

**Potilaiden kokemuksia Valkeakosken Sydänsairaalan  
ohjauspoliklinikan vastaanotosta**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, sairaanhoitaja

syksy, 2016

Hanna Oksanen & Maiju Stengård

Hoitotyön koulutus  
Visamäki

---

<b>Tekijä</b>	Hanna Oksanen Maiju Stengård	<b>Vuosi</b> 2019
<b>Työn nimi</b>	Potilaiden kokemuksia Valkeakosken Sydänsairaalan ohjauspoliklinikan vastaanotosta	
<b>Työn ohjaaja</b>	Merja Vanhanen	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Valkeakosken Sydänsairaalan ohjauspoliklinikan potilaiden kokemuksia sairaanhoitajan ja fysioterapeutin vastaanotosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli, kerätä tietoa potilailta, jotta ohjauspoliklinikan toimintaa voitaisiin kehittää potilaslähtöisemmäksi. Työn tilaajana toimi Sydänsairaala Valkeakosken toimipiste.

Opinnäytetyö on tutkimuksellinen opinnäytetyö, jossa vastataan kahteen tutkimuskysymykseen. Tutkimusmenetelmänä on käytetty laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, suppean kohderyhmän vuoksi. Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa käsiteltiin ohjauspoliklinikalla hoidettavia sydänsairauksia ja sydänpotilaan hoitopolkua. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ohjauspoliklinikalla. Osa potilaista tiesi etukäteen ohjauspoliklinikan tarkoituksesta ja hyödystä oman sairauden hoidon suhteen ja osa ei. Kyselyn vastauksien pohjalta tehtyjen johtopäätöksiensä mukaan, potilaille tulisi kertoa ohjauspoliklinikan tarkoitus selkeämmin.

**Avainsanat** Ohjauspoliklinikka, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, potilaskokemukset

**Sivut** 40 sivua, joista liitteitä 2 sivua

Degree Programme in Nursing  
Visamäki

---

<b>Author</b>	Hanna Oksanen Maiju Stengård	<b>Year</b> 2019
<b>Subject</b>	The Experiences of Patients about Valkeakoski Heart Hospital Guidance Outpatient Clinic	
<b>Supervisor</b>	Merja Vanhanen	

---

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor thesis was to find out what kind of experiences the patients have about guidance out-patient clinic. The aim of this Bachelor thesis was to gather information from the patient, that the out-patient clinic can develop their activity more patient oriented approach. This thesis was made in cooperation with a heart nurse and heart physiotherapist from the Valkeakoski Hearts Hospital guidance out-patient clinic.

This Bachelor thesis is an action research based thesis and it answer in two research question. Research method was made by using a qualitative method because of succinct focus group. The theoretical basis of the thesis contains heart disease which is treated in guidance outpatient clinic. The research data was collected by using questionnaire. The material was analyzed by content analysis.

Based on the results of the action research, the patients was satisfied with the treatment they had in guidance outpatient clinic. Some of the patient knew in advance what was the meaning and purpose of the guidance outpatient clinic, some not. The results show that hospital should tell more information to the patient about the meaning and purpose of the guidance out-patient clinic.

**Keywords** Guidance out-patient clinic, nurse, physiotherapist, patient experiences

**Pages** 40 pages including appendices 2 pages

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	SYDÄNPOTILAAN HOITOKETJU .....	2
2.1	Terveydenhuoltolaki .....	2
2.2	Hoitoon pääsy - hoitotakuu.....	3
2.3	Sepelvaltimotauti potilaan hoitoketju .....	5
2.4	Sydämen vajaatoiminta potilaan hoitoketju.....	5
2.5	Sydänkuntoutus .....	6
3	SYDÄNSAIRAALAN OHJAUSPOLIKLINIKKA .....	7
3.1	Moniammatillisuus hoitotyössä .....	8
3.2	Sairaanhoitajan polikliininen vastaanotto .....	8
3.3	Fysioterapeutin vastaanotto poliklinikalla .....	10
4	POTILASOHJAUS.....	11
4.1	Ammattietiikka hoitotyössä .....	11
4.2	Potilasohjauksen periaatteet .....	11
4.3	Potilasohjauksen vaikuttavuus.....	12
4.4	Lait.....	12
5	SEPELVALTIMOTAUTI.....	13
5.1	Sepelvaltimotaudin oireet.....	13
5.2	Sepelvaltimotaudin hoito .....	14
5.2.1	Elämäntapahoito .....	14
5.2.2	Lääkehoito .....	15
5.2.3	Kajoavat hoitomuodot.....	16
5.3	Sepelvaltimotaudin seuranta ja ennaltaehkäisy .....	17
5.4	Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutus .....	17
6	LÄPPÄVIAT .....	18
6.1	Aorttaläpän ahtauma .....	19
6.2	Aorttaläpän vuoto .....	20
6.3	Mitraliläpän vuoto.....	20
6.4	Mitraliläpän ahtauma.....	21
6.5	Mitraliläpän prolapsi .....	22
6.6	Läppäkirurgia.....	22
7	SYDÄMEN VAJAATOIMINTA .....	24
7.1	Sydämen vajaatoiminnan oireet .....	25
7.2	Sydämen vajaatoiminnan tutkimukset .....	26
7.3	Sydämen vajaatoiminnan hoito .....	27
8	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET .....	28

9	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS.....	29
10	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	29
10.1	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	29
10.2	Aineistonkeruu menetelmä ja aineiston keruu.....	30
10.3	Aineiston analysointi .....	31
11	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	32
12	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	37
12.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	38
12.2	Opinnäytetyöprosessi .....	38
12.3	Jatkotutkimusaiheet.....	40
	LÄHTEET.....	41

Liitteet

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Sydän- ja verisuonitaudit ovat yksi Suomen merkittävimmistä kansantaudeista, jotka aiheuttavat yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia. Esimerkiksi vuonna 2012 Kela korvasi sydän- ja verisuonidiagnooseilla 13 000 sairauspäivärahakautta ja yhteensä 76 900 päivää korvattiin verenkiertoelinten sairauksien perusteella. Myös lääkekulut ja -korvaukset ovat sydän- ja verisuonisairauksissa merkittävät. Vaikka sydän- ja verisuonisairauksien hoidosta aiheutuu merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle, on niiden hoito kuitenkin kustannusvaikuttavaa. Sen vuoksi yhteiskunnan kannattaa tukea sydän- ja verisuonisairauksien tutkimusta ja hoitoa. (Mäkijärvi, 2014)

Sydän- ja verisuonitaudit muodostavat myös yhden suurimman yksittäisen kuolinsyiden ryhmän. Vajaa puolet työikäisten kuolemista Suomessa aiheutuu edelleen sydän- ja verisuonitaudeista. Tilastojen mukaan kuolleisuus on kuitenkin vähentynyt huomattavasti 70-luvulta lähtien. Vuoden 2012 tilastojen mukaan sydäninfarkti- ja sepelvaltimotautikohtauksia oli yhteensä 21 769, joista miesten osuus oli runsas puolet. Samana vuonna sepelvaltimotautiin kuoli yhteensä 11 591 henkilöä, joista työikäisiä oli 1252. (THL, 2014)

Tällä hetkellä koko sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla tapahtuu suuria muutoksia. Esimerkiksi väestö ikääntyy, kansansairaudet lisääntyvät, hoitoaikoja lyhennetään sekä avohoidonpainotteisuus lisääntyy ja nämä muutokset edellyttävät toimintojen tehostamista. Potilasohjauksen tarve on lisääntynyt hoitoaikojen lyhentyessä ja nykyään potilasohjaus toteutetaan lyhyemmässä ajassa kuin aiemmin. Potilasohjauksen kehittäminen on tärkeää, sillä se on hoitotyön keskeinen auttamisen keino. (Lipponen, 2014, s. 17)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilaiden kokemuksia Sydän-sairaalan Valkeakosken toimipisteen ohjauspoliklinikan toiminnasta. Potilaskokemusten pohjalta on tavoitteena kehittää ohjaustoimintaa potilaslähtöisemmäksi. Ohjauspoliklinikalla toimii sairaanhoitajan ja fysioterapeutin yhteisvastaanotto, jolla potilaat saavat henkilökohtaista potilasohjausta. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä kyseisen toimipisteen sairaanhoitajan ja fysioterapeutin kanssa.

Opinnäytetyön aihe saatiin Tampereen yliopistollisen sairaalan koulutuskoordinaattorilta, jonka jälkeen otettiin yhteyttä Sydän-sairaalan opetushoitajaan Lea Einolaan. Opetushoitaja selvitti, onko aihe vielä ajankohtainen Valkeakosken toimipisteen fysioterapeutti Outi Lampiselta. Aihe oli ajankohtainen, joten ensimmäisen työelämäpalaveri työelämäohjaajien ja opetushoitajan kanssa sovittiin keväälle 2018.

Opinnäytetyön aihevalinta perustuu opinnäytetyön tekijöiden kiinnostukseen sydän- ja verisuonisairauksien hoitotyöstä. Sydän- ja verisuonisairauksien tietoperustaan tutustumisesta on hyötyä opinnäytetyöntekijöille suuntautuvissa opinnoissa, tulevassa syventävässä työharjoittelussa sekä tulevaisuuden työelämässä. Potilasohjauksen merkitys näkyy terveydenhuollon ammattilaisen työssä suurena osana ammattitaitoa. Näihin syihin perustuen aihe on hyödyllinen ja kiinnostava.

## 2 SYDÄNPOTILAAN HOITOKETJU

Hoitopolulla tarkoitetaan palvelutapahtumien joukkoa, jossa asiakkaan tarpeet ja palvelujen tuottaja kohtaavat. Polku voi muodostua erityyppisistä palvelutapahtumista erilaisilla asiakasryhmillä. Hoitopolun tarkoituksen on kuvata asiakkaan näkökulmasta, kuinka hoidon tarpeen arviointi, hoidon vaiheet ja hoitajaksojen kokonaisuus toteutetaan paikallisesti. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2018.)

Hoitoketju on toimintaa ohjaava alueellinen johtamisen ja kehittämisen työväline, jossa kuvataan terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja muiden toimijoiden työnjako, yhteistyö ja kehittämistarpeet. Hoitoketjun avulla määritellään myös asiakkaan sairauteen tai ongelmaan liittyvä palveluprosessi, jolloin se toimii päätöksenteon tukena arjen asiakastyössä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2018.)

Hoitopolkuja ja hoitoketjuja laadittaessa käytetään tukena hoitosuosituksia. Hoitosuositukset ovat kannanotto tietyn taudin tai oirekuvan hoidosta tai tietyn tutkimuksen soveltuvuudesta. Ne perustuvat tieteelliseen näyttöön ja ovat asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia. Suomeen soveltuvia valtakunnallisia hoitosuosituksia laativat lääkäriselä Duodecimin Käypä hoito sekä erikoislääkärijärjestöt. Hoitosuosituksilla pyritään parantamaan hoidon laatua ja vähentämään hoitokäytäntöjen vaihteluja. Hoitotyön tieteelliseen näyttöön perustuvia suosituksia taas laatii Hoitotyön Tutkimussäätiö yhdessä terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2018.)

