekijöistä sekä valmiiksi varattu aika tai puhelinsoitto. Osa miehistä toivoi yhteydenottoa terveysasemalta laboratoriossa käynnin jälkeen. Kun sitä ei kuulunut, jäivät tulokset saamatta ja terveystapaaminen käymättä. (Saarinen 2009, 59.)

Suomen sydänliitto on julkaissut toimenpideohjelman suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Toimenpideohjelman keskeinen sanoma on tehostaa sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyä ja hoitoon liittyviä toimenpiteitä. Ehkäisevät toiminnot tulee kohdistaa terveisiin suuren sairastumisriskin omaaviin sekä jo sairastuneisiin ihmisiin. (Suomen sydänliitto 2005d.)

2.8 Suomen sydänliitto

Suomen sydänliitto on kansanterveys- ja potilasjärjestö, jolla on merkittävä rooli sydänpotilaan hoidon ohjauksessa ja kehittämisessä. Sydänliittoon kuuluu 19 sydänpiiriä, 241 paikallista sydänyhdistystä ja 81 000 henkilöjäsentä. Liitto tarjoaa potilaalle tietoa, tukea ja apua sairauden eri vaiheissa. (Suomen sydänliitto 2005d.)

Suomen sydänliiton 2000-luvun visio on, että sydän- ja verisuonisairaudet vähenevät niin, että 20 vuoden kuluttua ne eivät olisi merkittävä kansaterveysongelma työikäisen väestön keskuudessa. Tavoitteena on myös, että väestön elinvuodet lisääntyisivät terveempinä ja toimintakykyisimpinä. Keskeiset kehitettävät asiat ovat sydänterveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy väestötasolla ja korkean riskin ryhmissä, potilaan tutkimuksen ja hoidon saatavuus sekä hyvät hoitokäytännöt, kuntoutus ja uuden sairauskohtauksen ehkäisy. Jotta tällaisiin tavoitteisiin päästään, tarvitaan väestön ja riskiryhmien keskuudessa tehokkaita toimenpiteitä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyksi. Perusterveydenhuollon eri alueilla on perustettu työryhmiä eri alueiden (kotihoito, avohuolto, akuuttisairaalat) toimintamallien kehittämiseksi, seurantamenetelmien parantamiseksi ja hoitoketjujen vahvistamiseksi. (Suomen sydänliitto 2005d.)

Kun lähdetään kehittämään uutta, on otettava huomioon jo olemassa olevat resurssit ja mietittävä konkreettisesti, mikä on kehittämisen tarve. Kaikkien toimijoiden huomioiminen on tärkeää kehittämisprojektissa. Esimerkiksi sydämen vajaatoimintapotilaiden yhteistyön kehittämisprojektissa koettiin tärkeäksi sydänyhdistyksen asiantuntijuus, verkostoituminen, avainhenkilöiden löytyminen hallinnosta sekä perusterveydenhuollon henkilökunnan osaamisen hyödyntäminen ja tiedon välittäminen. (Ekola 2008, 9-11.)

Julkisen sektorin ja kolmannen sektorin yhteistyön kehittäminen on tärkeä osa sydänkuntoutusta. Lähtökohtana yhteistyön kehittämiselle on, että sairaala, terveyskeskus ja kolmas sektori tuntee toisensa ja niiden välinen työnjako on selkeä ja tieto kulkee. Pirkanmaalla yhteistyötä julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välillä on kehitetty siten, että jokaisessa terveyskeskuksessa toimii sydänkuntoutuksen yhdyshenkilö. Terveyskeskuksen yhdyshenkilöihin pitää säännöllisesti yhteyttä sydänkeskuksen kuntoutusohjaaja sekä jatkohoidon koordinaattori. Terveyskeskuksiin on myös perustettu Tulppa-avoryhmiä. Asianosaiset on perehdytetty kuntoutusmalliin laajalla koulutuksella ja sillä on pystytty parantamaan sydänpotilaan kuntoutuksen puutteita niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon osalta. (Sydänliiton verkkolehti 2010b.)

2.8.1 Lohjan sydänyhdistys

Lohjan seudun sydänyhdistyksen toiminta-alueeseen kuuluu Lohjan seutu, mukaan lukien Sammatti sekä Karjalohjan kunta. Yhdistys on perustettu vuonna 1967. Sydänyhdistyksen tavoitteena on ennaltaehkäistä sydän- ja verisuonitauteja sekä toimia tukena ja tietolähteenä jo sydänsairauksiin sairastuneille. Yhdistyksen hallituksessa on yhdeksän (9) jäsentä, neljä (4) toimihenkilöä, sekä vertaistukihenkilöinä toimii kuusi (6) ihmistä. (Lohjan seudun sydänyhdistys, 2009a.) Lohjan seudun sydänyhdistyksessä on jäseniä yhteensä 548 (Lohjan seudun sydänyhdistys Ry 2010c).

Lohjan seudun sydänyhdistys kokoontuu kerran kuukaudessa sydänkerhon merkeissä, jossa on erilaista ohjelmaa ja asiantuntijaluentoja. Muita sydänyhdistyksen järjestämiä kerhoja on muun muassa yksinasuvien kerho ja remonttikerho, joka kokoontuu 2-4 kertaa vuodessa. Remonttikerhossa ohitusleikatut, pallolaajennuksessa tai jossain muussa sydänoperaatiossa olleet potilaat ja heidän omaisensa voivat vaihtaa kokemuksia ja saada vertaistukea toisiltaan. Nimetyt tukihenkilöt ovat myös läsnä remonttikerhossa. Sydänyhdistys järjestää lisäksi erilaisia teatteri-, risteily-, kylpyläretkiä ja tutustumismatkoja esimerkiksi Viron suuntaan. Vuosittaisia tapahtumia, joita Lohjan sydänyhdistys järjestää on helmikuinen ystävänpäivän vietto, Sydänviikko huhtikuussa ja Maailman sydänpäivä, joka on syyskuussa. (Lohjan seudun sydänyhdistys Ry 2010b.)

2.8.2 Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistykset

Vihdin sydänyhdistyksessä on noin 430 jäsentä (H. Hyvönen, henkilökohtainen tiedonanto 6.5.2010). Vihdin sydänyhdistys ylläpitää keskiviikkoisin sydänpistettä, jossa on saatavilla sydänterveyteen liittyvää materiaalia ja maksutonta verenpaineen mittausta. Lisäksi on ker-

ran viikossa kokoontuva kävelyryhmä sekä ohitusleikatuille, pallolaajennetuille ja infarktin sairastaneille potilaille sydänjumppaa. Toipilaille on oma sydänjumppa-ryhmä. Sydänyhdistys järjestää jäsenilleen erilaisia retkiä ja tekee yhteistyötä muiden lähikuntien sydänyhdistysten kanssa. (A. Seppä, henkilökohtainen tiedonanto 6.5.2010.)

Karkkilan seudun Sydänyhdistyksessä on yhteensä noin 260 jäsentä (R. Salo, henkilökohtainen tiedonanto 6.5.2010). Karkkilan yhdistyksessä on jäseniä myös Nummi-Pusulasta. Yhdistyksen sisällä toimii Asutko yksin-kerho sekä Ohi-kerho, joka on tarkoitettu ohitusleikkauksen ja pallolaajennuksen läpikäyneille potilaille. (Suomen sydänliitto 2007c.)

3 Tutkimuksen tarkoitus ja menetelmälliset valinnat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Lohjan seudun sydänyhdistyksen, Vihdin sydänyhdistyksen sekä Karkkilan seudun sydänyhdistyksen hallitusten jäsenten näkökulmaa sydänpotilaan hoitopolun katkeamattomuudessa ja toimijoiden välisessä tiedonkulussa. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat

- mitkä ovat suurimmat tiedonkulkua hidastavat tekijät sydänyhdistysten hallitusten jäsenten kokemana
- minkälaista yhteistyötä sydänyhdistyksellä on muiden toimijoiden kanssa
- minkälaisena sydänyhdistysten hallitusten jäsenet kokevat oman roolinsa tai oman tehtävänsä sydänpotilaan hoitopolussa?

3.1 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake lähetettiin Lohjan, Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistysten hallitusten jäsenille. Kyselylomakkeen avulla selvitettiin sydänyhdistysten toimijoiden näkökulmaa sydänpotilaiden nykyisestä hoitopolusta sekä hoitoon liittyvästä tiedonkulusta.

Kyselylomake sopii tutkimusaineiston keräämiseen varsinkin silloin, kun vastaajat ovat fyysisesti eri paikoissa, kuten tässä tapauksessa Lohjan sekä Karviaisen alueilla. Kyselylomake soveltuu myös jos kysyttävät asiat ovat henkilökohtaisia, kuten monelle esimerkiksi sairastuminen on. (Vilkka 2007, 28.) Kyselylomakkeella avulla voidaan tavoittaa paljon ihmisiä ja sen avulla voidaan kysyä monenlaisia asioita (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Toteutusmuodoksi valittiin postitse lähetettävä kyselylomake, koska henkilökohtaisilla kirjeillä tavoitetaan vastaajat helpommin.

Tutkimusaineisto kerättiin kokonaisotoksena. Kokonaisotoksella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa tutkitaan koko perusjoukko eli tässä tapauksessa kaikki Lohjan, Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistysten hallitusten jäsenet. Kokonaisotos on yleisesti käytetty tutkimuksissa, joissa tutkimusaineisto on suhteellisen pieni. (Vilkka 2007, 52.) Heikkilän (2004) ja Nummenmaan (2006) mukaan pieni perusjoukko tarkoittaa joukkoa, jossa on havaintoyksiköitä alle sata (Vilkka 2007, 52).

3.2 Tutkimus- ja analyysimenetelmät

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Avoimet kysymykset käsiteltiin sisällönanalyysillä. Tutkimusmenetelmäksi valittiin määrällinen tutkimusmenetelmä, koska Vilkan (2007, 25-26) mukaan se soveltuu parhaiten käytettäväksi kyselytutkimukseen. Tutkimustulokset esitetään numeraalisessa muodossa, joka on tyypillistä määrällisessä tutkimuksessa (Jokivuori & Hietala 2007, 8-14).

Määrällisen tutkimuksen keskeisiä asioita ovat muun muassa päätelmät ja johtopäätökset aiemmin tehdyistä tutkimuksista, tutustuminen aikaisempiin teorioihin, hypoteesien esittäminen ja tärkeää on myös määritellä käytetyt käsitteet. Huolellisesti tehty suunnitelma tiedon keruusta varmistaa sen, että saatu aineisto sopii käytettäväksi määrälliseen tutkimukseen. Aineiston keruun jälkeen tulokset tulee muokata niin, että ne soveltuvat tilastollisesti käsiteltäviksi. Määrällisessä tutkimuksessa keskeistä on myös tuloksien kuvaaminen käyttäen apuna prosenttitaulukoita sekä päätelmien tekeminen saaduista tuloksista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139–140.) Määrällinen tutkimus on vaativaa siinä suhteessa, että tutkijan on pystyttävä näkemään pintaa syvemmälle, pelkät numerot eivät kerro koko totuutta (Jokivuori & Hietala 2007, 15–20).

Määrällisellä tutkimuksella voidaan rakentaa, selittää, uudistaa, purkaa ja täsmentää aiemmin kehiteltyjä teorioita ja teoriakäsitteitä. Määrällisessä tutkimuksessa teoriaosuus on tärkeää, koska tutkimus etenee teorian kautta käytäntöön eli esimerkiksi kyselyn suorittamiseen. Sen jälkeen mennään uudelleen teoriaan käytännön kautta ja analysoidaan saadut tulokset ja tehdään niistä johtopäätökset. (Vilkka 2007, 25–26.)

Numeeristen tietojen kerääminen ja aikaansaaminen tutkimuskohteesta on määrällisten menetelmien yksi tärkeimmistä lähtökohdista. Analyysissa on kolme tärkeää osa-aluetta, jotka ovat havaintoyksikkö, muuttuja ja arvo. Havaintoyksiköksi voidaan laskea esimerkiksi jokin organisaatio, yritys, kunta tai jopa valtio. Kyselytutkimuksessa havaintoyksikkö on yleensä yksilö, eli ihminen, joka on vastannut kyselyyn. Tällöin muuttujat ovat ominaisuuksia, jotka

on mitattu yksilön näkökulmasta. Arvot ovat muuttujien luokkia, tästä esimerkkinä sukupuolimuuttuja (nainen/mies). (Jokivuori & Hietala 2007, 8-14.)

Vilkan (2007, 13-15) mukaan määrälliselle tutkimukselle ominaista on tiedon strukturointi ja mittaaminen, saadun tiedon numeroiksi muuttaminen ja esittäminen numeraalisesti sekä tutkimuksen objektiivisuus, jolla tarkoitetaan puolueettomuutta eli tutkija ei ole vaikuttanut saatuun tulokseen. Strukturoinnilla tarkoitetaan tutkimuksen kohteena olevan asian ominaisuuksien suunnittelua ja vakiointia. Se tulisi tehdä ennen kuin aineistoa aletaan kerätä.

Määrällisessä tutkimuksessa tuloksia esitetään tavallisesti kuvioiden tai taulukoiden avulla. Ne eivät yksistään riitä, vaan tulokset tulee avata myös tekstinä, koska ne lisäävät toistensa informaatioarvoa. Taulukkoa voidaan käyttää kun esitettävässä tiedossa on runsaasti numeroita ja tulokset halutaan kertoa yksityiskohtaisesti. Kuvioita käytettäessä tieto on nopeasti luettavissa. (Vilkka 2007, 135–136.)

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on keskeistä se, että kuvataan todellista elämää ja pyrkimyksenä on tutkia aihetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen erityispiirteisiin kuuluu se, että kohdejoukkoa ei ole valittu satunnaisesti vaan tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinta on tarkoituksenmukaista. Tämän kaltaisessa tutkimuksessa kerätään tietoa ihmisiltä itseltään. (Hirsjärvi ym. 2009, 161-164.)

Kyselylomakkeilla saatu tieto tallennettiin sähköiselle Digium–lomakkeelle, jonka jälkeen avoimet kysymykset käsiteltiin sisällön analyysillä. Digium-lomakkeesta saadun yhteenvedon avulla vastauksista tehtiin taulukot ja kuviot, joiden avulla tulokset voidaan esittää numeraalisessa muodossa.

Sisällönanalyysilla tarkoitetaan tutkimuksella saadun aineiston sanallista kuvaamista. Sisällönanalyysillä saadaan muutettua aineiston sisällölliset asiat numeeriseen muotoon. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi aloitetaan poimimalla aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavat asiat ja karsitaan pois epäolennaiset asiat. Tutkimusaineisto tulee sen jälkeen tiivistää ja sitä ohjaa tutkimukselle asetetut tutkimuskysymykset. Tutkimusaineistolle tehdään ryhmittely sen mukaisesti mitä siitä halutaan löytää. Ryhmittely tapahtuu käytännössä siten, että nostetaan esiin ne ominaisuudet tai käsitykset, jotka ovat analyysin kohteena olevassa analyysiyksikössä. Analyysiyksiköllä tarkoitetaan jotain sanaa, lausetta tai lauseen osaa. Ryhmittelyiden avulla tutkimuksen tuloksena syntyy muun muassa käsitteitä. Tuloksen avulla voidaan ymmärtää kokonaisuuksia. (Vilkka 2005, 139-141.)