### 2.1 Terveydenhuoltolaki

Terveydenhuoltoon sisältyy Terveydenhuoltolain mukaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, erityistason erikoissairaanhoito, sosiaalihuolto ja mahdolliset erityisvastualueet. Terveydenhuoltolain tarkoituksena on ensisijaisesti edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Terveydenhuoltolaki kaventaa väestöryhmien välisiä

terveyseroja ja turvaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaisuuden saatavuudessa, laadussa ja potilasturvallisuudessa. Se myös vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä parantaa perusterveyden huollon toimintaedellytyksiä ja terveydenhuollon toimijoiden ja kunnan eri toimialojen välistä yhteistyötä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Partamies, Sulosaari, Uski-Tallqvist, 2016, s. 74)

Terveydenhuoltolain takaama hoito- ja palveluketjujen moniammatillisuus tukee turvallista, laadukasta, näyttöön ja hyviin hoito- toimintakäytäntöihin perustuvaa hoidon kokonaisuutta. Moniammatillisuus tukee myös eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueilla vahvistuu sen mukaan, mitä tarvittavien tehtävien hoitaminen asianmukaisesti vaatii sekä mitä potilaan hoidon ja sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve edellyttävät. Tavoitteena on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon muodostama toiminnallinen kokonaisuus. (Ahonen ym., 2016, s. 74)

## 2.2 Hoitoon pääsy - hoitotakuu

Kunnat järjestävät alueensa asukkaille sairaanhoitopalvelut. Sairaanhoitopalveluihin kuuluvat sairauksien tutkimien, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys, hoito, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus. Lisäksi sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimyksen lievitys sekä potilaan hoitoon sitoutumisen ja omahoidon tukemisen ohjaus ovat osa sairaanhoitopalveluita. (Ahonen ym., 2016, s. 75)

Hoito toteutetaan aina potilaan lääketieteellisen tarpeen sekä yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoidon on oltava tarkoituksen mukaista ja se toteutetaan aina avohoidossa, jos se ei vaaranna potilasturvallisuutta. Jokaisessa kuntayhtymässä tulee olla perusterveydenhuollonyksikkö sekä ensiapupalvelu. Erikoissairaanhoidon palveluita tarjotaan tarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollon yhteydessä tai erikoissairaanhoidon yksikössä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa laatimaan tarpeen mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman hoidon ja kuntoutuksen toteuttamiseksi. (Ahonen ym., 2016, s. 75)

Nykyään potilaalla on mahdollisuus valita, missä kunnassa hän haluaa saada kuntien järjestämät sairaanhoitopalvelut. Potilas voi myös valita häntä hoitavan terveydenhuollon laillistetun ammattihenkilön terveydenhuollon yksikössä. Jos jatkohoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista, potilas ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin hoitoon. (Ahonen ym., 2016, s. 76)

Päivystysvastaanotot ovat terveyskeskuksissa ja sairaaloissa kiireellistä hoitoa varten. Potilaan on päästävä ensiapuun tai kiireelliseen hoitoon heti



asuinpaikastaan riippumatta. (STM, n.d.) Kiireellinen hoito luokitellaan äkillisen sairauden, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn heikkenemisen aiheuttaman tilanteen välitöntä arviointia ja hoitoa, kun sitä ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. (Ahonen ym., 2016, s. 75.)

Kiireetöntä hoitoa on tarjolla kunnan asukkaille terveyskeskuksissa. Terveyskeskukseen on saatava välittömästi puhelinyhteys tai sinne on voitava mennä käymään arkisin terveyskeskuksen aukioloaikoina. Hoitoon pääsulle on määrätty tietyt määräajat, joiden sisällä hoitoa toteutetaan. Mikäli hoidon tarpeen arviointi edellyttää terveyskeskus käyntiä, tulee aika saada kolmen arkipäivän kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta. Tarvittavaan hoitoon on päästävä terveyskeskukseen viimeistään kolmessa kuukaudessa. Jos potilaan todetaan tarvitsevan sairaalahoitoa, on se aloitettava viimeistään puolen vuoden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. (STM, n.d.)

Sairaalan tai terveyskeskuksen toteuttamaan kiireettömään erikoissairaanhoidon vaaditaan lääkärin kirjoittama lähete. Hoidon tarpeen arviointi tehdään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Erikoislääkärin arviointi ja arvioinnin edellyttämät tutkimukset tehdään kolmen kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta ja tarvittava sairaalahoito on aloitettava viimeistään kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. (STM, n.d.)

Mikäli terveyskeskus tai sairaala eivät pysty järjestämään potilaan tarvitsemaa hoitoa määräajassa, on potilaalle järjestettävä hoitoa muualta. Hoito voidaan järjestää esimerkiksi toisessa sairaanhoitopiirissä tai yksityissektorilla. Potilaalle ei saa aiheutua järjestelystä ylimääräisiä kuluja sekä hänellä on myös oikeus kieltäytyä hoidosta. Jos erikoissairaanhoidon ei pystytä sairaanhoitopiirissä järjestämään määräajassa, tulee potilaan pyynnöstä saada ennakkolupa hakeutua hoitoon sairaanhoitopiirin kustannuksella EU- tai ETA-maahan tai Sveitsiin. (STM, n.d.)

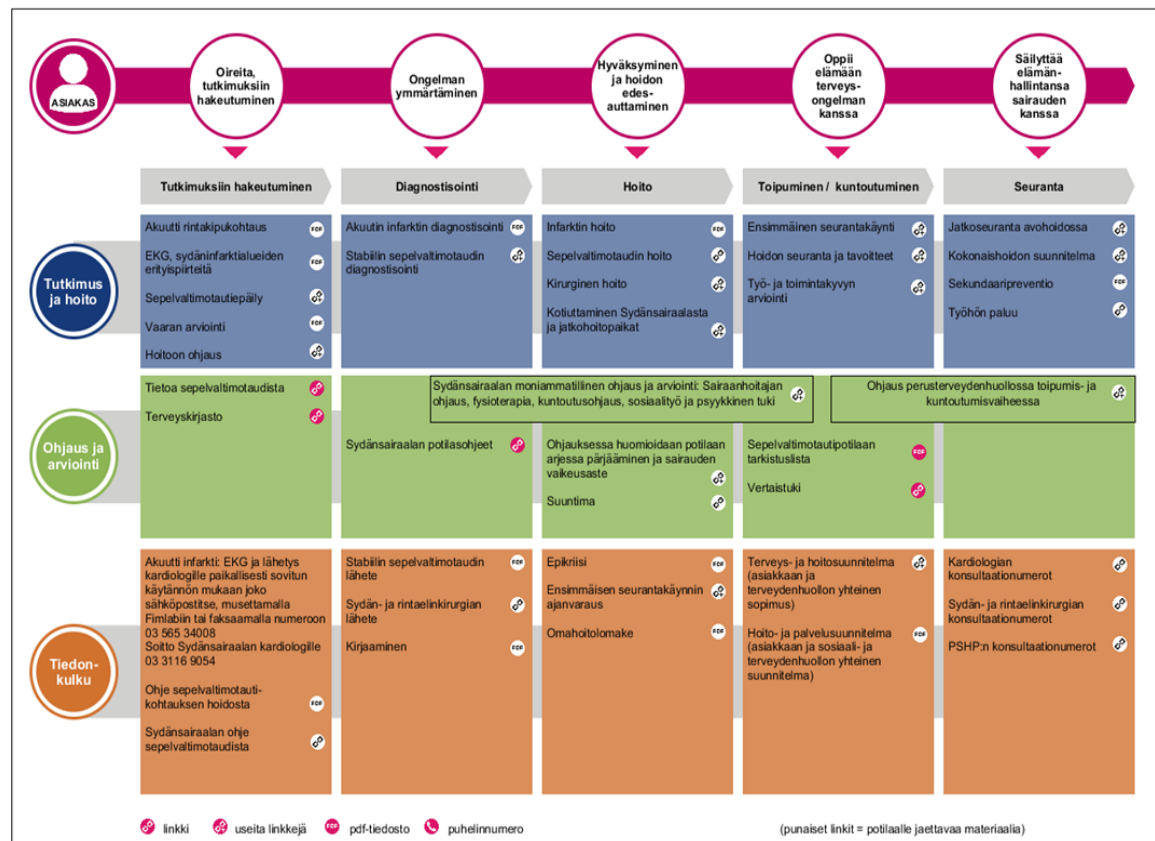
Enimmäisajoista huolimatta, hoitoon pääsyn odottaminen saattaa tuntua potilaasta pitkältä. Odottamisen lisäksi potilas joutuu elämään vaivansa kanssa ja kestämään mahdollista kipua. Potilas voikin tarvita paljon hoitajan tukea ja ohjausta hoidon eri vaiheissa. Hoitajan on tärkeää välittää omalla toiminnallaan, että hän antaa aikansa sillä hetkellä täysin potilaalle. Hoitaja vastaa potilaan mieltä askarruttaviin kysymyksiin sekä kertoo potilasta koskevista suunnitelmista. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen, 2006, s. 45.)

Jotta hoitaja voi omalla toiminnallaan edistää potilaan hyvää hoitoa sekä hoidon jatkuvuutta, tulee hänen hahmottaa potilaan hoitopolku. Hoitopolun alun ja lopun selvittäminen ja tunteminen on välttämätöntä, sillä potilaat tulevat sairaalaan hyvin erilaisista olosuhteista kuten kotona, omaisten luota tai palveluasunnoista. Potilaan oma tahto ja voimavarat toimivat lähtökohtana hoidon jatkuvuuden suunnittelussa. Yhteistyössä hoidon

jatkuvuudessa toimivat esimerkiksi omaiset, avoterveydenhuolto ja sosiaalihuollon henkilökunta. (Holmia ym., 2006, s. 46.)

### 2.3 Sepelvaltimotauti potilaan hoitoketju

Tämä hoitoketju koskee Pirkanmaan sairaanhoitopiirin potilaita, joilla on todettu sepelvaltimokohtaus tai uusi sepelvaltimotautidiagnosi. Hoitoketjun tarkoituksena on selkiyttää hoidon porrastusta ja kuntoutuksen kriteereitä. Tavoitteena on potilaan elämän laadun parantaminen, kuntoutuksen tehostaminen, omahoidon ja tiedon saannin parantaminen, asiakaslähtöisyyden lisääminen, palveluiden yhtenäistäminen ja uusien interventioiden luominen erilaisille asiakasryhmille. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2017) Kuva 1. Sepelvaltimotautipotilaan hoitoketju

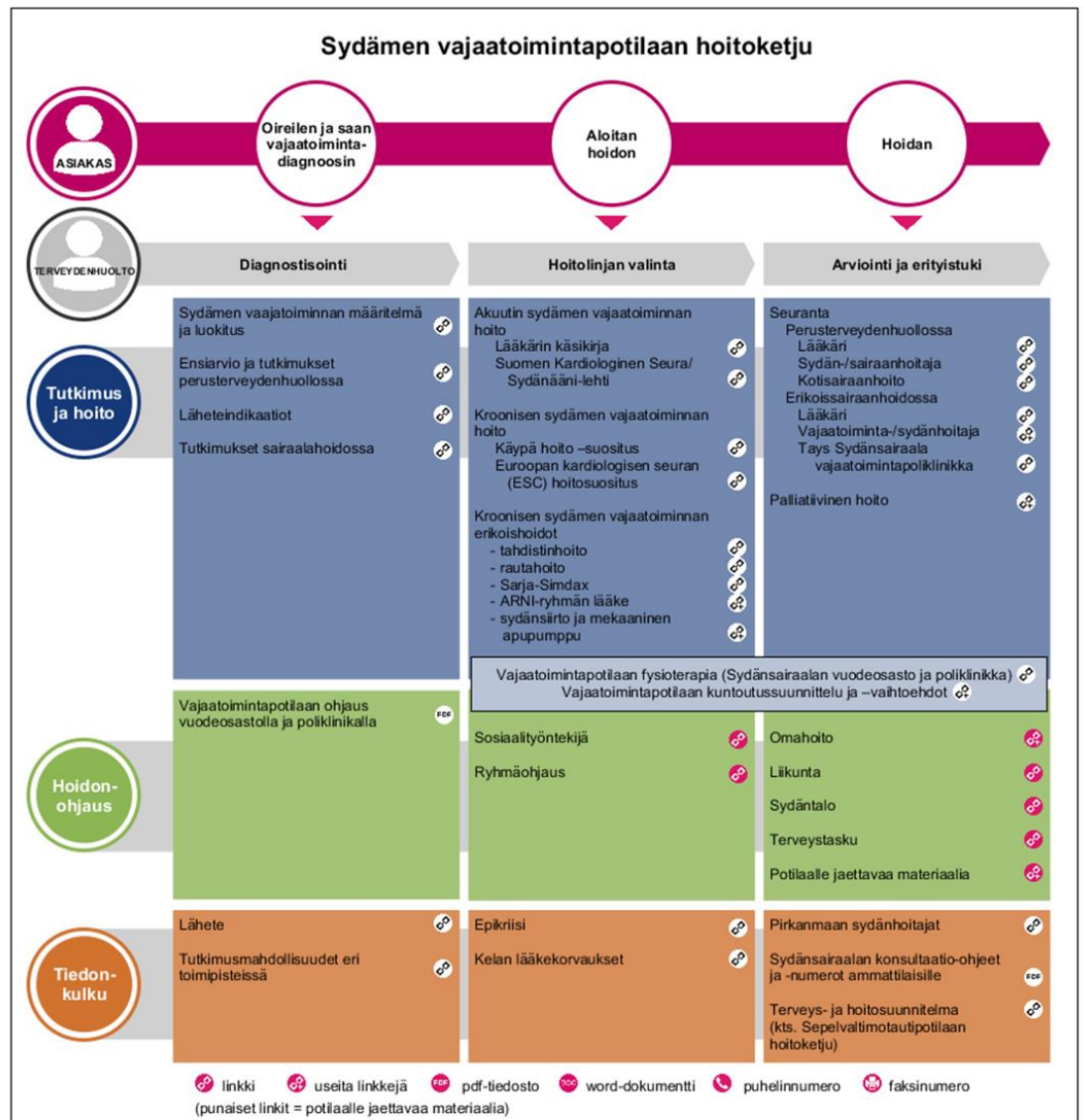


Kuva 1. Sepelvaltimotautipotilaan hoitopolku

### 2.4 Sydämen vajaatoiminta potilaan hoitoketju

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueelle on tehty sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketju. Hoitoketjun tarkoituksena on selkeyttää perusterveydenhuollon diagnostiikkaa ja hoitoa, ehkäistä sairaalahoidon kasvua, parantaa ja helpottaa tiedonvälitystä sekä konsultointia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä tukea potilaita omahoidossa.

(Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2018) Kuva 2. Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketju



Kuva 2. Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitopolku

## 2.5 Sydänkuntoutus

Sydänkuntoutus on moniammatillinen ja suunniteltu toimintakokonaisuus. Sydänkuntoutuksen tarkoituksena on luoda sydänpotilaalle edellytyksiä palata mahdollisimman normaaliin elämään sairastumisen jälkeen. Alun perin sydänkuntoutusta ovat saaneet sydäninfarktipotilaat ja ohitusleikatut, mutta nykyään se on laajentunut myös käsittämään pallolaajenuksella hoidettujen sepelvaltimotautipotilaiden, vajaatoimintapotilaiden, tahdistinpotilaiden, läppäpotilaiden, synnynnäistä sydänvikaa sairastavien ja sydämensiirron saaneiden kuntoutus. (Penttilä, 2014.)

Sydänkuntoutus on yhtenäinen osa sydänpotilaan hyvää jatkohoitoa. Sen tarve arvioidaan sairaalassa, terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa, kun potilas tulee seurantakäynnille tai sairausloma on päättymässä. Kuntoutustarpeen arvioinnin tekee lääkäri. Kuntoutuksen järjestämistä koordinoi käytännössä sydänhoitaja tai sydänkuntoutusohjaaja. (Penttilä, 2014.)

Sydänkuntoutus on parhaimmillaan moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat potilaan ja potilaan läheisten lisäksi lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti sekä joskus myös psykologi. Kuntoutuja läheisineen ovat kuntoutuksen keskeinen toimija ja kuntouttaja tarjoaa tietoa, työkaluja ja olosuhteita kuntoutukselle. Suomessa kuntoutusta toteutetaan melko hajanaisesti ja sattumanvaraisesti. Esimerkiksi vain joka kymmenes sepelvaltimotautipotilaista saa kuntoutusta ja vajaatoimintapotilaiden kuntoutusta on tarjolla vain harvoissa kuntoutuslaitoksissa. (Penttilä, 2014.)

### 3 SYDÄNSAIRAALAN OHJAUSPOLIKLINIKKA

Osana opinnäytetyötä tutustuttiin ohjauspoliklinikan vastaanoton toimintaan. Ohjauspoliklinikan tavoitteena on kertoa potilaalle ja auttaa potilasta ymmärtämään, mitä potilas sairastaa ja sairauden merkityksen omassa elämässä, minkälaisia tutkimuksia ja toimenpiteitä potilaalle on tehty, minkä takia sekä tutkimuslöydöksen merkityksen. Ohjauspoliklinikan tavoitteena on ohjata potilasta tunnistamaan sydänoireet, kuinka toimia oireiden ilmaantuessa ja tarvittaessa mihin potilaan tulee hakeutua hoitoon. Tavoitteena on auttaa potilasta ymmärtämään omat riskitekijänsä ja tunnistamaan elämäntapamuutostarpeen sekä näiden merkityksen omaan sairauteensa. Tavoitteena on varmistaa, että potilas saa tarvitsemaansa tukea sairauteen liittyen, jatkohoitosuunnitelman tietäminen ja ymmärtäminen. Tavoitteisiin kuuluvat myös potilaan motivoiminen sitoutumaan omahoitoon, potilaan läheisen tiedon saaminen ja läheisen ohjaus potilaan sairauteen liittyen, jotta läheinen voi tukea potilasta kuntoutumisessa ja osaa myös huolehtia omasta jaksamisestaan. (Lampinen & Väyrynen, haastattelu 24.10.2018, Sydänsairaala (n.d.)

Ohjauspoliklinikalle saavat kutsun ne sydänpotilaat, joilla on diagnosoitu uusi MCC eli sepelvaltimotauti tai sydämen vajaatoiminta, läppä- ja ohitusleikatut potilaat tai mikäli potilaalla on selvä lisäohjauksen tarve itsehoidon suhteen. Potilaat, jotka ovat olleet Tays Valkeakosken sisätautiosastolla ja ovat kotiutuneet tai siirtyneet terveyskeskuksen vuodeosastolle jatkohoitoon, saavat kutsun ohjauspoliklinikalle kahden viikon päähän kotiutumisesta tai siirtymisestä jatkohoitoon. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat saavat kutsun lääkärin harkinnan mukaan. Potilaat ovat Tays Valkeakosken alueen potilaita. Lääkäri voi myös lähettää echo-poliklinikalta

potilaan ohjauspoliklinikalle, mikäli hän arvioi potilaalla olevan tarvetta ohjaukseen. Nämä potilaat ovat suurimmaksi osaksi sydämen vajaatoiminta diagnoosin saaneita. (Lampinen & Väyrynen, haastattelu 24.10.2018)

Ohjauspoliklinikan tutustumiskäynnillä korostui ohjeiden kertaamisen tärkeys, jotta potilas ymmärtää ja muistaa annetut ohjeet. Vaikkakin sekä sairaanhoitaja että fysioterapeutti kyselivät jonkin verran samoja kysymyksiä, potilaan vastaukset saattoivat vaihdella tai tarkentua samojen kysymysten suhteen. (Lampinen & Väyrynen, haastattelu 24.10.2018)

### 3.1 Moniammatillisuus hoitotyössä

Moniammatillisuus hoitotyössä on tiimimäistä työskentelyä, jossa tiimin muodostaa eri koulutuksen saaneet asiantuntijat. Jokaisella asiantuntijalla on oma tieteellinen asiantuntijuusalueensa. Asiantuntijuusalueet ovat yhteydessä toisiinsa saavuttaakseen yhteisen päämäärän. Yksittäinen ammattiryhmä ei yksinään saavuttamaan päämäärää, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite on usein kokonaisvaltainen ja kompleksinen. Päämäärän saavuttaminen edellyttää siis moninaista osaamista ja saumatonta yhteistyötä. (Katisko, Kolkka & Vuokila-Oikkonen 2014 s. 10; Becker, Hahtela & Ranta, 2015, s. 27)

Hoitotyön etiikan mukaan työtovereihin tulee suhtautua samalla kunnioituksella, arvostuksella ja myötätunnolla kuin potilaisiin. Tätä työtovereiden välistä eettisyyttä voidaan kuvata kollegiaalisuutena. Eri ammattien välistä kollegiaalisuutta kutsutaan inter-kollegiaalisuudeksi. (Becker ym. 2015 s. 10, 27) Toimivan yhteistyön edellytyksenä on osapuolien roolien selkeys, päätöksentekoon osallistuminen ja vastuun kantaminen. Jokaisen ryhmän jäsenen tulisi tuoda asiantuntijuutensa yhteiseen käyttöön ja ymmärtää toiminnan tavoitteiden monitahoisuus. (Katisko ym., 2014, s. 10)

### 3.2 Sairaanhoitajan polikliininen vastaanotto

Ohjauspoliklinikan vastaanotolla haastatellaan potilasta ja käydään läpi uutta sairautta. Potilaalta selvitetään, kuinka kauan oireita on ollut ennen sairaalaan johtanutta sydäntapahtumaa sekä minkälaiset oireet ovat olleet. Sairaanhoitaja käy läpi lääkärin loppulausunnon ja selvittää tämän potilaalle. Vastaanotolla käydään läpi monia asioita ja potilas saa mahdollisuuden kertoa tapahtumien kulusta omin sanoin. (Lampinen & Väyrynen, haastattelu 24.10.2018)

Sepelvaltimotautipotilaiden ohjauksessa vastaanotolla sairaanhoitaja selvittää potilaan perussairaudet ja riskitekijät. Sairaanhoitaja myös kertoo potilaalle, mitkä asiat ovat vaikuttaneet sydäntapahtuman syntyyn. Ohjaustilanteessa on käytettävissä erilaisia havaintovälineitä, mitkä auttavat potilasta ymmärtämään kerrottavat asiat paremmin. Havaintovälineinä on

käytettävissä omat kädet kuvattaessa lautasmallia, kuvia ja muovinen mallisydän. Sairaanhoitaja antaa elämäntapaohjausta, kartoittaa potilaan ruokavalion ennen ja jälkeen sydäntapahtuman ja antaa ohjeet sydänterveellisen ruokavalioon. Elämäntapaohjaukseen kuuluvat myös neuvonta painon hallinnassa, tupakoinnista kertominen, alkoholinkäytön ohjeistus, stressin vaikutuksesta kertominen, seksuaalisuuteen liittyvä ohjeistus ja suunhoidon merkitys. Pääpiirteittäin käydään läpi vielä liikunnan merkitys. Lääkelista käydään läpi ja varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt itse saamansa ohjeistuksen lääkityksestä. Sairaanhoitaja kyselee, onko lääkkeitä tullut mahdollisia haittavaikutuksia sekä kertoo minkälaisia haittavaikutuksia lääkkeillä voi olla. Vastaanotolla käydään läpi myös lääkityksen tarkoitus, esimerkiksi miksi jokin lääke on määrätty ja miten se vaikuttaa. Sairaanhoitaja ohjeistaa myös pikanitron käytön. Lääkkeiden erityiskorvattavuus käydään myös läpi vastaanotolla. (Lampinen & Väyrynen, haastattelu 24.10.2018; Sydänsairaala, n.d.b)

Ohjauspoliklinikalla ohjataan omaseurannan toteutus, annetaan ohjeet verenpaineseurannasta, painon seurannasta ja ohjeistetaan tarvittaessa verensokerin seuranta. Potilaan tavoitearvot käydään läpi, näihin kuuluvat rasva-arvot, verenpaine, paino/BMI/vyötärön ympärysmitta ja verensokeri. (TAYS Sydänsairaala, n.d.b)

Potilaalle kerrotaan vastaanotolla erilaisista sydänkuntoutusvaihtoehdoista ja näissä otetaan huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. Erilaisia kuntoutusvaihtoehtoja järjestävät mm. vertaistuki, TULPPA, sopeutumismennus, Kela, Sydänliitto ja Hämeenmaan Sydänpiiri. Sairaanhoitaja varmistaa vastaanotolla, että potilas on saanut asianmukaiset ohjeet kirjallisen mukaansa osastohoitojaksolta ja tarvittaessa antaa lisää materiaalia kirjallisen potilaalle mukaan. Sairaanhoitaja voi myös esitellä erilaisia internet-palveluita, joita on saatavilla esim. Sydänliiton sivut. (TAYS Sydänsairaala, n.d.b)

Sairaanhoitaja ohjaa potilasta, miten tulee toimia, mikäli sydänoireet lisääntyvät tai mikäli ilmaantuu akuutti tilanne. Ohjeistuksessa käydään läpi ei akuutin ja akuutin tilanteen erot, milloin tulee hakeutua hoitoon, miten ja minne. (TAYS Sydänsairaala, n.d.b).