3.3 Kyselylomake

Kyselyn tekeminen on yksi monista tavoista, jolla voi kerätä aineistoa. Sitä voi myös kutsua englanninkielisellä nimellä survey, jossa tutkimusaineisto kerätään standardoidusti ja siinä kohdehenkilöt muodostavat joko otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. Kaikilta vastaajilta kysytään tietyt asiat, kuten koulutus- ja työkokemus aivan samalla tavalla. Surveyn avulla aineisto kerätään joko kyselyillä, haastatteluilla tai havainnoimalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 193-194.)

Kysely on mahdollista toteuttaa joko postitse lähetettävällä tai verkossa tapahtuvalla lomakkeella. Postitse lähetettävässä kyselyssä lomakkeen mukana lähetetään palautuskuori, jonka postimaksu on maksettu. Kyselyyn saatujen vastausten määrä riippuu yleensä siitä miten vastaajajoukko on valikoitu. Valikoimattomalle ihmisjoukolle lähetetty kyselylomake ei yleensä saa suuria vastausprosentteja, kun taas valikoidulle joukolle, jotka kokevat asian henkilökohtaisesti tärkeäksi, lähetetty lomake saa yleensä suuremman vastausprosentin. Siksi onkin tärkeää valita vastaajajoukko tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2009, 196.)

Kyselylomakkeen tekemisessä huomion arvoista on tutkimuksen ajoitus, varsinkin jos kyseessä on ajankohtainen aihe. Postitse lähetettävässä kyselyssä pitää huomioida ajankäyttöön myös se, että muistutuksia voidaan joutua lähettämään vastaajille, mikäli vastauksia ei ole määräpäivään mennessä tullut tarpeeksi. Internet-kyselyn hyvä puoli olisikin se, että muistutus onnistuu pienemmällä vaivalla ja pienemmillä kustannuksilla. (Vilkka 2007, 28.)

Hyvänä puolena kyselylomakkeen avulla tutkimisessa on se, että sen avulla on mahdollista saada laaja tutkimusaineisto. Tutkimukseen voi osallistua iso joukko ihmisiä ja kyselylomakkeen avulla pystytään selvittämään monia eri asioita. Hyvän kyselylomakkeen tekeminen on työlästä ja vaatii tekijältä monialaista osaamista. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselytutkimuksen heikkouksia on muun muassa se, että ei voida olla varmoja millä tavoin vastaajat ovat vastanneet kysymyksiin. Vastauksissa ei näy ovatko vastaajat vastanneet kysymyksiin rehellisesti. On myös mahdollista, että vastaajat ymmärtävät jonkun kysymyksen väärin, mutta tätä seikkaa ei pysty kontrolloimaan. Epäselväksi yleensä jää myös se, onko vastaajilla ollut tarpeeksi tietoa aiheesta josta kyselyssä kysytään. Kyselylomakkeen huonoja puolia on lisäksi jo tässä luvussa aiemmin mainittu asia, että vastauksia ei välttämättä saada tarpeeksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

3.4 Tutkimuksen eettisyys ja ajankohtaisuus

Tutkimuslupa työlle on saatu aiemman Sydänpolku-hankkeen myötä. Kyselytutkimus toteutettiin nimettömänä, joten vastaajan henkilöllisyys ei missään vaiheessa tullut julki. Vastaajien henkilöllisyys tai alue, josta vastaus on tullut, ei ole tutkimuksen tekijöiden tiedossa. Saadut vastauslomakkeet käsiteltiin ja säilytettiin huolellisesti niin, että ne eivät ole joutuneet vääriin käsiin. Vastauslomakkeet tullaan hävittämään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Hyviin tapoihin tieteellisesti kuuluvat muun muassa se, että ollaan huolellisia ja rehellisiä tutkimustyötä tehdessä. Huomioidaan se, että vastaajalla on oikeus olla vastaamatta kyselyyn. Vastaamisen tulee siis olla vapaaehtoista. Tiedon keräämisen ja aineiston käsittelyn tulee tapahtua luottamuksellisesti sekä saatujen tutkimustulosten tulee olla avoimesti esitettyjä. Lainsäädäntö on myös tärkeä ottaa huomioon tutkimusetiikkaa pohtiessa. Tutkimusraportissa tulee käyttää hyväksyttävää kielenkäyttöä ja esimerkiksi loukkaavia ja vähätteleviä ilmaisuja tulee välttää. (Vilkka 2007, 90-92.)

Määrällisessä tutkimusaineistossa vastaajan anonyyminä pysyminen pohjautuu kahteen eri lakiin, jotka ovat henkilötietolaki 1999/523 ja laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621. Lakien tarkoituksena on turvata se, että henkilötietoja käytetään ja säilytetään asianmukaisella tavalla sekä luottamuksellisesti. Tutkimuksen tekijän tulee ottaa huomioon ihmisen yksityisyys ja muokata mahdolliset henkilötiedot tunnistamattomaan muotoon. (Vilkka 2007, 95-97.) Tutkimustulosten käsittelyssä luottamuksellisuus tarkoittaa sitä, että pidetään vastaajille annetut lupaukset liittyen tulosten käsittelyyn. Eli jos on luvattu, että ulkopuolisille ei luovuteta tietoja, näin myös tulee toimia. (Mäkinen 2006, 148-149.)

Työn aihe on erittäin ajankohtainen. Aiemmin esitetyssä tekstissä on hyvinkin käynyt ilmi, että sydänpotilaan hoitoa ja kuntoutusta sekä ennakoivaa hoitoa on syytä kehittää. Keväällä 2009 tehdyssä kyselyssä alueen toimijoille tuli paljon samantapaisia vastauksia alueen sydänpotilaan hoidosta ja sen puutteista kuin muulla Suomessa tehdyt tutkimukset ovat tuoneet esiin. Hoidon sujuvuus vaihtelee ja siihen vaikuttavat monet eri tekijät. Tiedonkulussa on ongelmia toimijoiden välillä sekä toimijoiden ja potilaan välillä. Sujuva hoitopolku ja toimijoiden välinen tiedonkulku ovat avainasemassa potilaan hoidon onnistumiseen. Oikean tiedon saanti on tärkeää, jotta ihminen voi hoitaa itseään oikein ennaltaehkäisevästi sekä myös sairastumisen jälkeen. (Aarnio ym. 2009.)

3.5 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus on yksi keskeisempiä asioita. Tulosten luotettavuudella on suuri merkitys tutkittavan asian kehityksen suhteen (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206-207). Määrällisessä tutkimuksessa sen luotettavuutta arvioidaan suhteessa saatuihin tuloksiin. Kyseessä on ulkoinen ja sisäinen luotettavuus. Tutkimus on sisäisesti luotettava silloin, kun tulokset johtuvat ainoastaan tutkimusasetelmasta, eikä mistään muista sitä sekoittavista asioista. Sisäistä luotettavuutta voi kyseenalaistaa esimerkiksi ihmisten valikoituminen tutkimukseen. Tärkeää on se, että tutkimusasetelma pysyy, eikä tuloksiin pääse vaikuttamaan ulkopuoliset asiat. Ulkoisen luotettavuuden tärkeä osa-alue on tulosten yleistettävyys. Se, onko saatu aineisto otos vai perusjoukon näkemys, on tärkeä olla selvillä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210-212.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä sillä, että tutkitaan asiaa, jota oli tarkoituskin tutkia. Tutkimusongelmat on siksi tärkeää asettaa tarpeeksi selkeästi. Luotettavuutta lisää myös se, että otantamenetelmä valitaan sopivaksi kohderyhmään nähden. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää valita oikein myös tapa, jolla aineisto kerätään ja analysoidaan. On huolehdittava siitä, että tutkittavat kysymykset ovat kaikkien ymmärrettävissä, ei käytetä ammattisanastoa vaan arkikieltä. Kysymykset ja annetut vastausvaihtoehdot tulee olla kytköksissä toisiinsa. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä pyytämällä kommentteja esimerkiksi kollegoilta, asiantuntijoilta tai ohjaajilta. (Vilkka 2007, 152-154.)

3.6 Aikataulu

Tämä opinnäytetyöhanke alkoi lokakuussa 2009. Marraskuun 2009 aikana tutustuttiin aiheen teoreettisiin lähtökohtiin. Tammikuussa 2010 valmistui opinnäytetyön alustava suunnitelma sekä kyselylomake. Kyselylomakkeita postitettiin 32 kappaletta helmikuussa 2010. Kyselylomakkeet laitettiin kirjekuoreen, jossa oli mukana valmiiksi maksettu vastauskirjekuori. Kyselylomakkeet toimitettiin Lohjan, Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistysten hallitusten puheenjohtajille 9-12.2.2010. Sydänyhdistysten puheenjohtajiin oli aikaisemmin oltu yhteydessä ja sovittu, että jokainen jakaa kyselylomakkeet hallitusten jäsenille esimerkiksi kokouksen yhteydessä. Vastaukset ohjattiin tulemaan Laurea Lohjan opintotoimistoon.

Vastausaikaa oli aluksi annettu 26.2.2010 asti eli noin 2,5 viikkoa, koska nopealla aikataululla pyrittiin saamaan vastaajat vastaamaan kyselylomakkeeseen mahdollisimman nopeasti. Kyselylomakkeisiin vastaaminen jää usein vastaamatta, mikäli siihen ei vastaa mahdollisimman nopeasti. Vastauspäivämäärään 26.2.2010 mennessä vastauksia tuli 5 kappaletta. Vähäisen vastausmäärän vuoksi vastausaikaa pidennettiin 31.3.2010 asti. Tämä ilmoitettiin sydänyhdistysten hallitusten puheenjohtajille. Maaliskuun puoleen väliin mennessä vastauksia oli tullut

17 kappaletta. Huhtikuuhun 2010 mennessä vastauksia oli tullut yhteensä 19 kappaletta, joka oli lopullinen vastausmäärä. Vastausprosentti oli 59,4 %. Tulosten analysointi aloitettiin huhtikuussa 2010 ja saatiin päätökseen kesäkuun 2010 aikana. Yksi vastauslomake jätettiin analysoimatta, koska se oli puutteellisesti täytetty.

4 Tulokset

4.1 Vastaajien taustatiedot

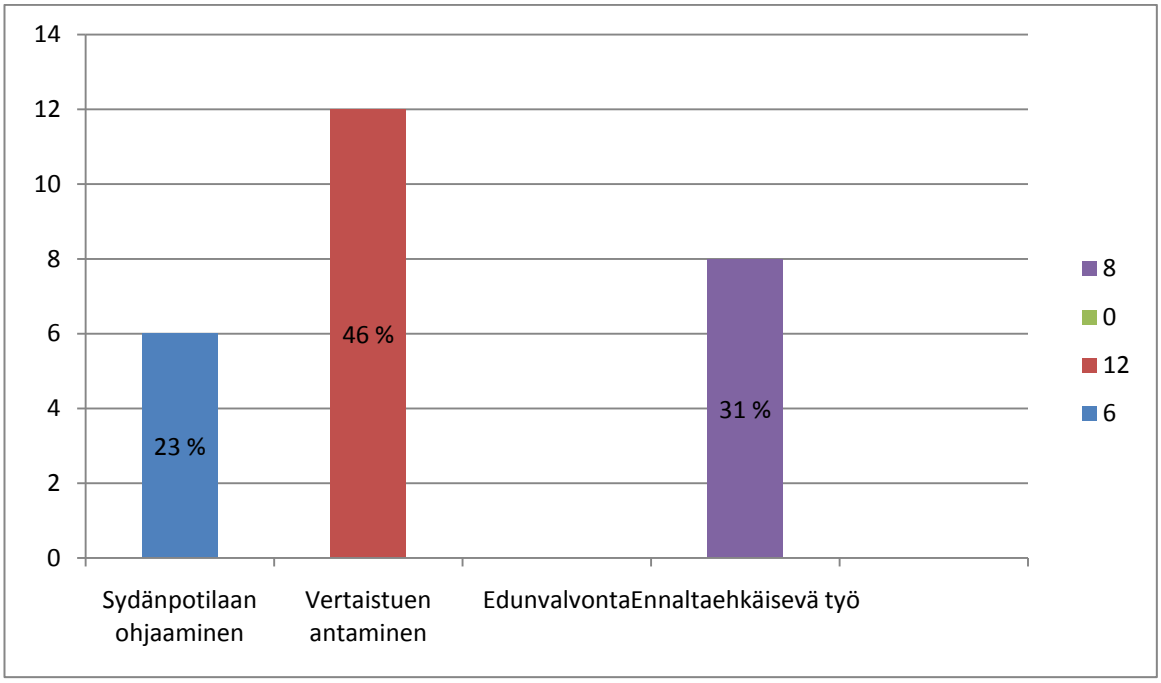
Vastaajien taustatiedoilla kartoitettiin vastaajien ikä, sukupuoli, kauanko vastaaja on ollut sydänyhdistyksen hallituksen jäsenenä ja onko vastaajalla itsellään jokin sydänsairaus, jolloin hänellä itsellään on myös laajempi kuva sydänpotilaan hoitopolusta.

Vastaajista 72 % oli miehiä ja 28 % oli naisia. Vastaajista 33 % oli ollut sydänyhdistyksen hallituksen jäsenenä kaksi vuotta tai alle, 47 % oli ollut 5-10 vuotta ja 20 % oli ollut 10–20 vuotta. Neljästätoista vastaajasta 64 % sairastaa itse jotakin sydänsairautta. Seitsemästätoista vastaajasta suurin osa eli 59 % oli 60–70-vuotiaita. Yli 70-vuotiaita oli 35 % ja 6 % vastaajista oli 40–50-vuotias (Taulukko 1).

Taulukko 1: Vastaajien taustatiedot (n=18)

Taustatieto	f	%
Sukupuoli		
Mies	13	72
Nainen	5	28
Sydänyhdistyksen hallituksen jäsenenä		
Alle 2 vuotta	5	33
5-10 vuotta	7	47
10–20 vuotta	3	20
Sairastaako itse jotain sydänsairautta		
Kyllä	9	64
Ei	5	36
Ikä		
Alle 30 vuotta	0	0
30-40 vuotta	0	0
40-50 vuotta	1	6
50-60 vuotta	0	0
60-70 vuotta	10	59
Yli 70 vuotta	6	35

Vastaajat kokivat sydänyhdistyksen tärkeimmäksi tehtäväksi vertaistuen antamisen, joka sai annetuista vaihtoehdoista 46 %:n kannatuksen. Myös ennaltaehkäisevä työ (31 %) ja sydänpotilaan ohjaaminen (23 %) koettiin tärkeimmiksi tehtäviksi. Yksikään vastaajista ei pitänyt edunvalvontaa tärkeimpänä tehtävänä (Kuvio 2).