Ohjauspoliklinikalla toteutetaan yksilöllistä ohjausta ja moniammatillista yhteistyötä eri tahojen kanssa. Potilaan tilanne huomioidaan yksilöllisesti ohjausta suunniteltaessa, jolloin otetaan huomioon potilaan elämäntilanne, onko kyseessä uusi sairaus vai uusiutunut tilanne ja potilaan kriisin vaihe. Ohjaus tapahtuu pääsääntöisesti kahden kesken. Sairaanhoitaja välittää potilaan tiedot aina fysioterapeutille, kuntoutusohjaajalle ja sosiaalityöntekijälle. Tarvittaessa sairaanhoitaja on myös yhteydessä psykiatrisen sairaanhoitajaan, diabeteshoitajaan tai ravitsemusterapeuttiin. (TAYS Sydänsairaala, n.d.c)

### 3.3 Fysioterapeutin vastaanotto poliklinikalla

Fysioterapeutti toimii liikkumisen ja toimintakyvyn asiantuntijana Sydänsairaalan osastoilla ja poliklinikalla. Fysioterapeutin työskentely on moniammatillista yhteistyötä muun henkilökunnan kanssa. (Sydänsairaala n.d.) Polikliinisen potilaan fysioterapian tavoitteena on lisätä potilaan tietoisuutta sairaudesta ja turvallisesta liikkumisesta. (Sydänsairaala n.d.a)

Potilaan tulisi osata kuormittaa itseään turvallisesta arjen askareissa ja liikkuessaan sekä osata arvioida raskuustuntemuksiaan. Potilaan tulisi myös tietää kuinka toimia oireiden ilmaantuessa sekä tietää sairauden tai mahdollisen toimenpiteen asettamat rajoitukset liikkumisessa. Poliklinikka käynnillä potilas saa yksilölliset liikuntaohjeet ylläpitääkseen ja parantaakseen kestävyys- ja lihaskuntoa. (Sydänsairaala n.d.a)

Esitietoina kartoitetaan nykyinen diagnoosi, aikaisempi sydäntausta, muuta sairauDET ja toimenpiteet. Tutkimuksista kartoitetaan TnT, EKG, CHF, EF ja CCS/NYHA I-IV. Lisäksi kartoitetaan potilaan asuin- ja työolosuhteet, aikaisempi liikunta- ja toimintakyky, liikuntatottumukset sekä avutarve ja liikkumisen apuvälineet. Haastattelulla fysioterapeutti selvittää potilaan senhetkisen voinnin ja oireet sekä kotiutumisen jälkeisen liikumis- ja toimintakyvyn. (Sydänsairaala n.d.b)

Fysioterapeutti antaa potilaalle hänen tarvitsemaansa tietoa sairaudesta. Potilaalle tulee kertoa, mihin hän voi ottaa yhteyttä liikkumiseen ja toimintakykyyn liittyvissä kysymyksissä. Poliklinikka käynnin aikana potilasta motivoidaan ja kannustetaan sitoutumaan omahoitoon liikunnan keinoin. Myös potilaan läheisille annetaan tietoa ja ohjautaa, kuinka he voivat tukea potilasta ja kuinka heidän tulisi huolehtia omasta jaksamisestaan. (Sydänsairaala n.d.a)

Poliklinikka käynnillä fysioterapeutti keskustelee potilaan ja potilaan läheisten kanssa kotiutumisen jälkeen ilmenneistä asioista, ongelmista ja kysymyksistä. Osastolla annetut liikuntaohjeet kerrataan ja potilaalle suunnitellaan suorituskykytestien, potilaan mieltymysten, resurssien ja asuinpaikkakunnan mahdollisuuksien pohjalta yksilöllinen liikuntaohjelma. Ohjauksen tueksi potilas saa kirjallista materiaalia. (Sydänsairaala n.d.a)

Käynnillä arvioidaan myös potilaan fyysistä suorituskykyä erilaisilla testeillä. Aerobista kuntoa ja kestävyyttä voidaan testata 6 minuutin kävelytestillä. Testin aikana seurataan raskuustuntemusta BORG-asteikolla, sydämen kuormitusta sykkeen ja verenpaineen avulla sekä hengitystä esimerkiksi happisaturaation avulla. Tuki- ja liikuntaelimestöstä voidaan testata lihasvoimaa ja liikkuvuutta ja motorista kuntoa voidaan arvioida tasapainoa tutkimalla. (Sydänsairaala n.d.b)

Jatkosuunnitelman tekemiseen potilas osallistuu yhteistyössä fysioterapeutin kanssa. Tarvittaessa fysioterapeutti järjestää jatkofysioterapiaa terveyskeskukseen, sairaalaan tai työterveyteen. Tiedon siirtymisestä

huolehditaan sähköisellä hoitopalautteella, epikriisillä tai puhelinsoitolla. Tarvittaessa voidaan järjestää myös fysioterapiakontrolli Sydänsairaalaan. Potilas voidaan ohjata myös esimerkiksi terveyskeskuksen, sydänpiirin tai liikuntatoimen järjestämiin liikuntaryhmiin. Muun tarvittavan jatkokuntoutuksen fysioterapeutti suunnittelee ja järjestää yhdessä sairaanhoitajan kanssa. Muuta jatkokuntoutusta voivat olla esimerkiksi vertaistuki tai sydänhoitajan, kuntoutusohjaajan, ravitsemusterapeutin tai psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto. (Sydänsairaala n.d.a)

## 4 POTILASOHJAUS

Tässä osiossa käsitellään potilasohjauksen tärkeyttä ja potilaan oikeuksia saada hyvää potilasohjausta omaan sairauteen liittyen. Potilaan ohjauksen perustana toimii sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö, erilaiset toimintaa ohjaavat laatu- ja hoitosuositukset ja terveys- ja hyvinvointiohjelmat sekä ammattietiikka. (Eloranta & Virkki, 2011, s. 11)

Tällä hetkellä koko sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla tapahtuu suuria muutoksia, mm. väestö ikääntyy, kansansairaudet lisääntyvät, hoitoaikoja lyhennetään sekä avohoidonpainotteisuus lisääntyy ja nämä muutokset edellyttävät toimintojen tehostamista. Potilasohjauksen tarve on lisääntynyt hoitoaikojen lyhentyessä ja nykyään potilasohjaus toteutetaan lyhyemmässä ajassa kuin aiemmin. Potilasohjauksen kehittäminen on tärkeää, sillä se on hoitotyön keskeinen auttamiskeino. (Lipponen, 2014, s. 17)

### 4.1 Ammattietiikka hoitotyössä

Terveydenhuollon eettiset periaatteet ohjaavat terveydenhuollon ammattilaisia työssään ja ohjauksen ajatellaan olevan näiden periaatteiden perusteella olennaisena osana hoitotyötä. Eettisten periaatteiden mukaan ihmisen oikeus hyvään hoitoon tulisi sisältää myös tarvittavan ohjauksen. Yhtenä tärkeänä eettisenä periaatteena pidetään potilaan tai asiakkaan itsemääräämisoikeutta hoitoa koskevista asioista. Tämä voi toteutua vain silloin, kun potilas tai asiakas saa riittävästi tietoja valintojensa ja päätöksensä tueksi. (Eloranta & Virkki, 2011, s. 12)

Hoitotyössä tulee kunnioittaa potilaan omia oikeuksia, yksilöllisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä. Terveydenhuollon ammattilaisella on ammatillinen vastuu varmistaa, että potilas saa riittävät tiedot, jotta hän kykenee tekemään itsenäisiä päätöksiä oman hoitonsa suhteen ja toimimaan omalla tavallaan ohjauksen pohjalta. (Jauhiainen, 2010, s. 26)

### 4.2 Potilasohjauksen periaatteet

Hyvällä potilasohjauksella on suuri merkitys hoitotyössä. Sillä pystytään vaikuttamaan myönteisesti potilaan kokemuksiin ja valmiuksiin. Potilaan



riittävä tiedon saanti potilasohjauksessa antaa mahdollisuuden ja rohkeutta osallistua omaan hoitoonsa liittyviin päätöksentekoihin. Jotta potilas voisi osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksentekoihin, vaatii se riittävän tiedon saannin. Tämä myös edesauttaa sitä, että potilas ottaa omasta hoidostaan vastuun ja sitoutuu siihen paremmin. Potilaan saama tiedon määrä ei ole ratkaisevaa, vaan se, että potilas itse ymmärtää saamansa tiedon ja kykenee hyödyntämään sitä elämässään. (Eloranta & Virkki, 2011, s. 15)

Potilasohjaustilanteissa terveydenhuollon ammattilaisen rooli on tärkeä. Ammattilaisen tehtävänä on toimia ohjausprosessin sekä vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntijana. Jotta potilasohjaustilanne onnistuu molempien osapuolten kannalta hyödyttävästi, se edellyttää terveydenhuollon ammattilaiselta tietoa ohjattavista asioista, oppimisesta, ohjausprosessista ja ohjausmenetelmistä. Koska potilaat muistavat ja prosessoivat asioita eri tavalla, tulisi ammattilaisten kiinnittää huomiota myös erilaisiin ohjausmenetelmiin. Potilasohjaustilanne vaatii myös hyviä vuorovaikutus- ja päätöksentekotaitoja, jotka vaikuttavat ohjausprosessin ylläpitoon, arviointiin ja kirjaamiseen. (Jauhiainen, 2010, s. 27)

### 4.3 Potilasohjauksen vaikuttavuus

Laadukkaalla potilasohjauksella on merkittäviä vaikutuksia asiakkaan terveyteen liittyvissä tekijöissä. Potilasohjaus vaikuttaa edistävästi toimintakykyyn, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon, kotona selviytymiseen sekä itsenäiseen päätöksentekoon. Kun potilaat saavat riittävästi tietoa sairauteensa liittyen, se edistää potilaiden ymmärrystä ja auttaa muistamaan hoitoon liittyviä asioita entistä paremmin. Laadukas potilasohjaus vaikuttaa myös mielialaan vaikuttaviin tekijöihin vähentämällä masentuneisuutta, ahdistusta ja yksinäisyyden tunnetta. (Hirvonen, ym., 2007, s. 145)

Laadukkaan potilasohjauksen edellytyksenä on, että potilaat saavat riittävästi ohjausta. Loppujen lopuksi hoidon jatkuvuus jää potilaalle itselleen, jonka vuoksi riittävän ohjauksen antaminen hoitoprosessin aikana on tärkeää. (Jauhiainen, 2010, s. 29-30)

### 4.4 Lait

Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus riittäviin terveyspalveluihin. Lain-säädäntö määrittää potilaan ja sairaanhoitajan välistä yhteistyösuhdetta. Näitä lakeja ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista, sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, henkilötietolaki, laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä, terveydenhuoltolaki ja sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. (Ahonen ym., 2016, s. 31)

Hoitosuositukset perustuvat asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimaan tieteelliseen näyttöön perustuvaan kannanottoon jonkin tietyn taudin tai oirekuvan hoidosta. Suomessa vaikuttaa neljä eri toimijaa hoitosuosituksen laatimisessa, näitä ovat Joanna Briggs Instituutti eli JBI, Duodecim tuottama lääketieteellinen Käypä hoito -suositukset, THL:n arviointiyksikkö Finohta ja kansainvälisiä suosituksia tuottava Cochrane-verkosto. (Ahonen ym., 2016, s. 21-22)

Suomessa hyödynnetään myös erilaisia toimintasuosituksia, jotka ovat valtakunnallisesti hyväksytyjä hoito-ohjelmia. Toimintasuositukset ovat systemaattisesti koottuja ja arvioituja tutkimusnäyttöjä ja hoitosuosituksia tai vahvoja asiantuntijatietoja. Eri sairaanhoitopiirien alueella on käytössä alueellinen hoitoketju tai hoito-ohjelma, joka ohjaa hoidon ohjausta tiettyä sairautta sairastavien hoidossa. Sairaalassa, kuntayhtymässä tai terveyskeskuksessa voi olla käytössä myös paikallinen toimintaohje, mikä määrittelee organisaation sisällä moniammatillista työnjakoa tietyn sairauden tai oireyhtymän hoidossa ja hoidon järjestämisessä. (Ahonen ym., 2016, s. 22-23)

## 5 SEPELVALTIMOTAUTI

Sepelvaltimotauti kuuluu sydän- ja verisuonisairauksiin ja on yksi Suomen tärkeimmistä kansansairauksista. Sepelvaltimoita on kaksi, jotka lähtevät aortan tyvestä molemmille puolille, oikealle ja vasemmalle sydämen pinnalle. Sepelvaltimoiden tehtävänä on huolehtia sydänlihaksen hapensaannista sekä ravitsemuksesta. Sepelvaltimotaudin syynä on ateroskleroosin kertyminen sepelvaltimon seinämiin, jonka vuoksi sepelvaltimot vaurioituvat ja ahtautuvat. (Kettunen, 2016)

Sydäninfarkti, rasiuksessa ilmenevä rintakipu eli angina pectoris sekä odottamaton sydänperäinen äkkikuolema ovat sepelvaltimotaudin tärkeimmät ilmenemismuodot. Sepelvaltimotaudin kehittyminen saattaa alkaa jo nuorella iällä, kun rasvajuoste ilmaantuu sepelvaltimon seinämään. Myöhemmällä iällä tupakointi, korkea veren kolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine ja diabetes edistävät rasvajuosteen muuttumista ateroskleroosiksi. (Kettunen ym., 2011, s. 248-249)

### 5.1 Sepelvaltimotaudin oireet

Sepelvaltimotaudin tunnetuin ilmenemismuoto on angina pectoris eli rasiusrintakipu. Vakaassa angina pectoriksessa kivut ilmenevät vain rasiituksen yhteydessä ja tyypillisin oire tuolloin on puristava rintakipu, joka helpottaa nopeasti levolla tai nitrolääkkeellä. Sepelvaltimon seinämän kovetuma ahtauttaa sepelvaltimoa ja levossa kipua ei tunnu, sillä sydänlihas saa riittävästi verta. Rasiuksessa sydänlihaksen veren tarve lisääntyy, mutta sepelvaltimon seinämässä oleva ahtauma estää riittävän veren virtauksen

sydänlihakseen. Epävakaassa angina pectoriksessa kipua tuntuu sattumanvaraisesti muulloinkin kuin vain rasituksen yhteydessä. Tällöin kyse saattaa olla myös akuutista sepelvaltimokohtauksesta. (Kettunen ym., 2011, s. 250)

Akuutissa sepelvaltimokohtauksessa rintakivut pahenevat nopeasti, eikä nitrolääkitys välttämättä tehoa tai niitä joutuu ottamaan useammin. Tämä johtuu sepelvaltimon seinämän plakin nopeasta kasvusta tiukaksi ahtaumaksi tai siitä kun sepelvaltimon sisälle revenneen plakin kohdalle muodostuu verihyytymä, joka ahtauttaa valtimoa. Mikäli tällainen ahtauma tai verihyytymä tukkii koko sepelvaltimon, aiheutuu siitä sydäninfarkti. (Kettunen ym., 2011, s. 250)

Sydäninfarktin tyypillisin oire on kova rintakipu, johon nitrolääkitys eikä lepo auta. Sydäninfarkti johtuu äkillisestä sepelvaltimon tukkeumasta, joka syntyy, kun sepelvaltimon seinämän plakki tai ahtauma repeää sepelvaltimon sisäpuolelle ja tähän kohtaan syntyy verihyytymä. (Kettunen ym., 2011, s. 250)

## 5.2 Sepelvaltimotaudin hoito

Sepelvaltimotaudin diagnosointi voidaan tehdä kliinisellä rasituskokeella. Sepelvaltimotaudin yleisin ilmenemismuoto on rasisurintakipu, jota ei tavanomaisessa lääkärin tarkistuksessa löydetä. Usein myös potilaan EKG eli sydämen sähkökäyrä on normaali. Kliinisessä rasituskokeessa potilas polkee kuntopyörää, jossa vastus lisääntyy asteittain. Potilaan verenpainetta ja sydänfilmiä tarkkaillaan samanaikaisesti. Kokeen aikana ilmenevä rintakipu sekä hapenpuute sydänlihaksessa, mikä näkyy sydänfilmin muutoksen, antavat lääkärille tärkeää tietoa, jonka perusteella voidaan tehdä diagnoosi. (Kettunen, 2018; Sydänsairaala, 2017)

Sepelvaltimotaudin hoidon perustana on elintapa- ja lääkehoito. Lääkehoidon tavoitteena ovat oireiden lievittäminen ja estäminen, elämänlaadun ja suorituskyvyn parantaminen sekä vakavien sepelvaltimotapahtumien ehkäisy. Elintapamuutoksilla ja ohjauksella on tarkoitus parantaa ennustetta ja lääkehoidon tarvetta. (Ahonen ym., 2016, s. 218-220)

### 5.2.1 Elämäntapahoito

Tupakoinnin lopettaminen on tavoitteena sepelvaltimopotilaan elämäntapaohjauksessa. Sepelvaltimotautikuoleman riski puolittuu jo vuoden aikana, mikäli potilas kykenee lopettamaan tupakoinnin. Tupakoinnin lopettaminen parantaa myös sydämen hapentarjontaa, joka vaikuttaa rasisurintakipuoireeseen myönteisesti. (Airaksinen, 2016, s. 324)

Liikunta ja ruokavaliomuutoksilla pyritään vaikuttamaan myönteisesti sepelvaltimotaudin vaaratekijöihin ja parantamaan verenkiertoelimistön suorituskykyä. Potilaita kannustetaan liikkumaan säännöllisesti ja

harjoittamaan kestävyysliikuntaa kolmesti viikossa vähintään 30 minuutin ajan kerrallaan. Oireettoman potilaan liikuntaharrastuksia ei tule rajoittaa turhaan, sillä liikuntapainotteinen kuntoutus vaikuttaa myönteisesti sepelvaltimotautipotilaan ennusteeseen. Sepelvaltimotautipotilaan ruokavalioon suositellaan sisältyvän runsaasti kuituja ja niukasti tyydyttyynyttä rasvaa, tuoreita hedelmiä, punaisen lihan vaihto valkoiseen lihaan, oliiviöljyä ja pähkinöitä. (Airaksinen, 2016, s. 324)

### 5.2.2 Lääkehoito

Lääkehoidon tavoitteena on potilaan ennustavuuden parantaminen sekä oireiden lievittäminen ja elämänlaadun parantaminen. Riippumatta potilaan taudin vaikeusasteesta tai toteutetusta kajoavasta hoidosta ennustettava parantava lääkehoito kuuluu jokaisen sepelvaltimotautipotilaan lääkitykseen. Jos potilas on oireinen, aloitetaan hänelle myös oireita lievittävä lääkitys. (Airaksinen, 2016, s. 324)

Lääkehoidossa kaikille potilaille aloitetaan asetyylisalisyylihappolääkitys, joka on veren hyytymiseen vaikuttava lääke. Sepelvaltimokohtauksen ja pallolaajennuksen jälkihoidossa käytetään asetyylisalisyyhapon kanssa ADP-reseptorin salpaajia, hoito kestää yleensä 12kuukautta. Mikäli asetyylisalisyylihappolääke ei sovi potilaalle, tällöin käytetään sen sijaan ADP-reseptorin salpaajaa. (Ahonen ym., 2016, s. 218)

Beetasalpaajat lievittävät sepelvaltimotaudin oireita pienentämällä sydämen syketiheyttä ja supistuvuutta sekä verenpainetta laskemalla. Varsinkin infarktipotilailla, joilla on heikentynyt sydämen vasemman kammion toiminta, pysyvästä beetasalpaajahoidosta on hyötyä. (Stabiili sepelvaltimotauti: Käypä hoito -suositus, 2015; Airaksinen ym., 2016, s. 439)

Kalsiumkanavan salpaajat ovat sykettä hidastavia ja niitä voidaan käyttää oireiden hoitoon. Kalsiumkanavan salpaajia käytetään, mikäli potilas ei voi käyttää beetasalpaajia tai potilaalla ei ole vasemman kammion vajaatoimintaa eikä merkittävää sydämen pumppaushäiriötä. (Airaksinen ym., 2016, s. 439)

Angiotensiinikonvertaasientsyymin estäjät eli ACE:n estäjät parantavat sepelvaltimotautipotilaiden ennustetta, joilla sydämen vasemman kammion systolinen toiminta on heikentynyt. Kaikille suuren riskin stabiilia sepelvaltimotautia sairastaville, joilla on myös korkea verenpaine tai diabetes, tulisi aloittaa ACE:n estäjät, vaikka vasemman kammion toiminta olisi normaali. Angiotensiin II -reseptorin salpaajia voidaan käyttää, mikäli potilas ei siedä ACE:n estäjiä. (Stabiili sepelvaltimotauti: Käypä hoito -suositus, 2015).

Kolesterolipitoisuutta pienentävä statiinihoito aloitetaan kaikille sepelvaltimotautipotilaille LDL-kolesterolipitoisuudesta riippumatta. Mikäli käytössä on jo aikaisemmin ollut statiinilääkitys pienellä annostuksella tuolloin

annosta nostetaan tai vaihdetaan tehokkaampaan valmisteeseen. Tavoitteena on saada laskettua potilaan LDL-kolesterolin pitoisuutta vähintään 50% lähtötasosta tai LDL < 1,8mmol/l. Statiinien haittavaikutuksena ovat tavallisimmin lihaskivut. Mikäli potilaalle tulee haittavaikutuksia, voidaan statiinien käyttö joutua lopettamaan tai annosta pienentämään. (Airaksinen ym., 2016, s. 438)

Nitraatit ovat rintakipua lievittäviä lääkkeitä tai niitä voi ottaa ennen rasi- tusta ehkäisevästi. Nitraatteja on saatavilla lyhytvaikutteisena kielenalus- tablettina tai -suihkeena ja ne määrätään kaikille sepelvaltimotautipoti- laille tarvittaessa käytettäväksi lääkkeeksi. (Stabiili sepelvaltimotauti: Käypä hoito -suositus, 2015).