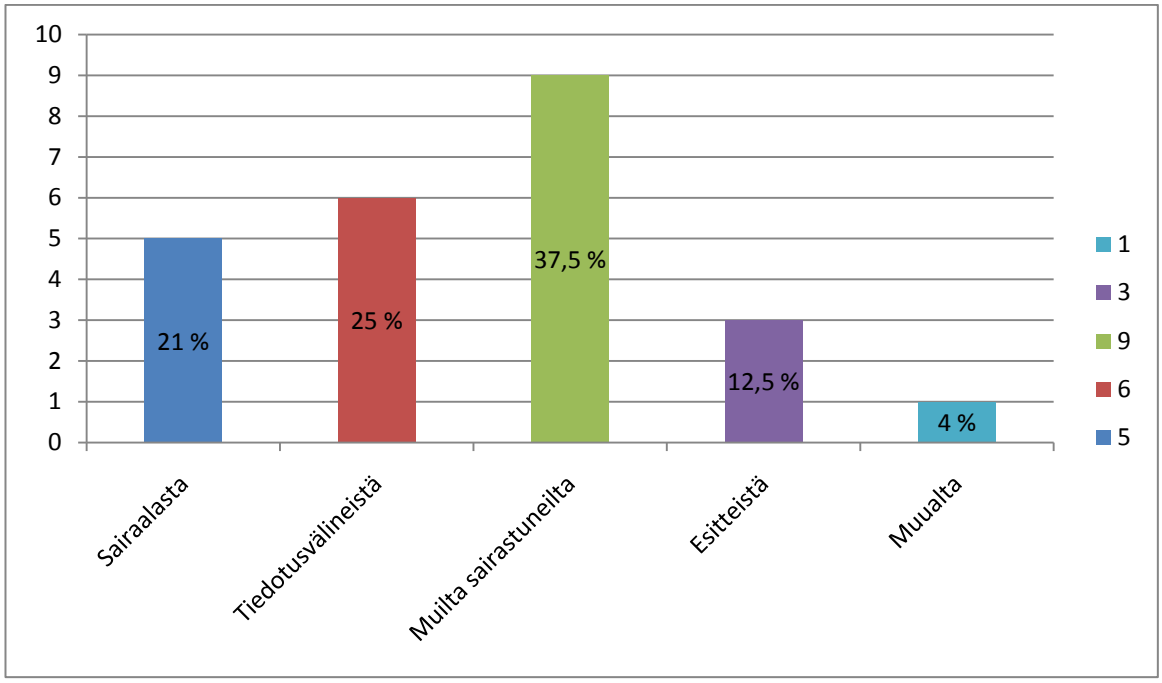


Kuvio 2: Sydänyhdistyksen tärkein tehtävä

4.2 Vastaajien näkemykset tiedonsaannista

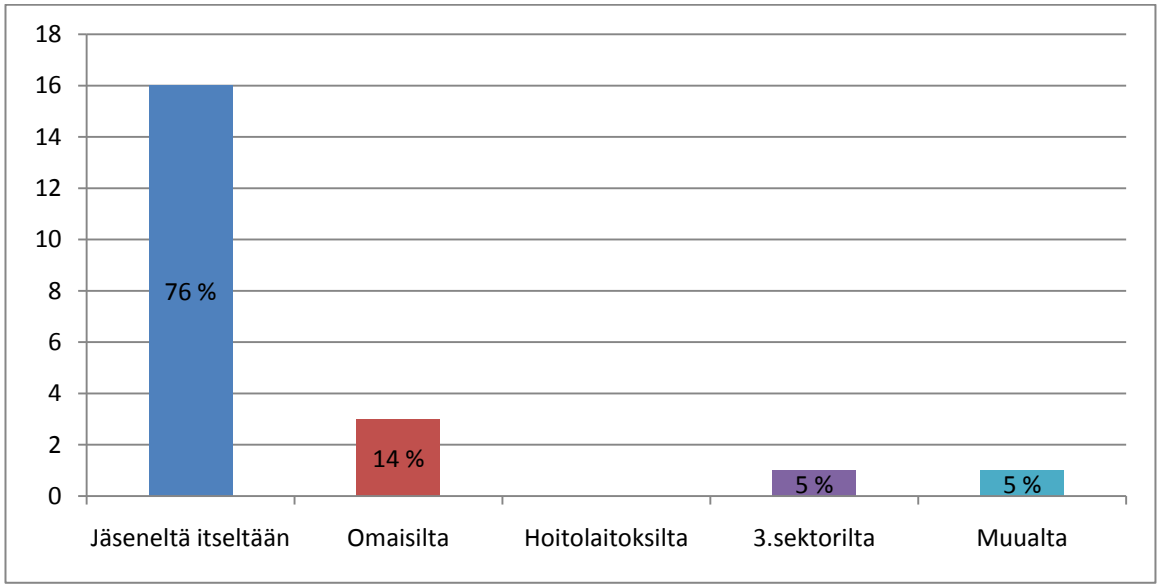
Kysymyksissä kartoitettiin sydänyhdistysten hallitusten jäsenten mielipidettä siitä, saavatko potilaat tällä hetkellä riittävästi tietoa yhdistyksen toiminnasta ja saavatko sydänyhdistysten hallitusten jäsenet tietoa potilaasta.

Vastaajista 53 prosenttia oli sitä mieltä, että potilas saa tietoa sydänyhdistyksen toiminnasta. Sydänyhdistysten hallitusten jäsenien mielestä potilas saa eniten tietoa sydänyhdistyksen toiminnasta muilta sairastuneilta. Myös tiedotusvälineistä, kuten lehdistä ja Internetistä sekä sairaalasta potilaat saavat vastaajien mukaan tietoa sydänyhdistyksen toiminnasta. Vähiten tietoa koettiin saatavan esitteistä. Avoimeen kysymykseen vastattiin, että tietoa saadaan myös tuttavilta (Kuvio 3).



Kuvio 3: Mistä potilas saa tiedon sydänyhdistyksen toiminnasta?

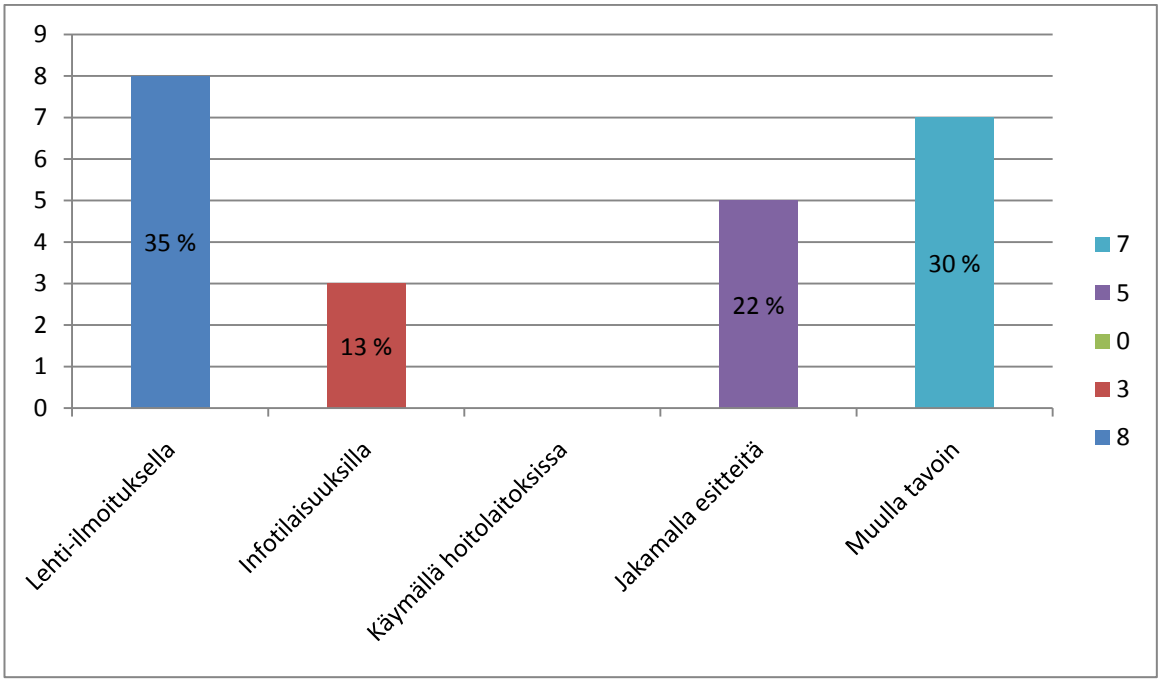
Viidestätoista kysymykseen vastaajasta 53 prosenttia ei kokenut tarvitsevansa nykyistä enempää tietoa jäsenistään, kun taas 47 prosenttia vastaajista kokee tarvitsevansa nykyistä enemmän tietoa jäsenistään. Tietoa toivottiin voinnista, sairaudesta, sydänpotilaiden määrästä ja onko kaikilla jäsenillä taustalla sydänsairaus. Kysymykseen ”Tiedonsaannin nykytila” vastaajat saivat vastata useampaan vaihtoehtoon. Vastausvaihtoehdoista mainittiin useimmin eli 76 prosenttia vaihtoehto ”jäseneltä itseltään”, omaisilta 14 prosenttia ja 3. sektorilta 5 prosenttia sekä muualta 5 prosenttia. Muualta -kohtaan vastattiin, että tietoa saa sydänyhdistyksen kokouksista (Kuvio 4).



Kuvio 4: Tiedonsaannin nykytila

4.3 Tiedottaminen sydänyhdistyksen toiminnasta

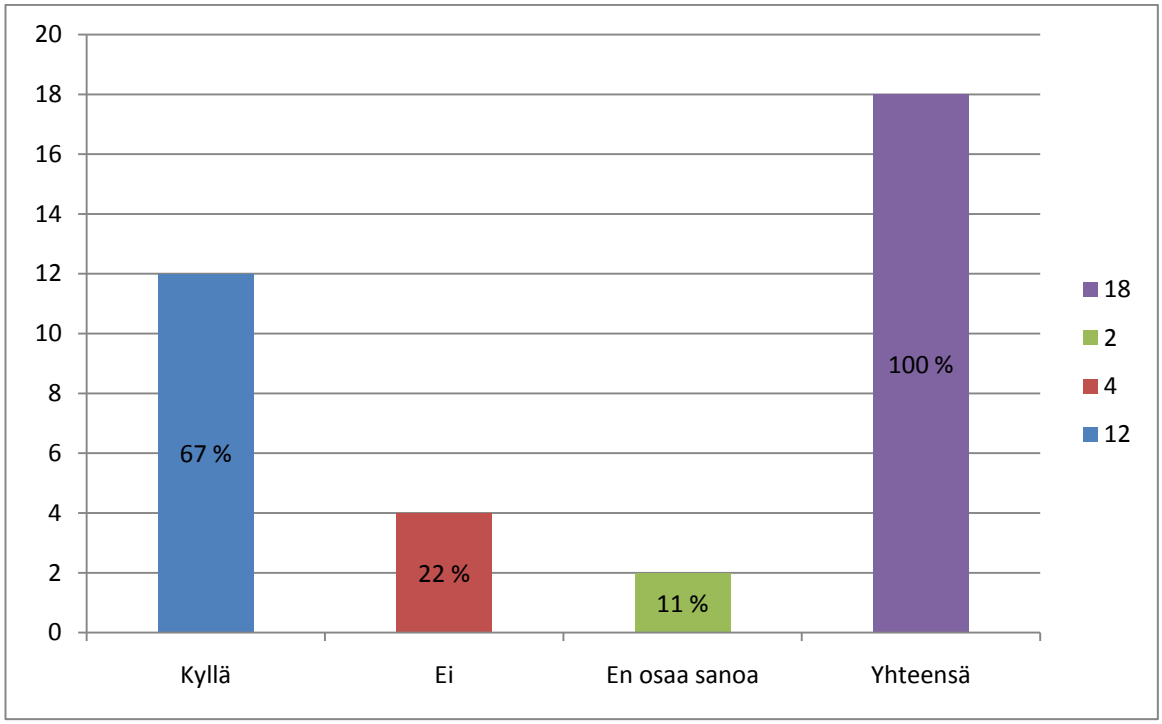
Kysymyksissä kartoitettiin, millä tavoin sydänyhdistys tuo toimintaansa potilaille esille tällä hetkellä. 71 % vastaajista vastasi, että heillä on toiminnastaan esitteitä, joita jakavat muille toimijoille. 29 % vastaajista vastasi, että heillä ei ole toiminnastaan esitteitä. Sydänyhdistysten hallitusten jäsenet tuovat toimintaansa esille eniten lehti-ilmoitusten avulla (35 %). Vastaajien mukaan toimintaa tuodaan esille myös jakamalla esitteitä ja pitämällä infotilaisuuksia. Muulla tavoin toimintaa tuodaan esille hoitamalla jäsenasioita ja olemalla yhdistyksen jäsen, avustamalla tarvittavissa toiminnoissa, olemalla mukana sydänviikolla, pitämällä kerhokokouksia, sydänkerhotilaisuuksia, virkistysmatkoja ja ulkoilupäiviä sekä viikoittaisilla tapaamisilla (Kuvio 5).



Kuvio 5: Muut tavat, joilla sydänyhdistyksen toimintaa esitellään

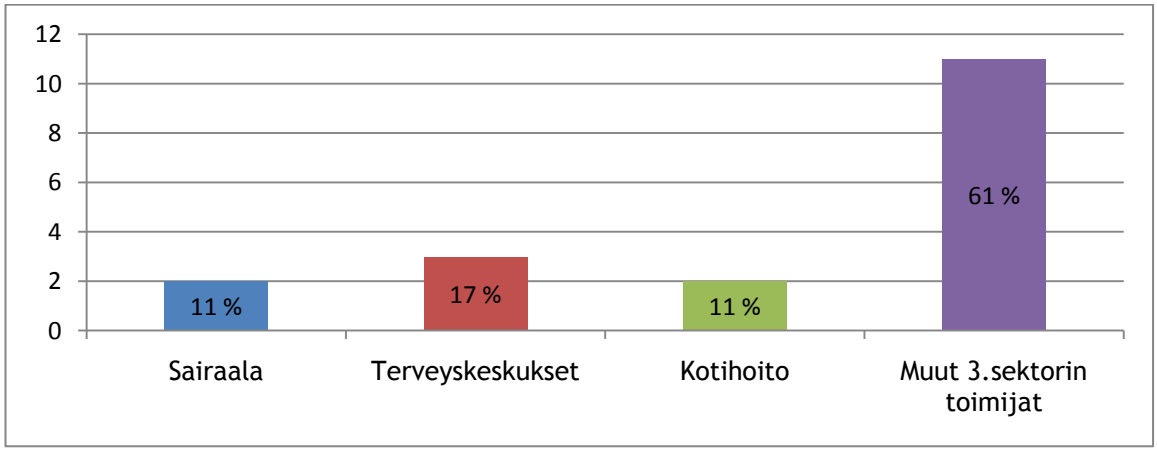
4.4 Sydänpotilaan hoitopolku ja sen toimijoiden yhteistyö

Kysymyksissä selvitettiin, tekeekö sydänyhdistys yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa ja onko sydänyhdistys halukas lisäämään tulevaisuudessa yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Vastaajista 67 % oli sitä mieltä, että yhteistyötä on muiden toimijoiden kanssa, 22 % vastaajista oli sitä mieltä, että yhteistyötä ei ole ja 11 % vastaajista ei osannut sanoa, onko yhteistyötä (Kuvio 6).