### 5.2.3 Kajoavat hoitomuodot

Sepelvaltimotaudin kajoavat hoitomuodot ovat CABG eli ohitusleikkaus tai PCI eli angioplastia. Hoitomuodon valinnassa noudatetaan kansainvälisiä hoitosuosituksia sekä arvioidaan myös taudin vaikeusaste, sepelvaltimoi- den anatomia sekä leikkausriskiin vaikuttavat mahdolliset potilaan muut riskitekijät ja liitännäissairaudet. (Leppänen, Kuokkanen & Salminen, 2018, s. 421)

Sepelvaltimotaudin hoidossa harkitaan kajoavaa hoitomuotoa silloin, kun potilaalla on rintakipuoireita lääkehoidosta huolimatta ja sepelvaltimoihin tehtävässä varjoainekuvauksessa havaitaan yli 50%:n kaventuma yhdessä tai useammassa kolmesta sepelvaltimorungosta. Kajoavaa hoitomuotoa voidaan myös harkita silloin, kun sillä katsotaan olevan ennusteellista mer- kitystä. (Leppänen ym., 2018, s. 421)

Sepelvaltimon pallolaajennuksessa värttinä- tai reisivaltimon kautta vie- dään pehmeäkärkinen ja ohutseinäinen ohjainkatetri sepelvaltimon suulle. Ohjainvaijeri kuljetetaan ohjainkatetrin kautta hoidettavan ahtauman dis- taalipuolelle. Sepelvaltimon ahtauma vaatii usein esilaajennuksen, joka tehdään pallokatetrilla. Pallolaajennuksen jälkeen ahtaumakohtaan teh- dään stenttaus. Suurin osa näistä metalliverkkoputkista on nykyisin pääl- lystettyjä lääkeestenttejä. Lääkeestenttien käyttö on vähentänyt uudelleen ahtautumista laajennetun sepelvaltimon kohdalla merkittävästi. (Airaksi- nen ym., 2016, s. 334, 335; Leppänen ym., 2018, s. 421)

Sepelvaltimon ohitusleikkauksessa ahtaumakohta ohitetaan muualta eli- mistöstä otetulla verisuonisiirteellä. Ohitusleikkauksessa voidaan tehdä myös useita ohituksia samaan aikaan, mikäli sepelvaltimoissa on useampia ahtaumakohtia. Verisuonisiirrännäisinä voidaan käyttää joko laskimosiir- rännäistä tai valtimosiirrännäistä. (Ahonen ym., 2016, s. 228)

### 5.3 Sepelvaltimotaudin seuranta ja ennaltaehkäisy

Sepelvaltimotautipotilaille suositellaan vähintään vuosittaista seuranta. Potilaan seurantakäynneillä on tärkeää motivoida potilasta oman sairautensa hoitoon sekä vaikuttamaan riskitekijöihin. Käynti pitää sisällään potilaan haastattelun, jolla selvitetään mahdolliset oireet, elintavat, riskitekijät sekä mahdolliset ongelmat liittyen lääkehoitoon. Seurantakäynteihin kuuluu myös potilaan verenpaineen kotimittaustulosten tarkistaminen, verenpaine tavoite on alle 140/90 mmHg, mikäli potilaalla on diabetes, verenpaine tavoite on 140/80 mmHg. Veren lipidiarvojen ja paastoverensokerin määrittäminen. Käynnillä tulee kartoittaa myös potilaan ruokailutottumukset, liikunnan määrä ja tupakoiko potilas, tavoitteena on tuolloin tupakoimattomuus. Käynneillä tulee huomioida myös mahdollisten liitännäissairauksien toteaminen, kuten diabetes, rytmihäiriöt, sydämen vajaatoiminnan kehittyminen, uniapnea tai masennus. Sepelvaltimotautipotilaille suositellaan vuosittaisten influenssarokotusten ottamista. (Stabiili sepelvaltimotauti: Käypä hoito -suositus, 2015).

Tupakointi, kohonnut verenpaine, korkea veren kolesterolipitoisuus, diabetes, liikunnan vähyyys ja lihavuus ovat sepelvaltimotaudin merkittäviä riskitekijöitä. Sepelvaltimotaudin puhkeamista voidaan siis ehkäistä tupakoimattomuudella, liikunnalla sekä terveellisellä ruokavaliolla. (Kettunen ym. 2011, 252) Kokonaiskolesterolin tulisi olla alle 5 mmol/l ja LDL- kolesterolipitoisuus alle 3 mmol/l, naisilla HDL-kolesterolipitoisuus tulisi olla yli 1,2 ja miehillä yli 1,0, triglyseridit tulisi olla alle 1,7, ensisijaisesti näihin tavoitteisiin pyritään elintapamuutoksilla. (Airaksinen ym., 2016, s. 297-298)

Metabolinen oireyhtymä kaksinkertaistaa valtimotautiriskin 5-10 vuoden aikana, oireyhtymän osatekijöiden lisääntyessä myös riski sairastua valtimotautiin kasvaa. Yksinään metabolinen oireyhtymä ei ole riittävä valtimotautiriskin ilmaisin. (Airaksinen ym., 2016, s. 301)

### 5.4 Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutus

Sydänkuntoutus laaditaan jokaiselle sepelvaltimotautiin sairastuneelle toimimisen edistämisen tukemiseksi. Työikäisillä kuntoutuksen tarkoituksena on työkyvyn palauttaminen tai säilyttäminen. Kuntoutus toteutetaan suunnitelmallisesti ja moniammatillisesti. Tavoitteena on mahdollisimman hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. On osoitettu, että liikuntapainotteinen kuntoutus pienentää kokonais- ja sydänkuolleisuutta sekä vaikuttaa positiivisesti sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin. Potilaalla tulee olla riittävät tiedot hyvän kuntoutumisen mahdollistamiseksi.

Kuntoutujan on hyvä tietää sepelvaltimotaudista ja sen hoitomuodoista, liikunnan ja ruokavalion merkityksestä, painonhallinnasta, kolesterolista ja verenpaineesta sekä tupakoinnin lopettamisesta. Potilaalle on hyvä antaa myös tietoa, kuinka sopeutua sairauteen, kuinka tulee toimia oireiden

pahentuessa ja hätätilanteessa sekä vertaistuesta. Potilaalle on myös hyvä kertoa potilaan sosiaaliturvasta sekä terveydenhuoltojärjestelmässä toimimisesta. Kuntoutusta järjestävät monet eri tahot mm. erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, sydänpiirit, sydänyhdistykset sekä Kela. (Stabiili sepelvaltimotauti: Käypä hoito -suositus, 2015).

Sepelvaltimopotilaan työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa on mukana erikoissairaanhoito sekä työterveyshuolto. Molempien tahojen yhteistyö on tärkeää potilaan arvioinnin kannalta. Potilaan anamnestinen haastattelu on oleellinen osa arviointia. Toimintakykyä kuvaa suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista sekä tasamaakävelystä ja ylämäessä tai portaissa noususta suoriutumisesta. CCS-luokitusta käytetään arvioimaan potilaan suoriutumista. Perustutkimuksiin kuuluu työjohteinen ja oirerajoitteinen kliininen rasituskoe, jota voidaan täydentää tarvittavin tutkimuksin.

Sepelvaltimopotilaan selviytymistä normaaleista työtehtävistään arjessa pärjäämisen lisäksi on myös tärkeää selvittää, sillä sairaudesta johtuvat rytmihäiriöalttius sekä sydämen vajaatoiminta vaikuttavat merkittävästi työ- ja toimintakykyyn. Lisäksi sopeutumista kuormittaviin tilanteisiin työssä voivat heikentää henkinen stressi ja psyykkinen tilanne. Fyysisesti raskaissa tai fyysistä reagoitua vaativissa työtehtävissä tulee ottaa huomioon ammatilliset vaatimukset. Työssä käyvän sepelvaltimopotilaan työterveyshuollon tehtäviin kuuluu potilaan seuranta sekä työkyvyn säilymisen tukeminen. Mikäli paluu entiseen työtehtävään ei onnistu sepelvaltimotautiin sairastumisen jälkeen, on tuolloin mahdollisuus uudelleen koulutukseen ammatillisena kuntoutuksena. (Stabiili sepelvaltimotauti: Käypä hoito -suositus, 2015).

## 6 LÄPPÄVIAT

Sydämessä on yhteensä neljä läppää. Oikealla puolella sydäntä on kolmipurjeläppä eli trikuspidaaliläppä sekä keuhkovaltimoläppä eli pulmonaaliläppä ja vasemmalla puolella sydäntä on hiippaläppä eli mitraaliläppä sekä aorttaläppä. Läppien tehtävän on estää veren takaisinvirtaus sydänlihaksen pumppausvaiheen aikana. Vasemman puolen läpät sairastuvat herkemmin, sillä niihin kohdistuu voimakkaampi paine. (Ahonen ym., 2016, s. 301)

Läppäviat ovat yleisiä sydänsairauksia ja yleensä esiintyvät lievinä. Aorttaläpän ahtauma ja hiippaläpän vuoto ovat tavallisimpia läppävikoja. Joskus läppävika voi kuitenkin olla vaikea ja huonontaa huomattavasti potilaan vointia. Vaikean läppävian ilmaantuessa, se tulisi korjata hyvissä ajoin ennen sydämen liiallista rasittumista. (Kettunen, Kivelä, Mäkijärvi Parikka & Yli-Mäyry, 2011, s. 341)

Läppien sairaudet voivat ilmetä joko läpän ahtautumisena eli stenoosina tai läpän vuotona. Läppästenoosissa läppäaukko on pienentynyt, jonka vuoksi veren virtaus sen läpi on vaikeutunut. Läpän vuodossa taas veri kulkeutuu väärään suuntaan. Läpän ahtautuminen sekä läpän vuoto aiheuttavat molemmat sydänlihaksen paksuuntumista lisääntyneen työmäärän vuoksi. Hoitamattomana läppävika johtaa sydämen vajaatoimintaan sydämen heikentyneen voiman vuoksi. Samassa läpässä voi olla sekä vuoto että ahtauma eli kombinoituläppävika. Kombinoituläppävika syntyy yleensä reumakuumeen seurauksena. (Ahonen ym., 2016, s. 301-302)

## 6.1 Aorttaläpän ahtauma

Aorttastenoosi eli aorttaläpän ahtauma on yleinen sydänsairaus. Ahtauma voi kehittyä joko vähitellen läpän rappeutuessa iän myötä tai se voi olla synnynnäisesti ahtautunut. Yleensä kyseessä on iän myötä vähitellen kalkkiutunut ja ahtautunut normaali kolmiliuskainen läppä. Rappeutuessaan läppäpurjeet kalkkituvat ja jäykistyvät. Aorttastenoosi taipumusta lisäävät diabetes, munuaisten vajaatoiminta ja tavalliset valtimotaudin vaaratekijät. Keski-ikäisillä aorttastenoosia aiheuttaa yleensä synnynnäisesti kaksipurjeisen läpän ahtautuminen. (Kettunen ym., 2011, s. 355)

Kun läppä ahtautuu, virtausvastus kasvaa ja vasemman kammion systolinen paine nousee. Paineen nousun seurauksena ahtautuneen läppäaukon virtausnopeus kasvaa, jolloin läppäaukkoon alkaa kehittyä paine-eroa. Ylimääräisen kuormituksen seurauksena vasemman kammion seinämät paksuuntuvat ja lopulta pumppaustoiminta heikkenee. (Kettunen ym., 2011, s. 355)

Aorttaläpän ahtauma pysyy usein vaikeanakin pitkään oireettomana. Oireettomuuden syynä voi osittain olla potilaan huomaamattaan tekemät elintapojen muutokset ja rasituksen välttäminen ahtauman vaikuttaessa taustalla. Tyypillisimpiä oireita aorttaläpän ahtaumassa ovat rasituksessa ilmenevä rintakipu, hengenahdistus ja pyörtymiskohtaukset. (Kettunen ym., 2011, s. 355)

Aorttaläpän ahtaumaan käytetään leikkaushoitoa, jos ahtauma on merkittävä ja aiheuttaa potilaalle oireita. Täysin oireettoman potilaan hoito perustuu tilanteen seurantaan toistuvien kaikututkimusten avulla, joissa nähdään tilanteen vaikeutumisen nopeus. Oireetonkin potilas ohjataan kuitenkin useimmiten leikkaushoitoon, mikäli tutkimuksissa havaitaan vasemman kammion pumppaustoiminnan heikkenemistä tai merkkejä alkavasta vasemman kammion vajaatoiminnasta. (Kettunen ym., 2011, s. 357)

Oireiden ilmaantuessa aorttaläpän ahtauman eteneminen on nopeaa. Esimerkiksi rintakipujen ilmaantuessa potilaalla on elinaikaan noin viisi vuotta ja pyörtymiskohtausten ilmaantuessa vain 3-4 vuotta. Läppäleikkauksella potilaan ennustetta pystytään parantamaan huomattavasti, vaikka



ahtauma olisikin jo aiheuttanut vasemman kammion seinämien paksuuntumista ja pumppausvoiman heikkenemistä. Yli 85% leikkauksesta selvinneistä on elossa viiden vuoden jälkeen. (Kettunen ym., 2011, s. 357)

## 6.2 Aorttaläpän vuoto

Aorttaläpän tehtävänä on estää veren takaisinvirtaus aortasta vasempaan kammioon diastolen aikana, kun aorttaläpän purjeet sulkeutuvat tiiviisti. Aorttaläpän vuoto liittyy joko nouseva aortan vikaan liittyvään aorttaläpärenkaiden laajenemiseen tai läpän liuskojen viallisuuteen. Läpän vuoto on keskivaikea, kun noin kolmannes vasemman kammion iskuilavuudesta vuotaa takaisin vasempaan kammioon. Massiivisessa vuodossa vähintään kaksi kolmannesta iskuilavuudesta vuotaa seuraavan diastolen aikana takaisin kammioon. Takaisin vuotava veri aiheuttaa vasempaan kammioon tilavuuskuormituksen. Tilavuuskuormitus johtaa vasemman kammion lihasmassa kasvuun ja laajenemiseen. Minuuttitilavuus säilyy ennallaan, vaikka iskuilavuus suurenee ja osa iskuilavuudesta vuotaa takaisin vasempaan kammioon. (Kettunen ym., 2011, s. 357-358)

Vuodon pitkittyessä ja vaikeutuessa, vasemman kammion kompensatiomekanismit alkavat pettää ja pumppauskyky alentuu vasemman kammion samalla laajentuessa hallitsemattomasti. Tilan edetessä krooninen läppävuoto aiheuttaa jo usein sydämen vajaatoiminnan oireita. Vasen kammio ei ehdi laajenemaan vuodon kehittyessä nopeasti esimerkiksi endokardiiin aiheuttaman läppävaurion vuoksi, jolloin potilaalle kehittyy nopeasti vaikea sydämen vajaatoiminta sekä keuhkopöhö ja mahdollisesti jopa sydänperäinen eli kardiogeeninen sokki. Krooninen aorttaläpän vuoto voi olla pitkään oireeton. Vasen kammio kestää hyvin tilavuuskuormitusta ja pystyy laajentuessaan pitämään yllä normaalia minuuttitilavuutta myös rasituksessa. Kun täyttöpaineen vähitellen nousee, alkaa potilaalla esiintyä rasituksessa hengenahdistusta ja suorituskyky alenee minuuttitilavuuden pienentyessä. (Kettunen ym., 2011, s. 358)

Jos aorttaläpän vuoto ei aiheuta oireita, ei se vaadi leikkaushoitoa. Keski- vaikean ja vaikean läppävuodon tilannetta seurataan kaikututkimusten avulla. Mikäli vasemman kammion pumppaustoiminta heikkenee merkittävästi tai vasen kammio laajenee jatkuvasti ja systolinen läpimitta kasvaa yli 50-55mm, leikataan oireetonkin vaikea läppävika heti. Läppäleikkaus on myös aiheellinen, jos rasituksessa alkaa ilmetä hengenahdistusta tai suorituskyky laskee. Ennuste on yleensä hyvä leikkauksen jälkeen, jos pysyvää vauriota ei ole päässyt kehittymään. (Kettunen ym., 2011, s. 358-359)

## 6.3 Mitraaliläpän vuoto

Krooninen mitraaliläppävuoto on pitkään oireeton, ensioireena on yleensä pelkkä hengenahdistus. Kun vuoto lisääntyy, esiintyy hengenahdistusta myös levossa. Usein oireena on myös eteisvärinä, joka tuntuu

sydämentykytyksenä. Mitraaliläppävuodon kehittyessä äkillisesti, voi oireena tällöin olla hengenahdistusta ja vuoto voi johtaa nopeasti keuhköpöhöön. (Ahonen ym. 2016, 303) Hiippaläpän vuodon merkitys on suuri, sillä systolinen paine vasemmassa eteisessä on alhaisempi kuin diastolinen paine aortassa, joten veri suuntautuu helpommin vuotavan hiippaläpän läpi vasempaan eteiseen kuin aorttaan vasemman kammion supistuessa. Vaikeassa hiippaläpän vuodossa vuotoaukko suurenee, jolloin yhä suurempi osa kammion iskutilavuudesta suuntautuu systolessa vasempaan eteiseen takaisinpäin, joka johtaa vasemman eteisen paineen nousuun. (Kettunen ym., 2011, s. 348)

Sydämen vasen eteinen venyy vähitellen kroonisessa hiippaläpän vuodossa ja eteisen laajeneminen aiheuttaa usein eteisvärinää. Eteisvärinä kehittyy nopeasti pysyväksi, ellei läppävuotoa korjata. Vasemman eteisen venyminen puskuroi taaksepäin suuntautuvaa painevaikutusta, jolloin paineen nousu nostaa myös keuhkolaskimoiden ja -hiussuonten painetta, joka voi aiheuttaa keuhkorakkuloiden turvotuksen, keuhkovaltimopaineen nousua ja voi vähitellen johtaa sydämen oikean kammion vajaatoimintaan ja tuolloin oireena voi ilmetä myös jalkaturvotuksia ja painon nousua. Verentungos keuhkoissa aiheuttaa myös vähitellen hengenahdistusta, mikä ilmenee ensiksi vain rasituksessa, mutta vuodon vaikeutuessa hengenahdistusta ilmenee myös levossa. (Airaksinen ym., 2016, s. 850-851)

#### 6.4 Mitraaliläpän ahtauma

Reumakuume saattaa arpeuttaa ja kalkkeuttaa läppäpurjeita, jolloin vapaat reunat tarttuvat toisiinsa. Tämä johtaa siihen, että vähitellen läppäaukko ahtautuu, jolloin sydämen vasemmasta eteisestä veren virtaus kammiioon vaikeutuu. Paine kasvaa sydämen vasemmassa eteisessä ja virtausnopeus kiihtyy ahtautuneessa läppäaukossa. Sydämen vasemman eteisen kuormittuminen läpän ahtautumisen vuoksi laajentaa myös vasenta eteistä, joka myöhemmin altistaa sydämen eteisvärinän syntymiselle. Ajan myötä paineen nousu vasemmassa eteisessä voi kuormittaa myös keuhkoverenkiertoa ja potilaalle voi kehittyä sydämen oikean puolen vajaatoiminta taudin loppuvaiheessa. (Airaksinen, 2014)

Sydämen ultraäänitutkimuksella pystytään toteamaan luotettavasti mitraaliläpän ahtautuminen. Oireina potilailla ilmenee hengenahdistusta, mikä johtuu verentungoksesta keuhkoissa. Alkuvaiheessa hengenahdistusta esiintyy vain rasituksen yhteydessä, joka pahenee taudin vaikeutuessa niin, että hengenahdistusta esiintyy myös levossa makuuasennossa. Thoraxkuvassa voidaan todeta sydämen vasemman eteisen suurentuminen. (Airaksinen, 2014)

Mitraaliläpän ahtautumiseen ei ole lääkehoitoa, mikä hidastaisi tai estäisi ahtautumisen synnyn. Nesteenoistolääkkeillä voidaan lievittää keuhkojen verentungosta ja oireita, mitkä johtuvat siitä. Eteisvärinä on tärkeää havaita, sillä oireetonkin eteisvärinä aiheuttaa suuren embolian tai

aivohalvauksen vaaran. Eteisvärinäkohtausten hoitoon käytetään anti-koagulanttihoitoa. Lievä oireeton ahtauma ei vaadi hoitoa. (Airaksinen, 2014)

Mitraaliläpän ahtauman pallolaajennusta voidaan harkita, kun ahtauma aiheuttaa oireita. Pallolaajennus on mahdollista tehdä silloin, jos läppä ei merkittävästi vuoda eikä läppä ole kalkkiutunut vahvasti tai vaurioitunut rakenteellisesti. Mikäli mitraaliläpän ahtauma aiheuttaa potilaalle merkittäviä oireita, jotka haittaavat jokapäiväistä elämää, ilmenee emboliaoireita, keuhkovaltimopaine nousee korkeaksi tai pallolaajennushoito ei ole mahdollinen, käytetään leikkaushoitoa. Leikkaushoidossa kalkkiutuneen ja ahtautuneen läpän tilalle asetetaan tekoläppä. (Airaksinen, 2014)

### 6.5 Mitraaliläpän prolapsi

Mitraaliläpän läppäpurje voi painautua sydämen supistumisvaiheen aikana läppärengastasosta vasemman eteisen puolelle, jolloin puhutaan mitraaliläppä prolapsista. Prolapsin aiheuttajia ovat läppärakenteiden venyminen, läpän myksomatoottinen rappeutuminen ja fibroosi. (Kivelä ym., 2011, s. 346)

Mitraaliläpän prolapsi voi olla oireeton, jolloin se ei vaadi hoitoa. Mahdolliset sydämen rytmihäiriöt, jotka liittyvät prolapsiin, hoidetaan oireenmukaisesti. Mitraaliläpän rappeutuminen johtaa läpän vuotoon, potilaalla saattaa oireena olla tuolloin myös epätyypillistä rintakipu- ja rytmihäiriötuntemusta. Sydämen kaikututkimuksen avulla voidaan tehdä diagnoosi, kaikututkimuksella nähdään poikkeava läppärakenne sekä siihen liittyvä hiippaläpän vuoto. (Kivelä ym., 2011, s. 346)

### 6.6 Läppäkirurgia

Läppävian korjaukseen käytetään joko keinoläppää eli läppäproteesia, joka asennetaan viallisen läpän tilalle tai läpän korjausleikkausta eli plastiaa. Keinoläppä on joko mekaaninen tai biologinen proteesi Tyypillisesti leikkausmuotona käytetään perinteistä läppäkirurgiaa. Perinteisen läppäkirurgian ohella on käytössä myös vähemmän rasittavia leikkausmuotoja eli niin sanottuja mini-invasiivisia leikkauksia. Leikkaus voidaan tehdä esimerkiksi ilman rintalastan halkaisua tai ilman sydän-keuhkokonetta (off-pump). (Ahonen ym., 2016, s. 303-304)

Perinteisessä läppäkirurgiassa rintalasta halkaistaan eli tehdään sternotomia ja käytetään perfuusiokonetta eli sydänkeuhkokonetta sekä sydämenpysäytystä. Leikkauksessa poistetaan vioittunut läppä ja asennetaan tilalle noin 21-27mm kokoinen proteesi. Joidenkin leikkausten yhteydessä voidaan myös joutua käyttämään verisuoniproteeeseja. Kun potilas on irrotettu sydän-keuhkokoneesta, tehdään kaikututkimus. Kaikututkimuksella varmistetaan läppäproteesin kiinnittyminen ja toimivuus.