Kuvio 6: Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa

Vastaajat kokivat selvästi eniten yhteistyötä olevan muiden 3. sektorin toimijoiden kanssa (61 %). Jonkin verran yhteistyötä on terveyskeskusten (17 %), sairaalan (11 %) ja kotihoidon (11 %) kanssa. Tähän kysymykseen vastaajat ovat vastanneet useampaan kuin yhteen vaihtoehtoon (Kuvio 7). Avoimeen kysymykseen ”Millaista yhteistyötä teette?” vastaajat vastasivat seuraavasti: käymällä yhdistyksen tapahtumissa, tekemällä yhteistyötä Apuomenan, liikuntatoimen ja apteekkien kanssa liittyen verenpaineen ja kolesterolin mittaukseen ja erityisryhmien liikuntaan. Lisäksi mainittiin erilaiset yhteistyötilaisuudet, tapaamiset ja sydänviikko. Vastaajista 87 % olisi halukkaita lisäämään yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Avoimeen kohtaan ehdotuksina tuli yhteistyön lisäämistä diabetesyhdistyksen, eläkeläisjärjestöjen, sairaalan, terveyskeskuksen sekä apteekin kanssa.

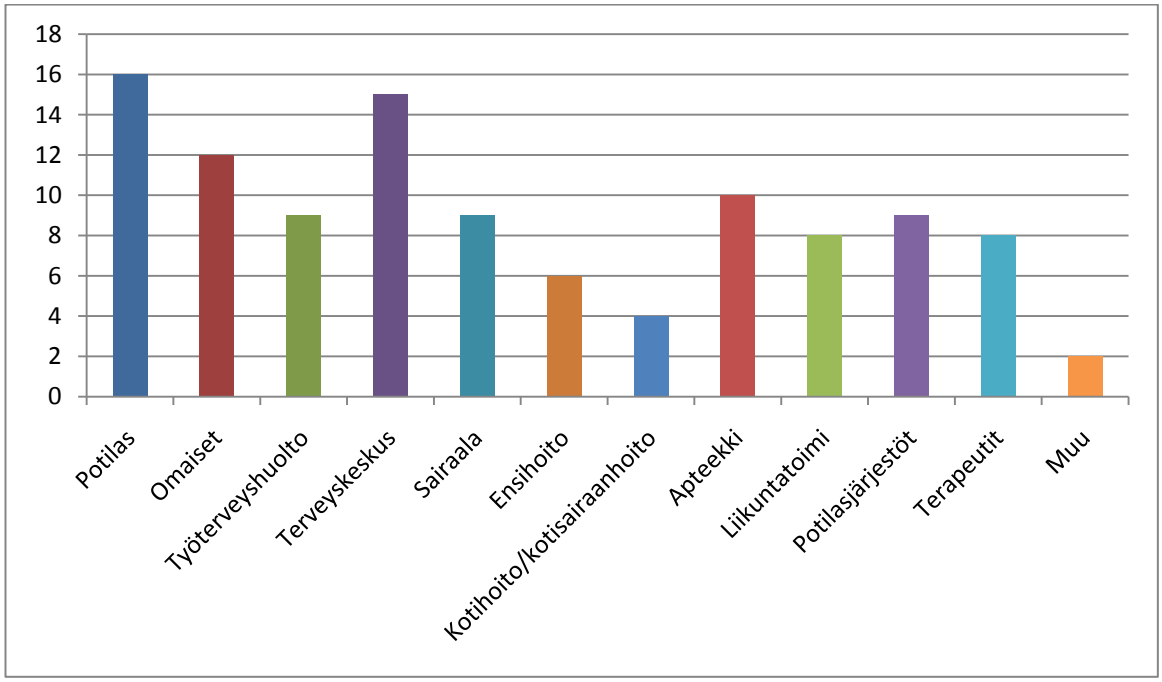


Kuvio 7: Yhteistyötahot

4.5 Ongelmat yhteistyössä ja tiedonkulussa

Kysymyksissä kartoitettiin tämän hetkistä sydänpotilaan hoitopolun toimivuutta, tiedonkulkua hidastavia tekijöitä sekä siinä esiintyviä toistuvia puutteita. Kysymyksissä selvitettiin myös, saako potilas tällä hetkellä riittävästi yksilöllistä tietoa eri toimijoilta hoitoonsa liittyvissä asioissa. Lisäksi kysyttiin sydänyhdistysten hallitusten jäsenten mielipidettä sydänyhdistyksen roolista ja tehtävästä sydänpotilaan hoidossa ja hoitopolussa.

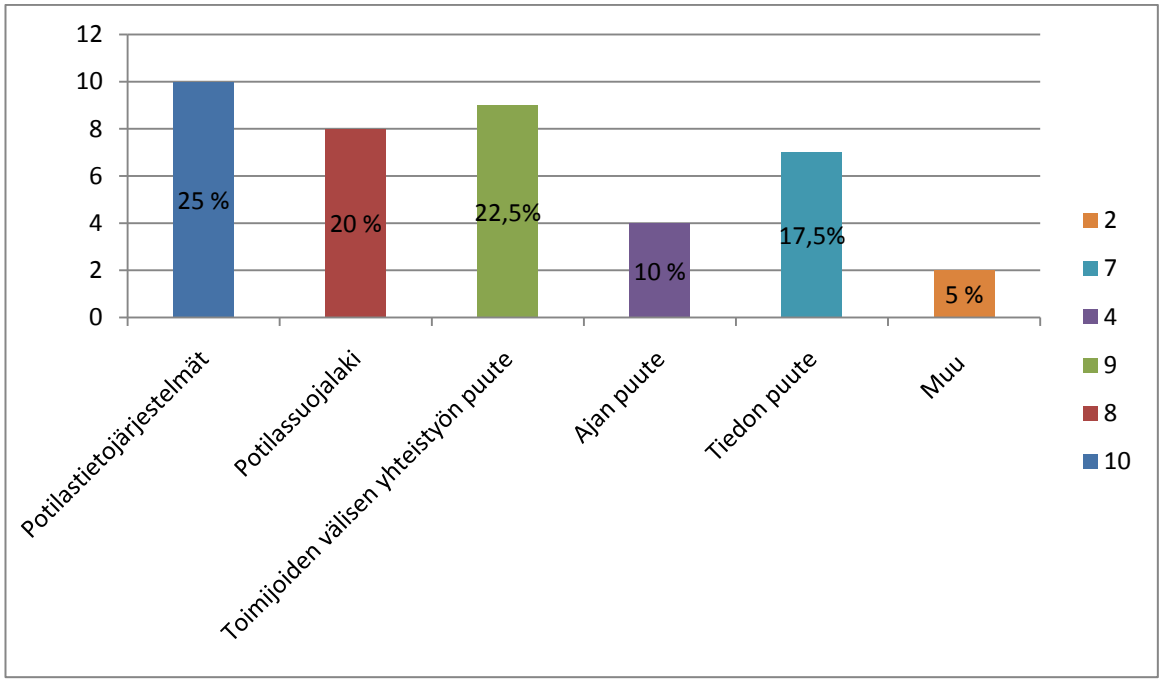
Kysymyksessä, ”mitkä toimijat kuuluvat vastaajien mielestä sydänpotilaan saumattomaan hoitopolkuun”, vastaajat saivat mainita haluamansa määrän vastausvaihtoehtoja. Tärkeimmiksi vastaajien mielestä koettiin potilas ja terveyskeskus. Vähiten tärkeiksi hoitopolussa koettiin vastaajien mielestä kotihoito/kotisairaanhoito ja ensihoito. Muu – kohtaan, jossa vastaaja sai itse kirjoittaa, mikä toimija kuuluu saumattomaan hoitopolkuun, oli vastattu muun muassa yhteistyö Laurea-ammattikorkeakoulun ja Kelan kanssa (Kuvio 8). Vastaajista peräti 94 % koki sydänyhdistyksen roolin tärkeäksi sydänpotilaan hoitopolussa. Vastaajien mielestä sydänyhdistyksen rooli, tehtävä tai osuus sydänpotilaan hoitopolussa on järjestää asiantuntijaluentoja, retkiä, teatterikäyntejä ja yhteistoimintaa naapuriyhdistysten kanssa. Myös tiedonjakaminen esimerkiksi eri hoitovaihtoehdoista, ohjaaminen, kannustaminen itsehoitoon, vertaistuen anto sekä virkistystoiminta mainittiin. Sydänyhdistyksen tehtäviksi koettiin myös tiedottaminen, valvonta, yhteydenpito sekä yhteiset tapaamiset ja sosiaalinen yhdessäolo keskustelun sekä liikunnan merkeissä.



Kuvio 8: Sydänpotilaan saumattomaan hoitopolkuun kuuluvat toimijat

Kysymykseen ”Saako potilas tällä hetkellä riittävästi yksilöllistä tietoa toimijoilta sairautensa eri vaiheessa” 50 % vastaajista (n=18) oli sitä mieltä, että potilaat eivät saa tarpeeksi tietoa. 22 %:n mielestä potilas saa tarpeeksi tietoa ja 28 % vastaajista ei osannut sanoa.

Tämänhetkistä tiedonkulkua hidastavaksi tekijäksi eri toimijoiden välillä mainittiin useimmin (25 %) potilastietojärjestelmät, joiden koettiin eniten hidastavan tiedonkulkua. Seuraavaksi eniten oltiin sitä mieltä, että toimijoiden välisessä yhteistyössä on puutteita (22,5 %). Potilassuojalaki mainittiin myös hidastavaksi tekijäksi tiedonkulussa (20 %). Vähiten tiedonkulkua koettiin hidastavan ajan puute (10 %). Tässä kysymyksessä vastaajat saivat valita useamman vastausvaihtoehdon. Avoimeen ”muu, mikä” – kysymykseen vastattiin, että yhdistyksiä on liikaa eri aloilla, suojataan mustasukkaisesti omaa aluetta sekä tukihenkilöiden puute (Kuvio 9).



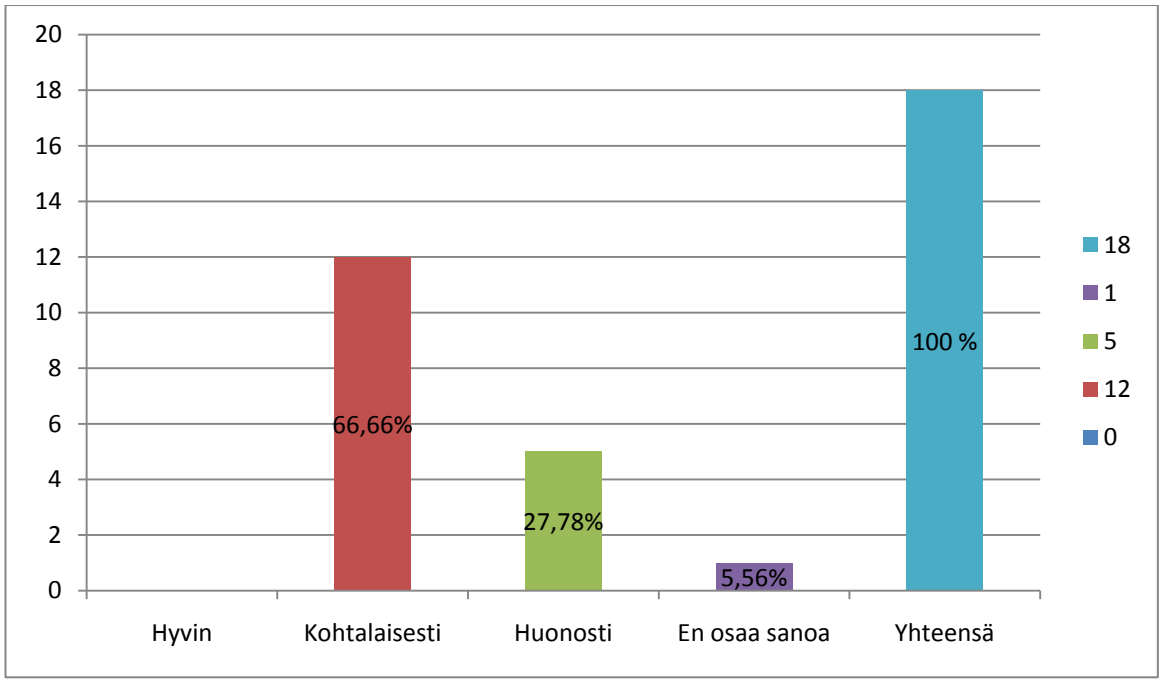
Kuvio 9: Toimijoiden välistä tiedonkulkua hidastavat tekijät

Potilaan hoitoon liittyvässä tiedonkulussa ja hoitopolussa on toistuvasti puutteita 69 %:n mielestä. Puutteiksi kuvattiin avoimissa vastauksissa muun muassa se, että potilastietojärjestelmien vuoksi esimerkiksi tiedonkulku sairaalasta terveyskeskukseen ei toimi, terveyskeskuksen lääkäri ei pääse näkemään sairaalan arkistoa. Lääkärit vaihtuvat, joten monta eri lääkäriä on mukana hoidossa, eivätkä tiedä mitä lääkkeitä potilaalla menee. Ajan puute, lääkäripula ja kuntoutuksen, myös psyykkisen kuntoutuksen puute mainittiin. Lisäksi terveyskeskuksiin kaivattiin sydänhoitajaa.

V2: ”Operoidut ihmiset pitäisi liittää tiiviimmin jatkoseurantaan tai seurannan pitäisi jatkua pidempään, vaikka vointi olisikin ”hyvä”. ”Mieli ei ehdi mukaan ja sitten putoaa jonnekin.”

V17: ”Jatkohoidon tiedot, potilas jätetään oman onnensa varaan, ellei itse ole aktiivinen.”

Vastaajasta yksikään ei kokenut tämänhetkisen sydänpotilaan hoitoon liittyvän tiedonkulun ja potilaan hoitopolun sujuvan hyvin eri toimijoiden välillä. 66,66 % vastaajista oli sitä mieltä, että tiedonkulku ja hoitopolku toimijoiden välillä sujuu kohtalaisesti, kun taas 27,78 % vastaajista koki sen toimivan huonosti. 5,56 % vastaajista ei osannut sanoa (Kuvio 10). Vastaajia pyydettiin kertomaan tarkemmin, mikä tällä hetkellä toimii hyvin tai huonosti. Vastaajat kokivat, että potilaan pitää olla oma-aloitteinen eikä aggressiivista tiedottamista potilaalle toivottu. Vastaajat kritisoivat myös sitä, että ajan saaminen omalle lääkärille sairaalasta kotiutumisen jälkeen on vaikeaa. Kun lääkärille pääsee, niin otetaan kokeita, mutta ei lueta tuloksia ja lääkärit määräävät päällekkäisiä ja tarpeettomia lääkkeitä. Huonoksi koettiin myös se, että sydänyhdistyksen vapaaehtoiset ikääntyvät eivätkä jaksa enää olla toiminnassa mukana, nuoria taas ei järjestötoiminta kiinnosta. Vastaajat kokivat huonoksi myös sen, että eri järjestöjen toiminnat eivät ole yhteydessä keskenään, vaikka esimerkiksi diabetes ja sydänsairaus kulkevat usein käsi kädessä.



Kuvio 10: Sydänpotilaan hoitoon liittyvä tiedonkulku ja hoitopolun toimivuus eri toimijoiden välillä

Lopuksi kyselyssä toivottiin kehittämisehdotuksia sydänpotilaan hoitopolun ja tiedonkulun parantamiseksi. Vastaajat toivoivat, että tiedonkulkua tulisi parantaa eri hoitopaikkojen välillä, vaikkakin potilassuojalaki ja erilaiset tietojärjestelmät haittaavat hoitopolkua. Potilaan oma-aloitteisuuden puute ja hoitohenkilökunnan kiire haittaavat potilaan kotiutusta niin, että potilaat eivät saa riittävästi tietoa jatkohoidosta tai sydänyhdistyksen toiminnasta. Yhdistyksellä tulisi olla enemmän infoa jaettavaksi eri toimijoille, kuten oma esite. Myös sydänliiton ja diabetesliiton yhteistyön syventämistä kannatettiin.

4.6 Tutkimuskysymysten tarkastelua

Kaikkiin asetettuihin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Tiedonkulussa koettiin olevan hidasteita, yhteistyö muiden toimijoiden kanssa oli satunnaista, mutta sydänyhdistyksen rooli koettiin tärkeäksi sydänpotilaan hoitopolussa.

1. Mitkä ovat suurimmat tiedonkulkua hidastavat tekijät sydänyhdistysten hallitusten jäsenten kokemana?

Yksikään kyselyyn vastanneesta ei kokenut tämänhetkisen sydänpotilaan hoitopolun ja tiedonkulun sujuvan hyvin toimijoiden välillä. Vastaajista yli puolet oli sitä mieltä, että sydänpotilaan hoitoon liittyvässä tiedonkulussa ja hoitopolussa on toistuvasti puutteita. Suurimmaksi tämänhetkistä tiedonkulkua hidastavaksi tekijöiksi sydänyhdistysten hallitusten jäsenten mielestä koettiin tämänhetkiset potilastietojärjestelmät ja toimijoiden yhteistyön puute. Tieto ei siirry esimerkiksi sairaalasta terveyskeskukseen ja terveyskeskuksen lääkäri ei pääse katsomaan sairaalan arkistoa. Potilassuojalain koettiin hidastavan tiedon siirtymistä. Myös ajanpuutteen ja lääkäripula koettiin hidastavan tiedonkulkua. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että sydänpotilas ei tällä hetkellä saa tarpeeksi tietoa sairautensa hoidossa ja sairastuneen jatkohoidossa sekä kuntoutuksessa on puutteita. Potilaan jatkohoito jää usein potilaan oman aktiivisuuden varaan ja kotiutumisen jälkeen ajan saaminen lääkärille on hankalaa. Koettiin myös, että lääkärit määräävät päällekkäisiä lääkkeitä osin vaihtuvien lääkäreiden ja potilastietojärjestelmien keskustelemattomuuden takia. Terveyskeskuksiin toivottiin sydänhoitajaa, joka koordinoisi potilaan jatkohoitoa sairaalasta pääsyn jälkeen.

2. Minkälaista yhteistyötä sydänyhdistyksellä on muiden toimijoiden kanssa?

Vastaajien mukaan sydänyhdistyksellä on tällä hetkellä jonkin verran yhteistyötä sairaalan ja terveysasemien kanssa. Yhteistyö ei ole säännöllistä. Enemmän yhteistyötä tehdään muiden 3. sektorin toimijoiden, kuten Apuomenan kanssa. Myös liikuntatoimi ja apteekki mainittiin. Yhteistyö on lähinnä tapaamisia ja yhteistilaisuuksia liittyen esimerkiksi verenpaineen ja kole-

sterolin mittauksiin. Yhteistä toimintaa on myös sydänviikolla. Vastausten mukaan sydänyhdistysten hallitusten jäsenet olisivat valmiita lisäämään ja kehittämään säännöllistä yhteistyötä nykyistä enemmän esimerkiksi sairaalan, terveysasemien ja muiden potilasjärjestöjen, kuten diabetesliiton ja eläkejärjestöjen kanssa.

3. Minkälaisena sydänyhdistysten hallitusten jäsenet kokevat oman roolinsa tai oman tehtävänsä sydänpotilaan hoitopolussa?

Sydänyhdistyksen rooli sydänpotilaan hoitopolussa koettiin tärkeäksi. Sydänyhdistyksen tehtäväksi mainittiin muun muassa ennaltaehkäisevä työ, vertaistuen anto, elämäntapamuutoksen ohjaaminen, virkistystoiminta. Tärkeiksi asioiksi koettiin tiedon jakaminen ja ohjaaminen, asiantuntijaluentojen järjestäminen ja sosiaalisen toiminnan, kuten tapaamisten ja retkien järjestäminen. Tämän koettiin tukevan myös psyykkistä kuntoutumista.

5 Johtopäätökset

5.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Vastauksia tuli määräpäivään 26.2.2010 mennessä 5 kappaletta jonka jälkeen jatkoaikaa annettiin 31.3.2010 asti. Yhteensä vastauksia saatiin maaliskuun loppuun mennessä 19, joista 18 pystyttiin analysoimaan. Vastausprosentti oli 59 %. Tuloksista saatiin melko kattava kuva sydänpotilaan nykyisestä hoitopolusta ja toimijoiden välisestä tiedonkulusta Lostin ja Karviaisen alueen sydänyhdistysten hallitusten jäsenten näkökulmasta.

Vastaajista (n=18) 72 prosenttia oli miehiä ja 28 prosenttia naisia. Vastaajien keskimääräinen ikä oli 60-70 vuotta. Keskimääräinen aika hallituksen jäsenenä oli 5-10 vuotta. Neljästätoista vastaajasta yhdeksän oli itse sairastunut johonkin sydänsairauteen.

Sydänyhdistysten hallitusten jäsenistä 53 prosenttia oli sitä mieltä, että potilas saa tietoa sydänyhdistyksen toiminnasta, kun taas 47 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että potilas ei saa tarpeeksi tietoa sydänyhdistyksen toiminnasta. Tällä hetkellä potilas saa parhaiten tietoa sydänyhdistyksen toiminnasta muilta sairastuneilta, tiedotusvälineistä ja sairaalasta. Tutkimustulosten mukaan lähes puolet vastaajista oli sitä mieltä, että potilaat eivät saa tarpeeksi tietoa yhdistyksen toiminasta, josta voidaan päätellä, että sydänyhdistyksen toiminnan esille tuomista on ehkä vielä jollain tapaa syytä tehostaa tai lisätä tämän hetkiseen nähden.

Potilaasta tietoa saadaan eniten potilaalta itseltään sekä omaisilta. Hallituksen jäsenistä lähes puolet vastaajista toivoi saavansa nykyistä enemmän tietoa potilaan voinnista ja sairau-

desta. Toisaalta taas hieman yli puolet vastaajista taas koki, että eivät tarvitse nykyistä enempää tietoa potilaasta. 3. sektorin toimijat eivät juuri saa potilaasta tietoa muuta kautta. Potilassuojalaki vaikuttaa olennaisesti siihen, mitä tietoja potilaasta annetaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992 § 12-13) mukaan potilasasiakirjat ovat salassa pidettävää aineistoa, jota terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa luovuttaa ilman potilaan kirjallista suostumista. Terveydenalan henkilöstöä sitoo salassapitovelvollisuus, eikä potilaan tietoja saa luovuttaa ilman potilaan suostumusta (Isoherranen ym. 2008, 65).

Sydänyhdistyksen toimintaa tuodaan tällä hetkellä esille esitteillä, lehti-ilmoituksilla ja infotilaisuuksilla. Yhdistys on myös esillä sydänviikon tapahtumissa, erilaisissa kerhokokouksissa sekä virkistys-, ja ulkoilupäivillä. Vastaajien mukaan hoitolaitoksissa ei käydä tuomassa sydänyhdistyksen toimintaa esille. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että yhteistyötä sairaalan ja perusterveydenhuollon välillä on jonkin verran mutta sairaaloissa ja hoitolaitoksissa ei konkreettisesti tuoda sydänyhdistysten toimintaa esille. Toisaalta juuri sairastuneet, sairaalassa olevat potilaat voivat kaivata tietoa yhdistyksen toiminnasta ja sydänyhdistyksen konkreettista esillä oloa. Samoin perusterveydenhuollossa jatkohoidossa käyvät potilaat saattaisivat hyötyä sydänyhdistyksen esillä olosta. Esimerkiksi säännöllisesti tapahtuvat kokoontumiset sairaalan tai terveyskeskuksen tiloissa saattaisivat madaltaa potilaan kynnystä tulla hakemaan tietoa tai tulla mukaan toimintaan. Sydänliiton (Sydänliiton verkkolehti 2010b) mukaan julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välisen yhteistyön lisääminen on tärkeä osa sydänkuntoutusta. Lähtökohtana yhteistyön kehittämiselle on, että sairaala, terveyskeskus ja 3. sektori tuntevat toisensa ja niiden välinen tiedon kulku toimii sekä työnjako on selkeää.

Tuloksista kävi ilmi, että eniten yhteistyötä tehdään muiden 3. sektorin toimijoiden, kuten Apuomenan sekä muiden yksityisten toimijoiden, kuten apteekin ja liikuntatoimen kanssa liittyen esimerkiksi verenpaine- ja kolesterolimittauksiin. Myös tapaamisia ja muita yhteistilaisuuksia on jonkin verran sekä yhteistä toimintaa sydänviikolla. Vastaajista 67 prosenttia oli sitä mieltä, että yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa on tällä hetkellä riittävästi, kun taas 22 prosenttia oli sitä mieltä, että yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa ei ole tarpeeksi. Tuloksista voidaan päätellä, että vaikka toimintaa ja yhteistyötä on muiden toimijoiden kanssa, yhteistyö ei ole säännöllistä. Toisaalta vastausten mukaan halukkuutta yhteistyön toiminnan lisäämiselle löytyy, sillä suurin osa vastaajista oli halukas lisäämään yhteistyötä nykyisestä sairaalan, terveyskeskuksen, apteekin ja 3. sektorin, kuten diabetesyhdistyksen ja eläkeläisjärjestöjen kanssa.

Vastaajien mielestä saumattomaan hoitopolkuun kuuluu tärkeimpinä potilas, terveyskeskus, omaiset, työterveyshuolto, apteekki, sairaala ja potilasjärjestöt. Myös Kela tuotiin esille. Vähiten koettiin hoitopolkuun kuuluvan kotihoito/kotisairaanhoito sekä ensihoito. Tuloksesta voidaan todeta, että jokainen toimija kuuluu jollain tavalla potilaan hoitopolkuun. Jokaisen

potilaan hoitopolku on yksilöllinen ja hänen hoitopolkuunsa kuuluu hänen tarvitsemansa toimijat. Hoitopolku on moniammatillinen ja siihen kuuluvat tarvittaessa myös esimerkiksi kansalaisjärjestöt. Kerttusen ym. (2008) ja Ketolan ym. (2006, 7) mukaan hoitopolun tarkoitus on parantaa ja helpottaa potilaan palveluita sekä yhteistyötä eri organisoiden välillä. Hoitoketjussa potilaan hoidon kannalta merkittäviä asioita on hoidon nopeus, joustavuus ja yhteistyö. Kuten Kansanterveyslaitos (2008b) on maininnut, sydänpotilaan hoito ja kuntoutus on moniammatillista toimintaa, jossa korostuu saumattoman hoitopolun merkitys. Ennaltaehkäisevän työ ja seurantahoidon merkitys on oleellista ja tapahtuu suurimmalta osin perusterveydenhuollossa. Tämä edellyttää sujuvaa yhteistyötä ja selkeää määritystä hoidon järjestelystä. Kansanterveyslaitoksen mukaan 3. sektorin roolia vertaistukitoiminnan antajana tulee hyödyntää yhä enemmän perusterveydenhuollon jatkona.

Lähes kaikki vastaajista näkivät sydänyhdistyksen roolin sydänpotilaan hoitopolussa tärkeäksi. Sydänyhdistyksen roolissa tärkeiksi asioiksi koettiin tiedonjakaminen ja ohjaaminen, asiantuntijaluentojen järjestäminen, vertaistuen ja terveysvalistuksen antaminen sekä erilaisen sosiaalisen toiminnan, kuten tapaamisten ja retkien järjestäminen. Edellä mainitut ovatkin erittäin tärkeitä tehtäviä sydänliiton toiminnassa. Sydänliiton (2010e) mukaan sydänliitolla on tärkeä tehtävä tukea elämäntapamuutosta, antaa tietoa terveydestä ja sydänsairauksista sekä tukea toipumista.

Yksikään sydänyhdistysten hallitusten jäsenistä ei kokenut tämänhetkisen sydänpotilaan hoitoon liittyvän tiedonkulun ja potilaan hoitopolun sujuvan hyvin kokonaisuudessaan eri toimijoiden välillä. Toimijoiden välisen tiedonkulun ja sydänpotilaan hoitopolun koettiin toimivan joko kohtalaisesti tai huonosti ja hidastaviksi tekijöiksi mainittiin potilastietojärjestelmät ja potilassuojalaki. Tutkimukseen vastanneet kokivat, että tällä hetkellä tieto ei siirry sairaalasta terveyskeskukseen. Myöskään terveyskeskuksen lääkäri ei pääse katsomaan sairaalan arkistoa, jolloin potilaan jatkohoito saattaa jäädä toteutumatta.

Samantapaisia ongelmia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisessä tiedonjakelussa on todettu myös Rutasen (2008, 56-57) tekemässä väitöskirjassa, jossa toimijoiden välisessä tiedonsiirrossa todettiin ongelmia ja tietosuojan koettiin hankaloittavan palveluiden käyttöä. Ongelmana koettiin myös, että potilaan papereita ei pääse katsomaan potilaan suostumuksesta huolimatta. Rutanen toteaa, että sähköisistä potilas- ja hallintojärjestelmistä huolimatta terveydenhuollon välisessä tiedonjakelussa esiintyy paljon ongelmia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Vaikka tiedonkulku on olennainen asia hoitopolussa, on tiedon kulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen sosiaali- ja terveysministeriön mukaan varsin yleistä. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman potilasturvallisuusstrategiassa on todettu tiedon kulun katkeamisen olevan yleinen potilasturvallisuudessa tapahtuva haitta, joka tulee jatkossa huomioida tarkemmin. Hoitoketjussa tulee olla yhteisesti sovitut käy-

tänteet, jotka tiedetään niin työyhteisössä, kuin hoitoketjussa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b.) Potilaan hoidon kannalta merkittävää hoitoketjussa on hoidon nopeus, joustavuus ja yhteistyö, mikä myös tarkoittaa sujuvaa tiedonkulkua eri toimijoiden välillä (Kerttunen ym. 2008).

Yhdeksi potilaan hoitopolkua hidastavaksi tekijäksi todettiin toimijoiden välisen yhteistyön puute. Potilasta saattaa hoitaa monta lääkäriä eri sektorilla, jotka eivät tiedä esimerkiksi toistensa määräämistä lääkkeistä. Kun uusia lääkkeitä määrätään, vanhoja lääkkeitä ei poisteta listalta. Vastaajista puolet oli sitä mieltä, että potilas ei saa yksilöllistä tietoa sairautensa hoidosta sairauden eri vaiheessa. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (1992) velvoittaa hoitajaa ja lääkäriä antamaan potilaalle riittävästi tietoa. Ruotsalaisen (2006, 167-168) tutkimuksen mukaan tiedon tulee olla yksilöllistä ja sen tulee tukea potilaan mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa. Potilaan tulee saada tarpeeksi tietoa sairaudestaan, lääkehoidosta ja toiminnan rajoista. Mitä enemmän potilas kokee saavansa tietoa ja yksilöllistä ohjausta, sitä paremmin hän kokee voivansa hyödyntää voimavaroja itsensä hoitamiseen. Ekolan (2008) tutkimuksessa todettiin, että potilaat sopeutuvat sairauteensa, tunnistavat oireet paremmin ja motivoituvat itsehoitoon, mikäli he saavat asiantuntevaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta.

Tämän tutkimuksen tulokset sydänpotilaan jatkohoidosta ovat hyvin samantapaisia kuten aiemmin työssä esitetyissä Ruotsalaisen (2006) ja Ekolan (2008) sydänpotilaiden hoitoon liittyvissä tutkimuksissa. Tämän tutkimuksen vastauksista ilmeni, että potilas saattaa jäädä erikoissairaanhoidosta lähettyään ilman jatkohoitoa tai hänelle saattaa olla epäselvää, miten jatkohoito ja seuranta on järjestetty. Tämä aiheuttaa potilaalle suurta epätietoisuutta oman hoidon suhteen.

Kuitenkin Ruotsalaisen (2006, 51) mukaan hoidon jatkuvuuden varmistamisen vastuu on hoitavalla taholla, kuten sairaalalla, terveyskeskuksella, työterveyshuollolla tai yksityislääkärillä. Kun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen tieto ei kulje, voivat potilaan jatkohoitotiedot jäädä kokonaan tulematta perusterveydenhuoltoon. Jos näin käy, saattaa potilas jäädä hoidon jatkoseurannassa tähän tutkimukseen vastanneen mukaan ”aivan tyhjän päälle, ellei hän ole itse aktiivinen”. Kuten Ruotsalaisen (2006) tekemissä tutkimuksessa tuli ilmi sydänpotilaan jatkohoitoon liittyvistä puutteista, myös tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että sydänpotilaan jatkoseurantaa ja kuntoutusta on tällä hetkellä liian vähän tai sen on paljon oman aktiivisuuden varassa.

Aiemmin tuodussa tekstissä käy ilmi, miten tärkeä osa sydänpotilaan oikeanlaisesta ohjauksesta ja kuntoutuksesta on potilaan tulevaisuuden, sairauden etenemisen ehkäisemisen ja hoitoon sitoutumisen kannalta. Ekolan (2008) mukaan potilas sopeutuu sairautensa, oppii tun-

nistamaan sairautensa oireet ja motivoituu itsehoitoon, kun hän saa asiantuntevaa tietoa sekä sairaudesta, että sen hoidosta. Pitkäaikaissairauteen sairastuminen on myös fyysinen ja psyykkinen järkytys, josta toipuminen vie paljon aikaa. Sujuvan jatkohoidon järjestäminen ja kuntoutukseen pääseminen tukevat psyykkistä ja fyysistä toipumista, sairauteen sopeutumista ja motivaatiota sairauden hoitoon. (Koskela 2006, 56, 59; Ruotsalainen 2006, 33.)

Kuten aiemmin mainituissa tutkimuksissa on todettu, sydänsairauteen sairastuneet potilaat kokevat jäävänsä sairastumisensa jälkeen yksin. Tämän tutkimusten vastausten mukaan tällä hetkellä potilas saattaa kotiutua sairaalasta ilman tietoa jatkohoidosta. Tulosten perusteella voidaankin pohtia, jääkö potilas tässä vaiheessa sairauttaan yksin sairautensa kanssa ja ottaako hän itse yhteyttä jatkohoitonsa toteuttamiseksi. Sydänliiton (2005) selvityksen mukaan lyhyen sairaalahoidon jälkeen hoidon päävastuu siirtyy avohoitoon mutta kotiutuessaan potilaat ovat usein epätietoisia jatkohoitopaikasta. (Vanhanen & Penttilä 2007.) Ekolan (2008) tutkimuksen mukaan sydänpotilaan kuntoutus edistää myös psyykkistä ja fyysistä toipumista mutta kuntoutukseen on vaikea päästä tai se puuttuu usein lähes kokonaan. Ruotsalaisen (2006, 167-168) tutkimuksessa todetaan, että yksi kriisikohta hoidon etenemisen kannalta on sairaalasta kotiutumisen jälkeinen aika. Tässä vaiheessa potilas tarvitsee tietoa ja tukea ja hänellä tulisi olla pysyvä ja toimiva yhteys terveydenhuollon henkilöön, muuten hän saattaa pudota pois jatkoseurannasta. Sydänliitto onkin ehdottanut, että potilaalle annetaan jo sairaalassa yhteystiedot jatkohoitopaikan lääkärille tai sydänhoitajalle. Tällä tavoin potilas tietää, mihin ottaa yhteyttä, jos kotona ilmenee ongelmia. Samalla varmistettaisiin potilaan hoidon jatkuminen kotiutumisen jälkeen. (Vanhanen & Penttilä 2007.)

Vastaajia pyydettiin kertomaan tarkemmin, minkä he kokevat hoitopolussa ja tiedonkulussa toimivan hyvin tai huonosti. Hyväksi koettiin sydänliiton tiedotus, kun taas huonoksi koulutuksen riittämättömyys. Tällä hetkellä huonoksi koettiin ajan saaminen lääkärille sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Lisäksi vastaajat kokivat, että kokeita otetaan mutta tuloksia ei lueta tai niitä otetaan päällekkäin. Myös Kerttusen ym. (2008) tekemässä potilassiirtoon liittyvässä tutkimuksessa todettiin, että puutteellisten merkintöjen takia potilaille on esimerkiksi tehty samoja tutkimuksia uudelleen, koska tehdyt tutkimukset eivät ole näkyneet potilaan tiedoissa. Tutkimuksessa on todettu myös odotusaikojen lisätutkimuksiin olevan pitkiä (Ruotsalainen 2006, 81). Tässä tutkimuksessa todettiin vielä, että potilaan tulee itse olla oma-aloitteinen hoitonsa suhteen.

Vastauksissa todettiin lopuksi diabeteksen ja sydänsairauksien kulkevan käsi kädessä, mutta näiden sairauksien hoito ei kulje käsi kädessä. Vastaukset antoivat hyvin erilaisia näkemyksiä hoitopolun toimivuudesta, jonka perusteella voidaankin pohtia, kuinka paljon toimijat tällä hetkellä tekevät yhteistyötä ja tietävät toistensa toiminnasta. On ilmeistä, että tällä hetkellä toimijoiden välillä ei ole sovittuja sääntöjä, vaan jokainen toimija hoitaa sydänpotilasta omi-

en tapojensa mukaan. Potilaan kannalta tämä hidastaa hoidon sujuvuutta. Yleensä hoitoketjuissa esiintyvät hoidon sujuvuusongelmat johtuvat pullonkauloista, joita syntyy, kun moniammatillisessa hoitoketjussa on epäselvää, kuka hoitaa ja mitä. Koska sydänpotilasta saatetaan hoitaa useissa eri organisaatioissa, voidaan hyvin toimivalla hoitoketjulla pyrkiä ratkomaan potilaan ympärillä olevien toimijoiden työnjako. (Ketola ym. 2006, 7; Ruotsalainen 2006, 164.)

Lopuksi kyselyssä toivottiin kehittämisehdotuksia sydänpotilaan hoitopolulle. Sydänyhdistysten hallitusten jäsenet ehdottivat tiedonkulun kehittämistä eri hoitopaikkojen välillä ja hoitohenkilökunnan parempaa informaation antoa potilaan jatkohoidon suhteen. Ehdotettiin, että sairaalasta potilas ohjataan omaan terveyskeskukseen ja mielellään suoraan sydänhoitajan luokse. Esille tuotiin myös, että potilaan olisi hyvä saada tietoa sydänyhdistyksestä ja sen toiminnasta jo sairaalassa. Myös sydänliitto on ehdottanut, että potilaalle annetaan sairaalassa tiedot jatkohoidosta, sekä lääkärin tai sydänhoitajan yhteystiedot. (Vanhanen & Penttilä 2007.) Ruotsalainen (2006, 51) toteaa tutkimuksessaan, että koska eri organisaatioilla on todettu olevan ongelmia kommunikaatiossa, olisi potilaan hyvä saada jo kotiutumisvaiheessa tieto jatkohoidosta ja kehen ottaa sairaalahoidon jälkeen yhteyttä. Tutkimuksen mukaan muun muassa infarktipotilaat kokevat usein kotiutumisen jälkeen epätietoisuutta liittyen lääkehoitoon ja kaipaavat tukea elämän jatkamiseen sairastumisen jälkeen. Tämän takia potilaalla tulee olla tunne hoidon jatkuvuudesta ja tieto siitä, kehen ottaa yhteyttä sairaalahoidon jälkeen.

Vastausten mukaan voidaankin pohtia, tuleeko jatkossa harkita potilaanohjauksen kehittämistä jatkohoidon suhteen. Sydänpotilaan hoito vaatii verkostunutta yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Ruotsalaisen mukaan (2006, 164) olisikin hyvä, että osaamista jaetaan ja potilaan jatkohoitoa kehitetään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. Tämän tutkimuksen tuloksiin viitaten voidaan päätellä, että potilaan olisi hyvä saada sairaalasta kotiuduttuaan mukaan esimerkiksi tiedot jatkohoidosta ja hoidon seurannasta perusterveydenhuollossa tai sydänhoitajan yhteystiedot. Näin potilaalla olisi tieto, miten hänen sairauttaan on tarkoitus jatkossa hoitaa ja seurata sekä yhteystiedot mahdollisten kysymysten varalle.

Vastauksissa sydänyhdistykselle ehdotettiin enemmän infon, kuten esitteiden jakamista sekä eri teemojen järjestämistä ja niiden ilmoittamista paikallislehdissä. Myös sydänliiton ja diabetesliiton yhteistyön syventämistä ehdotettiin. Toiminnan esille tuomiseksi nykyistä enemmän saattaisi esitteiden jakamisesta esimerkiksi sairaaloihin ja terveyskeskuksiin olla hyötyä. Sydänsairaudet ja diabetes sairauksina kulkevat usein lähekkäin. Näin ollen sydänyhdistyksen ja diabetesliiton yhteisyö on varmasti myös potilaan kannalta kannattavaa.

Tämän tutkimuksen tuloksia verrattiin Lostin ja Karviaisen alueen toimijoille vuonna 2009 tehtyyn kyselyyn. Kyselylomakkeita lähetettiin 81 kappaletta, joista 29 palautui. Vastausprosentti oli 36 %. Alueen toimijoille tehdyn kyselyn tulosten perusteella toimijat kokivat sen hetkisen sydänpotilaan hoitopolun ja tiedonkulun kohtalaiseksi tai jopa huonoksi. (Aarnio ym. 2009.) Myös tämän tutkimuksen vastausten mukaan sydänyhdistyksen hallituksen jäsenet kokivat toimijoiden välisen tiedonkulun ja sydänpotilaan hoitopolun toimivan joko kohtalaisesti tai huonosti. Toimijoista lähes puolet oli sitä mieltä, että potilas ei saa tietoa sydänyhdistyksen toiminnasta. Toimijat eivät vastausten mukaan myöskään itse tuo esille sydänliiton toimintaa. Toimijoiden vastauksista kävi myös ilmi, etteivät he luovuta potilaan tietoja 3. sektorille tai muille yksityisille toimijoille ilman potilaan lupaa vaitiolovelvollisuuden takia. (Aarnio ym. 2009.) Myös sydänyhdistysten hallitusten jäsenten mukaan potilaasta ei saada tietoja hoitolaitoksilta.

Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa tehdään molempien vastausten mukaan vaihtelevasti. Toimijat kokivat tekevänsä yhteistyötä enemmän sairaalan sisällä, kuin ulkopuolisten toimijoiden kanssa (Aarnio ym. 2009). Sydänyhdistyksen yhteistyö näyttäisi painottuvan muiden 3. sektorin toimijoiden kanssa, kuten erilaisten järjestöjen sekä myös apteekkien, Kelan ja liikuntatoimen kanssa. Vastausten mukaan satunnaista yhteistyötä on sairaalan, terveyskeskuksen tai kotihoidon kanssa. Sekä toimijoista, että sydänyhdistyksen hallituksen jäsenistä yli 80 prosenttia vastanneista olisi halukas lisäämään toimijoiden välistä yhteistyötä nykyisestään.

Toimijat olivat halukkaista lisäämään yhteistyötä säännöllisillä tapaamisilla, yhteisillä käytännöillä ja koulutuksilla. Lisäksi toimijat haluaisivat saada lisää tietoa Karviaisen ja Lostin alueen terveyskeskuksista sekä vertaisryhmistä, kuten sydänyhdistyksestä ja painonhallintaryhmistä. Vastauksissa toivottiin myös projektityönvetäjää ja potilaalle annettavaa yhteystietolomaketta, jotta potilas tietäisi minne voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. (Aarnio ym. 2009.)

Sekä sydänyhdistyksen hallituksen jäsenet että toimijat kokivat, että potilas ei saa riittävästi tietoa sydänsairautensa hoidosta ja jatkohoitomahdollisuuksista. Eniten tiedonkulkua hidastaviksi tekijöiksi koettiin potilastietojärjestelmät, toimijoiden välisen yhteistyön puute ja potilassuojalaki. Ajan puute, tiedon puute ja eri yhdistysten suuri määrä koettiin myös tiedonkulkua hidastaviksi tekijöiksi. Toimijoiden mielestä suurimmaksi tiedonkulkua hidastavaksi tekijäksi mainittiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen tiedonkulun heikkous. Lisäksi mainittiin, että toimintatavat ovat erilaiset joka paikassa, sovitut yhteiset käytännöt puuttuvat, yhteistyötä ei juuri ole, kirjaaminen ja raportointi ovat puutteellista, epikriisit tulevat viiveellä sekä potilassuojalaki, jonka koettiin hidastavan tiedonkulkua. (Aarnio ym. 2009.)

Toimijoiden mielestä sydänpotilaan hoitoon liittyvässä tiedonkulussa oli vastaushetkellä hyvin muun muassa kehittyneet tietojärjestelmät, yhteistyö Jorvin sydän-angiolaboratorion kanssa koettiin sujuvaksi ja organisaatio on sopivan kokoinen. Toisin kuin sydänyhdistysten hallitusten jäsenten mielestä osa toimijoista oli sitä mieltä, että omalääkärijärjestelmä on hyvä, terveyskeskus saa nopeasti epikriisit sairaalasta ja vastuuhenkilöt ovat osittain selvillä. (Aarnio ym. 2009.)

5.2 Kehittämisehdotukset

Sydän- ja verisuonisairauksien hoito on yhteiskunnallisesti ajateltuna kallista, sillä sydän- ja verisuonisairaudet vaativat paljon hoitoa ja seurantaa. Suurten ikäluokkien ikääntyessä sydän- ja verisuonisairaudet tulevat lisääntymään, toisaalta taas ihmisten elinikä nousee kehittyvien hoitojen myötä. Oletettavissa on, että sydän- ja verisuonisairauksia on yhä enemmän. Sydän- ja verisuonisairaudet ovat osittain elintapojen seurausta. Tämän takia sydänsairauksien ennaltaehkäisyn merkitys korostuu ja jo sairastuneiden hoito ja kuntoutus on sairauden etenemisen ehkäisemisen kannalta tärkeää. Ennaltaehkäisevän hoidon ja sydänpotilaan hoidon kehittäminen ovat tärkeitä ja ajankohtaisia asioita.

Eri tutkimusten mukaan sydänpotilaan hoidossa on paljon kehitettävää. Myös tiedonkulussa ja toimijoiden välisessä yhteistyössä on eri tutkimusten mukaan puutteita. Nämä aiheuttavat potilaalle erilaisia haittavaikutuksia. Hyvä tiedonkulku ja toimiva moniammatillinen hoitopolku antavat potilaalle paremman mahdollisuuden saada sairauteensa oikeanlaista hoitoa oikeaan aikaan, niin kuin potilaan oikeuteen kuuluu sekä parantaa potilaan motivaatiota omaan hoitoon.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan tämän hetkisessä sydänpotilaan hoitopolussa ja tiedonkulussa Lostin ja Karviaisen alueella on kehitettävää. Tulokset olivat hyvin samankaltaisia kuin muissa sydänpotilaan hoitoon liittyvissä tutkimuksissa, joissa on todettu puutteita etenkin sairastuneen potilaan jatkohoitoon ja kuntoutumiseen liittyvissä tekijöissä.

Sydänpotilaan hoitoa ohjaavat lait, hoito-ohjeet ja suositukset. Esimerkiksi Käypä hoito -suositukset ohjaavat potilaan hoitoa ja antavat hoidolle yhtenäisen suunnan. Sydänpotilaan hoidosta on annettu varsin tarkat ohjeet siitä, missä ja miten potilasta tulee hoitaa ja seurannat järjestää sairauden eri vaiheessa. Lisäksi alueellisilla hoito-ohjelmilla sekä sydän- ja verisuonisairaiden hoitopoluilla tuetaan valtakunnallisia ja kansanvälisiä hoitosuosituksia. (Sydänliiton verkkolehti 2010a.) Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että tällä hetkellä hoito ei kaikilta osin täytä hoito-ohjeita ja suosituksia, etenkin tiedon kulun ja jatkohoidon järjestämisen osalta. Esimerkiksi sepelvaltimotautikohtauksen Käypä hoito -suosituksen mukaan potilaan neuvonta ja elintapaohjaus aloitetaan sairaalassa ja keskeinen osa hoitoa on, että potilaalle

tehdään potilaskohtainen kuntoutussuunnitelma ja hoitoa jatketaan kotiutumisen jälkeen avohoidossa sairaanhoitajan vastaanotolla. (Käypä hoito 2009c.) Vaikka tuloksista ei käy ilmi, milloin potilas on kokenut jäävänsä ilman jatkohoidon järjestelyä kotiutumisensa jälkeen, voidaan vastausten mukaan todeta jatkohoidon järjestämisessä olevan parannettavaa nykyiseen.

Sairaalassaolo aika on usein lyhyt ja potilas kotiutetaan nopeasti. Sairastunut ihminen tarvitsee tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, sekä tukea sopeutuakseen sairauteensa ja sen hoitoon. Tärkeää olisikin, että potilaalla on yhteystiedot jos kysyttävää tulee. Myös jatkohoitopaikka ja aika olisi hyvä olla selvillä, sillä kotiuduttuaan potilas ei välttämättä osaa ottaa itse yhteyttä terveysasemalleen ja putoaa pois sairauden jatkoseurannasta.

Vastauksissa kävi ilmi, että tällä hetkellä sydänpotilaan hoitopolku eri toimijoiden välillä ei ole selvillä. Toimijat eivät tiedä paljoa toistensa toiminnasta, jolloin potilaalta saattaa jäädä saamatta sellaisia palveluja, joihin hän olisi oikeutettu. Hoitoketjussa syntyy helposti sujuvuusongelmia ja pullonkauloja juuri silloin, kun moniammatillisessa hoitoketjussa ei ole selvillä, kuka hoitaa ja mitä (Ketola ym. 2006, 7). Aikaisemmasta toimijoille tehdystä kyselystä kävi ilmi, että kaikki toimijat eivät tunne sydänliiton toimintaa, eivätkä tuo sitä säännöllisesti esille potilaille (Aarnio ym. 2009). Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että sydänliitto ei tuo säännöllisesti esille toimintaansa potilaille esimerkiksi sairaalassa tai terveysasemilla. Myöskään sydänliiton esitteitä ei ole aina saatavilla sairaaloissa tai terveysasemilla.

Jatkossa voidaan pohtia, millä tavoin toimijoiden välistä yhteistyötä lähdetään kehittämään. Hoitopolun kehittämisessä tulee huomioida eri toimijat ja niiden antama palvelu sekä se, että jokainen hoitopolun toimija tietää oman tehtävänsä ja osaa ohjata potilaan tarvittaessa toiselle toimijalle. Tässä vaiheessa toimijoiden välinen yhteistyö ja tiedonkulku on ensisijaisen tärkeää.

Sydänliiton toiminnan esille tuomisessa nykyistä enemmän saattaa olla kehitettävää. On hyvä, että toiminnasta tiedotetaan esimerkiksi paikallislehdissä. Jatkossa voitaisiin miettiä, onko mahdollista, että sydänyhdistys tuo toimintaansa konkreettisesti esille esimerkiksi säännöllisillä käynneillä sairaalassa tai terveysasemilla. Näin kynnys toimintaan mukaan tulemiselle saattaa olla matalampi kuin muuten. Huomioitavaa myös on, että esitteitä on saatavilla eri hoitopaikoissa, joissa potilas on hoidettavana. Kun ihminen sairastuu, hän hakee tietoa ja saattaa kaivata esitettä oman alueen toiminnasta.

Vastausten mukaan sydänyhdistysten hallitusten jäsenet ovat valmiita lisäämään yhteistyötä myös muiden, kuten diabetesliiton kanssa. Sydän- ja verisuonisairaudet sekä diabetes kulke-

vat usein rinnakkain, joten näiden järjestöjen yhteistyön kehittäminen olisi varmasti hyödyllistä.

Potilassuojalaki ja tietojärjestelmät rajoittavat osaltaan tiedon kulkua. Uusi terveydenhuoltolaki tulee vaikuttamaan potilaan päätöksiin valita haluamansa hoitopaikka sekä hoitava lääkäri. Tämä tuo varmasti omat haasteensa sydänpotilaan hoitoon ja myös sen takia tulee sydänpotilaan hoitopolun olla selvillä eri toimijoilla. Kirjaamisen merkitys korostuu, kun potilaat käyvät eri hoitopaikoissa. Tulevaisuuden yhtenevän kirjaamiskäytännön tavoitteena on auttaa tiedonkulkua. Tavoitteena on yhtenäistää käytäntöjä sekä parantaa tiedon käyttöä ja sen hyödynnettävyyttä. Toisaalta vie vielä aikaa ennekuin yhtenäinen kirjaaminen on käytössä.

Jos potilaalla on tunne, että muualta saa parempaa hoitoa, hän helposti hakeutuu muualle hoitoon. Näin saattaa helposti tulla päällekkäistä hoitoa. Selkeä ja hyvin suunniteltu hoitopolku antaa tasa-arvoisen ja yhteneväisen hoitopolun, jolloin potilaat eivät hakeudu omalta alueeltaan muualle hoitoon. Hyvä hoitopolku palvelee sekä potilasta että toimijaa.

Tutkimuksessa tuli esille sydänhoitajan toimen tarpeellisuus terveysasemalle. Myös sydänliitto on antanut lähitulevaisuudelle suositukseksi muun muassa sydänhoitajan palkkaamisen ja yhteistyön lisäämisen. Sydänyhdistyksen ja sairaalan/terveysasemien yhteistyön kehittäminen ja lisääminen on tutkimustulosten mukaan tarpeellista.

Tämän tutkimustuloksen ja aiemmin toimijoille tehdyn kyselyn perusteella on vahvasti tullut ilmi, että sydänpotilaan hoitoa on syytä kehittää jatkohoidon osalta. Vaikka vastauksia olisi toivottu enemmän, antavat saadut vastaukset selkeästi samansuuntaisia tuloksia, kuin toimijoille tehdyssä kyselyssä. Laajemmin tarkasteltuna vastaukset antavat myös selkeästi samansuuntaisia tuloksia kuin muissa sydänpotilaan hoitoon sekä tiedonkulkuun tehdyissä tutkimuksissa.

Tutkimustulosten mukaan jatkotoimenpiteinä tämän hankkeen myötä voidaan suositella sydänpotilaan jatkohoidon kehittämistä Lostin ja Karviaisen alueella. Sairaalasta kotiutumisen jälkeinen aika on hyvin herkkä aika, jolloin potilaasta voi tuntua, että hän jää yksin sairautensa kanssa. Potilaan olisi hyvä saada sairaalasta lähtiessä tieto oman hoitonsa jatkojärjestelystä sekä yhteystiedot. Tulosten mukaan voidaan suositella myös sydänyhdistyksen aktiivisemman roolin kehittämistä, kuten säännöllisiä käyntejä sairaalassa tai terveysasemilla. Yhteistyötä voitaisiin lisätä ja toimintaa tuoda esille nykyistä enemmän. Näin myös sydänyhdistykset saattaisivat saada enemmän aktiivisia jäseniä yhdistyksen toimintaan. Sydänyhdistyksen esitteitä tulisi olla hoitopaikoissa ja toimijoiden olisi hyvä myös tietää sydänyhdistyksen toiminnasta, jolloin hoitaja voi kertoa potilaalle sydänyhdistyksen toiminnasta.

Elämätapojen merkitys korostuu sydänsairauksien ennaltaehkäisyssä ja sairastuneen hoidossa. Vaikka tietoa terveellisistä elämäntavoista on paljon, haasteena on saada ihmiset myös elämään terveellisesti. Sydänyhdistys tekeekin nyt ja tulevaisuudessa tärkeää työtä ja tulee olemaan varmasti vielä enemmän yksi tärkeä osa ennaltaehkäisevää toimintaa ja sairastuneen potilaan hoitoa tukevaa toimintaa. Sydänyhdistys antaa potilaalle niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalista tukea eri elämäntilanteessa. Tämän vuoksi sydänyhdistyksen ja toimijoiden välisen yhteistyön kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää.

Tässä tutkimuksessa ei tutkittu tämän hetkistä tilannetta ennaltaehkäisevästä hoidosta, joka on yksi osa kehitettävästä sydänpolusta. Myös ennaltaehkäisevä toiminta on tärkeä osa sydänyhdistyksen työtä. Jatkossa saattaa olla hyödyllistä tutkia hoitopolun kokonaisuuden kannalta millaista ennaltaehkäisevää toimintaa sydänyhdistyksellä sekä muilla toimijoilla on ja millä tavoin ennaltaehkäisevää toimintaa tulee kehittää hoitopolun osalta. Toimivan hoitopolun kehittäminen on tärkeä ja laaja asia, joka vaatii monen ihmisen panostusta. Suositeltavaa olisi, että hoitopolun kehittämistä johtaisi ja koordinoisi henkilö, joka tuntee alueen toimintatavat, toimijat ja olisi innostunut sekä kiinnostunut kehittämään sydänpotilaan hoitopolkua eri toimijoiden välillä. Hoitopolun koordinoija vastaisi hoitopolun kehittämisestä ja keräisi muut alueen toimijat mukaan yhteisen hoitopolun kehittämiseen ja tiedonkulun parantamiseen, potilaan parhaaksi.

Lähteet

Aarnio, T., Artsvik, A-M., Keto, J., Laakso, N., Lostedt, M., Niemi, M., Pitkänen, E. 2009. Sydänpolku-hanke. Selvitys Hiiden alueen toimijoiden yhteistyöstä ja tiedonkulusta.

Duodecim 2009. Dyslipidemiat. Viitattu 16.7.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi50025

Ekola, S. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjaus ja seuranta Suomessa. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotiede. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Ekola,S. 2008. Sydänhoitaja näyttää mallia potilaan ohjauksessa. Sairaanhoitaja 12/2008. Viitattu 20.11.2009. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12_2008/ajankohtaisartikkeli/sydanhoitaja_nayttaa_mallia_poti/

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Viitattu 3.11.2009. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062

Hassinen, T. & Tanttu, K. Sairaanhoitaja 3/2008. Hoitotyön yhteenveto parantaa potilaan jatkohoidon.

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

Hyppönen, H., Hämäläinen, P., Pajukoski, M. & Tenhunen, E. 2005. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueella. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 7.1.2009. http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/Ra6-2005.pdf

Hyvönen, H. Henkilökohtainen tiedonanto 6.5.2010.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen,R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. 1.painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Jokivuori, P. & Hietala R., 2007. Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. WSOY.

Kansanterveyslaitos. 2008a. Viitattu 18.11.2009. http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/sydan-_ja_verisuonisairaudet/

Kansanterveyslaitos. 2008b. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2/2008. Viitattu 10.2.2010. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b02.pdf

Kansanterveyslaitos. 2006c. Viitattu 15.2.2010. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_8_2006/sydansairaudet_yleisempia_kuin_koskaan___riskitekijat_painottuvat_alempiin_sosiaaliryhmiin/

Kansanterveyslaki. 28.1.1972/66. Viitattu 1.11.2009. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066

Kerttunen, M., Korjonen P., Kurtti A. & Paasovaara S. 2008. Viitattu 15.11.2009. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/4_08/muut_artikkelit/tiedonkulku_ei_aina_toimi_organi/

Ketola E., Mäntyranta T., Mäkinen, L., Voipio-Pulkki M-R., Kaila, M., Tulonen-Tapio J. Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brander, P. & Komulanen, J. 2006. Hoitosuosituksesta

hoitoketjuksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Helsinki.

Koskela, M. 2006. Naisen sydän. Pro Gradu tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun Yliopisto.

Käypä hoito. Viitattu 21.11.2009.
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu/naytaartikkeli/arttunnus/e1a02b9b-a81a-11de-a515-a1894c9bfece/Esittely2

Käypä hoito. 2009b. Dyslipidemiat. Viitattu 14.2.2010.
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50025#s12

Käypä hoito. 2005. Eteisvärinä. Viitattu 14.2.2010.
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50036#s18

Käypä hoito. 2009a. Kohonnut verenpaine. Viitattu 7.2.2010.
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04010

Käypä hoito. 2009c. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja – vaaran arviointi ja hoito. Viitattu 14.2.2010.
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04058#s10

Käypä hoito 2009d. Sydäninfarktin diagnostiikka. Viitattu 15.4.2010.
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04050#s7

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994. Viitattu 12.11.2009.
http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559

Laki kansanterveyslain muuttamisesta 17.9.2004. Viitattu 25.4.2010.
http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 1.11.2009.
http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Lauslahti, S.2007. Kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinot ja niiden käyttämisen esteet. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, taloustieteiden laitos.

Lohjan seudun sydänyhdistys. 2009a. Viitattu 28.12.2009.
http://www.sydanyhdistys.lohja.fi/esittely.htm

Lohjan seudun sydänyhdistys Ry. 2010b. Potilasopas.

Lohjan seudun sydänyhdistys Ry. 2010c. Jäsentiedote 1/2010.

Marriner-Tomey, A. 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Vammalan kirjapaino Oy.

Metteri, A. 1996. Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Sosiaalityöntekijäin liitto Ry. Helsinki: Oy Edita Ab.

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

Rantala, M. 2007. Sydänpotilaiden kuntoutuksessa on parantamisen varaa. Duodecim 2/2007.

Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Yliopistopaino. Helsinki.

Rutanen, R. 2008. Perusterveydenhuollon tiedontarpeet. Tiedon käsiteltävyys ja saatavuus eräistä Suomen sairaanhoitopiirien aluetietojärjestelmäpalveluista. Pro Gradu-tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveyshallinnon ja –talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Saarinen, T.2009. Oli kiire ja unohtui siinä. 40-vuotiaiden miesten poisjäänti terveystapaamisesta terveyskeskuksessa. Pro gradu-tutkielma. Kuopin yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Salo, R. Henkilökohtainen tiedonanto 6.5.2010.

Seppä, A. Henkilökohtainen tiedonanto 6.5.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 7.1.2010. http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b.Tiivistelmä. Lausunto yhteenveto terveydenhuoltolakityöryhmän muistiosta. Viitattu 7.1.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-7913.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009a. Viitattu 15.3.2010. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/tietohallinto/lainsaadanto

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009b. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2009:3. 2.korjattu painos. Yliopistopaino. Helsinki.

Stakes. 2006. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjusanasto Viitattu 7.1.2010. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4015/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_pket.pdf

Suomen sydänliitto. 2010a. Viitattu 10.2.2010. http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/kolesteroli/fi_FI/haittaa/

Suomen sydänliitto. 2010b. Viitattu 10.2.2010. http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/savuttomuus/sydan/fi_FI/tupakoijansydan/

Suomen sydänliitto. 2007c. Sydänpiirit ja yhdistykset. Viitattu 28.12.2009. http://www.sydanliitto.fi/sydanpiirit_ja_yhdistykset/uudenmaan_sp/Yhdistykset/fi_FI/karkkilanseudunsydanyhdistys/

Suomen sydänliitto. 2005d. Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005-2011. Sydän—ja verisuoniterveyden edistämistä ja –sairauksien ehkäisyä koskeva osa Suomalaisesta sydänohjelmasta. Suomen sydänliiton julkaisuja 2005:1. Suomen sydänliitto ry. Helsinki. http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto/toimenpideohjelma/fi_FI/toimenpideohjelma_1/_files/73284184286626289/default/Topinetti.pdf

Suomen sydänliitto 2010e. Suomen Sydänliitto ry. Viitattu 7.6.2010. http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto

Sydänliiton verkkolehti 2010a. Millainen on toimiva sydänsairaan hoitoketju? Viitattu 25.4.2010. http://www.pomminpurkajat.fi/kunnallisvaali/asiasta_ja_asian_vieresta/fi_FI/millainen_on_hyva_hoitoketju/

Sydänliiton verkkolehti 2010b. Palvelut lähelle ihmistä. Pirkanmaan malli. Viitattu 7.6.2010. http://www.pomminpurkajat.fi/lehtiarkisto/sydan_110/artikkelit/fi_FI/kuntoutuspalvelut/

Terveyskirjasto. 2008a. Viitattu 10.2.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001

Terveyskirjasto. 2009b. Viitattu 10.2.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077&p_haku=sepelvaltimotauti

Terveyskirjasto. 2009c. Viitattu 10.2.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086&p_haku=sydäninfarkti

Therapia Fennica.fi. 2007. Viitattu 10.3.2010.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Krooninen_sepelvaltimotauti

Vanhanen, H. & Penttilä, U-R. 2007. Avokuntoutus on nykyaikainen tapa auttaa sydänpotilasta elämään sairautensa kanssa. Sydän, vol3.
http://www.sydan.fi/lehtiarkisto/sydan_3_07/laakariliite_3_07/fi_FI/avokuntoutus/

Valvira. 2007. Viitattu 10.11.2009.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi. Helsinki.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi. Helsinki.

Wensing, M., Ludt, S., Campbell, S., van Lieshout, J., Volbracht, E. & Grol, R. 2009. European Practice Assessment of Cardiovascular risk management (EPA cardio): protocol of an international observational study in primary care. Viitattu 15.2.2010.
http://www.implementationscience.com/content/4/1/3

Kuviot

Kuvio 1: Sydänpotilaan hoitoon liittyvät toimijat 10
Kuvio 2: Sydänyhdistyksen tärkein tehtävä 35
Kuvio 3: Mistä potilas saa tiedon sydänyhdistyksen toiminnasta? 36
Kuvio 4: Tiedonsaannin nykytila 36
Kuvio 5: Muut tavat, joilla sydänyhdistyksen toimintaa esitellään 37
Kuvio 6: Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa 38
Kuvio 7: Yhteistyötahot 38
Kuvio 8: Sydänpotilaan saumattomaan hoitopolkuun kuuluvat toimijat 39
Kuvio 9: Toimijoiden välistä tiedonkulkua hidastavat tekijät 40
Kuvio 10: Sydänpotilaan hoitoon liittyvä tiedonkulku ja hoitopolun toimivuus eri toimijoiden välillä 41

Taulukot

Taulukko 1: Vastaajien taustatiedot 34

Liitteet

Liite 1: Kysymyslomake

Laurea ammattikorkeakoulu
Lohja

Ennakoiva hoito ja tulevaisuus-hanke

8.2.2010

Arvoisa vastaaja!

Olemme Maria Niemi ja Nina Laakso. Opiskelemme Lohjan Laurea ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä Ennakoiva hoito ja tulevaisuus-hankkeessa. Hankkeen tarkoituksena on meidän osaltamme selvittää Lohjan, Karkkilan ja Vihdin sydänyhdistysten hallitusten jäsenien mielipidettä sydänpotilaan hoitoon liittyvässä tiedonkulussa sekä sydänpotilaan hoitopolkua. Keväällä 2009 olimme mukana Sydänpolku-hankkeessa, jolloin teimme vastaavanlaisen kyselyn muille Lohjan alueen sydänpotilaiden hoitoon liittyville toimijoille.

Olemme kiinnostuneet kuulemaan mielipiteenne muun muassa siitä millaisena koette oman roolinne sydänpotilaan hoitopolussa sekä miten markkinoitte toimintaanne, jotta sydänsairauteen sairastunut osaisi hakeutua mukaan toimintanne piiriin. Lisäksi olemme kiinnostuneet siitä, minkälaista yhteistyötä Teillä on muiden sydänpotilaan hoitoon liittyvien toimijoiden kanssa.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset tullaan käsittelemään luottamuksellisesti sekä niin, että yksittäistä vastaajaa ei ole mahdollista tunnistaa.

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin ympyröimällä mielipidettänne vastaava vaihtoehto ja/tai kirjoittamalla vastaus annetulle viivalle.

Pyydämme Teitä palauttamaan täytetyn kyselylomakkeen 26.2.2010 mennessä oheisella palautus-kuorella.

Ystävällisin terveisin,
Maria Niemi ja Nina Laakso sekä ohjaavat opettajat Anne Makkonen ja Tarja Meristö

1. Vastaajan taustatiedot:

a) Sukupuoli Mies Nainen
b) Kauanko olette olleet Sydänyhdistyksen hallituksen jäsen? _____
c) Sairastatteko itse jotain sydänsairautta? Kyllä Ei
d) Oletteko iältänne: alle 30-vuotta
30-40 vuotta
40-50 vuotta
50-60 vuotta
60-70 vuotta
yli 70-vuotta

2. Mikä on mielestänne Sydänyhdistyksen tärkein tehtävä?
a) sydänpotilaan ohjaaminen
b) vertaistuen antaminen
c) edunvalvonta
d) ennaltaehkäisevä työ
e) jokin muu, mikä?_____

TIEDONSAANTI

3. Saako potilas mielestänne tietoa Sydänyhdistyksen toiminnasta?

a) Kyllä
b) Ei

4. Mistä potilas saa mielestänne tiedon Sydänyhdistyksen toiminnasta?
a) sairaalasta
b) tiedotusvälineistä (lehdet, internet)
c) muilta sairastuneilta
d) esitteistä
e) muualta, mistä?_____

5. Koetteko itse tarvitsevanne nykyistä enemmän tietoa jäsenistänne?
a) Kyllä, millaista tietoa?_____

_____

b) Ei

6. Keneltä saatte tietoa tällä hetkellä?

a) jäseneltä itseltään
b) omaisilta
c) hoitolaitoksilta
d) 3.sektorilta
e) muualta, mistä?_____

TIEDOTTAMINEN

7. Onko Teillä toiminnastanne esitteitä, joita jaatte muille toimijoille?

a) kyllä
b) ei

8. Millä muilla tavoin tuotte Sydänyhdistyksen toimintaa esille tällä hetkellä?

a) lehti-ilmoituksella
b) pitämällä info-tilaisuuksia esimerkiksi apteekeissa tai muissa vastaavissa paikoissa
c) käymällä sairaalassa tai muissa hoitolaitoksissa
d) jakamalla esitteitä
e) Muulla tavoin, miten? _____

_____

_____

YHTEISTYÖTAHOT

9. Onko teillä yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa?

a) Kyllä
b) Ei
c) En osaa sanoa

10. Jos vastasitte Kyllä, onko yhteistyötä
a) sairaalan kanssa
b) terveyskeskuksen kanssa
c) kotihoidon kanssa
d) muiden 3.sektorin toimijoiden kanssa (esimerkiksi apteekit, Kela, liikuntatoimi, järjestöt)

Kertokaa, millaista yhteistyötä teette:

_____

_____

_____

_____

11. Olisitteko halukas lisäämään yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa?

a) Ei

b) Kyllä, jos haluatte, voitte kertoa ehdotuksia_____

_____

_____

SAUMATON HOITOPOLKU JA TIEDON KULKU

12. Mitkä toimijat kuuluvat mielestänne sydänpotilaan saumattomaan hoitopolkuun?

a) potilas

b) omaiset

c) työterveyshuolto

d) terveyskeskus

e) sairaala

f) ensihoito

g) kotihoito/kotisairaanhoito

h) apteekki

i) liikuntatoimi

j) potilasjärjestöt

k) terapeutit (fysioterapia, ravintoterapeutti ym.)

l) muu, mikä?_____

13. Koetteko Sydänyhdistyksen roolin tärkeäksi sydänpotilaan hoitopolussa?

a) Kyllä

b) Ei

c) En osaa sanoa

14. Kertokaa, mikä on mielestänne Sydänyhdistyksen rooli, tehtävä tai osuus sydänpotilaan hoitopolussa? _____

_____

_____

15. Saako potilas mielestänne tällä hetkellä riittävästi yksilöllistä tietoa eri toimijoilta sydänsairautensa hoidosta sairauden eri vaiheissa?

a) Kyllä
b) Ei
c) En osaa sanoa

16. Mitkä ovat mielestänne tärkeimmät toimijoiden välistä tiedonkulkua hidastavat tekijät saumattomassa hoitopolussa tällä hetkellä?

a) potilastietojärjestelmät
b) potilassuojalaki
c) toimijoiden välisen yhteistyön puute
d) ajan puute
e) tiedon puute
f) muu, mikä_____

17. Onko potilaan sairauden hoitoon liittyvässä tiedonkulussa ja saumattomassa hoitopolussa joitain puutteita, joita potilaat tuovat toistuvasti ilmi?

a) Ei
b) Kyllä, kertokaa omin sanoin, mitä_____
_____
_____

18. Miten itse sydänyhdistyksen jäsenenä näette sydänpotilaan hoitoon liittyvän tiedonkulun ja potilaan hoitopolun sujuvan eri toimijoiden välillä tällä hetkellä?

a) Hyvin
b) Kohtalaisesti
c) Huonosti
d) En osaa sanoa

Jos haluatte, voitte kertoa tarkemmin mikä mielestänne toimii hyvin tai huonosti.

_____
_____
_____
_____
_____

Toivomme myös kehittämisehdotuksia sydänpotilaan hoitopolun ja tiedonkulun parantamiseksi.

_____
_____

KIITÄMME VASTAUKSISTANNE!