Verenhennushoitoa käytetään aina leikkauksen jälkeen yleensä vähintään kolmen vuorokauden ajan. Mekaanista proteesia käytettäessä verenhennuslääkitys jää pysyväksi. (Ahonen ym., 2016, s. 304)

Keinoläppä voidaan myös asentaa katetriteitse. Katetriteitse tehtäviä toimenpiteitä ja pallolaajennuksia kutsutaan perkutaanisiksi toimenpiteiksi. Katetriteitse tehtävien toimenpiteiden määrä on lisääntynyt runsaasti, sillä se mahdollistaa yhä iäkkäämpien ja monisairausten potilaiden läppäkorjauksen. Mitraalistennoosin ensisijainen hoitomuoto on pallolaajennus, jolla pyritään laajentamaan läppäaukkoa, halkaisemaan läppäkalkkia ja irrottamaan toisiinsa kiinnittyneitä hiippaläppiä toisistaan. TAVI-läpät eli katetriteitse asennettavat aorttaläpät voidaan asentaa joko sydämen kärkeen eli trasapikaalisesti tai nivusvaltimosta eli transfemoraalisesti. Potilas on toimenpiteen aikana nukutettu ja toimenpide tehdään leikkausolosuhteissa, sillä sen yhteydessä on varauduttava hätäleikkaukseen. Läppä ohjataan paikalleen röntgenlöpivalaisun avulla. (Ahonen ym., 2016, s. 304-305.)

Alle 65-vuotiaiden potilaiden läppäleikkauksissa käytetään tavallisimmin kaksilehdykkäistä mekaanista läppäproteesia. Mekaaninen proteesi on yleensä pitkäaikainen, mutta siihen liittyy pysyvä tromboembolioiden riski. Tromboemبولisen riskin vuoksi potilas joutuu käyttämään pysyvää anti-koagulanttihoitoa eli verenhennuslääkitystä. Verenhennuslääkitykseen voi kuitenkin liittyä vuoto-ongelmia. (Airaksinen, Aalto-Setälä, Hartikainen, Huikari, Laine, Lommi, Raatikainen, Saraste, 2016, s. 831-832)

Tekoläpän trombosoituminen on vakava tekoläppäkomplikaatio ja se onkin suurimmillaan heti läppäleikkauksen jälkeen. Läppätromboosi johtuu tavallisimmin huonosti toteutetusta antikoagulanttihoitosta. Se voi myös kuitenkin kehittyä antikoagulanttihoitosta huolimatta, varsinkin korkean riskin potilaille. Potilaasta johtuvia riskitekijöitä ovat esimerkiksi eteisvärinä, aikaisempi tromboembolia ja mitraalistennoosi. Tavallisimpia oireita tekoläpän trombosoitumisessa ovat hengenahdistus, sydämen vajaatoiminta ja tromboemبولiset komplikaatiot. (Airaksinen ym., 2016, s. 872)

Toinen keinoläpän muoto on biologinen läppä. Biologisia läppiä on kolmea erilaista tyyppiä, niitä tehdään sian aorttaläpästä, naudan sydänpussista tai ne voivat olla peräisin elinluovuttajalta. Biologiset läpät jaetaan rakenteensa puolesta tuettuihin tai tukemattomiin läppiin. Helpompi leikkaustekniikka on tuettujen läppien etu. (Kivelä ym., 2011, s. 354)

Biologisten läppien käytössä etuna on se, ettei pysyvä verenhennuslääke ole tarpeen potilaalle. Haittapuolena on, että ne tuhoutuvat vähitellen elimistössä sekä pienten läppien suuri virtausvastus, erityisesti rasituksessa on huomattu jopa 30-50 mmHg painehäviö läpässä. Potilaan ikä ja läpän rakenne vaikuttavat eniten läpän tuhoutumiseen elimistössä. Useimmat biologiset läpät tuhoutuvat nuorilla aikuispotilailla 5-10 vuoden aikana, kun taas 70-vuotiaalla potilaalla lähes kaikki biologiset läpät kestävät tyypillisesti 13-18 vuotta. (Kivelä ym., 2011, s. 354)

## 7 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA

Sydämen vajaatoiminnalla tarkoitetaan sydänlihaksen toimintahäiriötä, jossa sydämen pumppaustoiminta on heikentynyt. Heikentyneen pumppaustoiminnan seurauksena verenkierto on riittämätöntä elimistön tarpeisiin nähden. Sydämen vajaatoimintaa ei luokitella itsenäiseksi sairaudeksi, sillä sydämen heikentyneen toiminnan taustalta löytyy aina jokin syy. Vajaatoimintaan johtavia syitä ovat esimerkiksi sydäninfarktin tai sydänlihaskemian aiheuttama sydänlihassvaurio ja verenpaineen tai läppävian aiheuttama paine- tai tilavuuskuormitus. Myös geneettisellä alttiudella on vaikutusta sydämen vajaatoiminnan syntyyn. (Sydämen vaajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2017)

Vaurioituneet sydänlihassolut korvautuvat arpikudoksella, joka heikentää sydämen supistustoimintaa. Terveiden sydänlihassolujen venytys ja kuormitus lisääntyy, mikä johtaa lopulta vasemman kammion laajenemiseen. Sepelvaltimotauti, verenpainetauti ja läppäviat aiheuttavat noin 90% sydämen vajaatoiminnoista. (Ahonen ym., 2016, s. 252)

Kun sydämen pumppaustoiminta heikkenee ja verenkierto on elimistön tarpeisiin nähden riittämätöntä, johtaa se kudosten hapenpuutteeseen eli hypoksiaan sekä eri elinjärjestelmien toimintahäiriöihin. Lihasten väsyvyys ja heikkous ilmenee hapenpuutteen seurauksena. Myös muiden sisäelinten toiminta vaikeutuu. Oireet voivat aluksi puuttua kokonaan tai ilmetä vasta voimakkaassa rasituksessa, jolloin sydämen vajaatoiminta voi olla pitkään piilevänä. (Ahonen ym., 2016, s. 251)

Kun oireet ilmaantuvat, on sydänsairaus edennyt niin pitkälle, etteivät suojamekanismit enää riitä sydämen tilanteen korjaamiseen. Elimistö pyrkii normalisoimaan puutteellista verenkiertoa esimerkiksi nopeuttamalla sykettä ja supistamalla ääreisverenkiertoa ja kiihdyttämällä sydänlihassolujen kasvua. Vaurioituneet sydänlihassolut korvautuvat arpikudoksella, joka heikentää sydämen supistustoimintaa. (Ahonen ym., 2016, s. 251-252)

Sydämen vajaatoiminta voidaan jakaa kahteen tyyppiin, systoliseen vajaatoimintaan (HFrEF) sekä diastoliseen vajaatoimintaan (HFpEF). Noin puolet vajaatoimintapotilaista sairastavat diastolista sydämen vajaatoimintaa. Sydämen vajaatoimintaa esiintyy koko väestöstä noin 1-2 prosentilla. Noin 10 prosentilla 70-vuotiasita on sydämen vajaatoiminta, sillä sen esiintyvyys suurenee iän myötä. Tulevaisuudessa vajaatoimintapotilaiden määrä lisääntyy, sillä sen taustalla olevien sairauksien hoito on tehostunut. Tehostunut sairauksien hoito taas pidentää potilaiden elinikää. (Sydämen vaajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2017.)

## 7.1 Sydämen vajaatoiminnan oireet

Jos sydämen kyky pumpata keuhkoista saapuvaa verta eteenpäin heikkenee, hapettunutta veri pakkautuu keuhkoverenkiertoon. Kudosnestettä alkaa tihkua keuhkorakkuloihin ja ajoittain myös keuhkopussiin. Nestettä kertyy myös alaraajoihin ja joskus vatsaonteloon voimakkaan vajaatoiminnan seurauksena. Akuutti sydämen vajaatoiminnan ilmetessä, tilanne vaatii aina sairaalahoitoa. Se voi ilmetä esimerkiksi äkillisenä hengenahdistuksena tai äkillisenä verenkierron romahtamisena. Äärimmäisilleen kehittyessään se voi aiheuttaa keuhkopöhön. Mikäli akuutin sydämen vajaatoiminnan aiheuttaja saadaan hoidetuksi, ei se välttämättä muutu krooniseksi vajaatoiminnaksi. (Ahonen ym., 2016, s. 252)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavien oireet voivat olla hankalia ja arkielämää rajoittavia. Elämänlaatu heikkenee, kun fyysiset sekä psyykkiset voimavarat ehtyvät sekä elinvuodet vähenevät. Potilas tulee myös sairauden edetessä yhä enemmän riippuvaiseksi omaisistaan ja yhteiskunnan avusta. Oireiden luokitukseen voidaan käyttää NYHA-luokitusta, joka kuvaa oireiden vaikeusastetta viiden luokituksen avulla. (Ahonen ym., 2016, s. 253-254)

NYHA I on vaikeusasteeltaan oireeton, jolloin oireet eivät rajoita päivittäistä elämää. NYHA II:ssa oireet rajoittavat lievästi päivittäistä elämää. Oireita voivat olla esimerkiksi hengenahdistus tai väsymys portaita tai mäkeä noustessa. NYHA III:ssa oireet ovat keskivaikeita ja rajoittavat merkittävästi päivittäistä elämää. Hengenahdistusta tai väsymystä on pienessäkin rasituksessa, esimerkiksi kävellessä tasamaalla lyhyen matkaa. NYHA VI:ssa oireet ovat vaikeita ja ilmenevät levossa tai jo hyvin pienessä rasituksessa, kuten WC-käynnillä tai pukeutuessa. (Ahonen ym., 2016, s. 253-254)

Usein oireita ei ilmene levossa, sillä silloin sydän kykenee pumppaamaan elimistölle riittävästi verta. Verentungos laskimoissa sekä riittämätön verenvirtaus aiheuttavat potilaalle oireita. Oireet voivat olla monenlaisia, sillä haittoja ilmenee monissa kehon eri elinjärjestelmissä. Nesteiden kertyminen kudoksiin liittyy sydämen oikean puolen vajaatoimintaan. Oikean puolen vajaatoiminnassa oireena ovat turvotukset, etenkin nilkoissa ja sääriissä, jolloin ihoon jää sormella painettaessa kuoppa. Nestelastin kertyminen voi aiheuttaa potilaalle ruokahaluttomuutta sekä painonnousua. Erietyisesti maksan ja vatsan turvotukset voivat aiheuttaa ruokahaluttomuutta sekä pahoinvoinnin tunnetta. Vasemman puolen vajaatoiminnassa veri pakkautuu keuhkoverenkierron puolelle aiheuttaen hengenahdistusta, kuivaa yskää sekä nopeaa sykettä. (Ahonen ym., 2016, s. 254)

Tavallisimpia vajaatoiminnan oireita ovat siis hengenahdistus, uupumus, painonnousu ja turvotus. Hengenahdistus ilmaantuu yleensä pikku hiljaa ja pahenee vajaatoiminnan edetessä. Ylösnousu voi helpottaa hengenahdistusta ja vaikeaa vajaatoimintaa sairastavat haluavatkin usein myös nukkua istuallaan. Syke voi olla nopeampi pienessä rasituksessa ja potilasta

saattaa pyörryttää ja huimata ylös noustessa. Yöllä saattaa esiintyä kuivaa ärsytyssykää ja virtsaamisen tarvetta. (Ahonen ym., 2016, s. 254)

Psyykkisen vireyden heikentyessä esiintyy alakuloa ja ahdistuneisuutta. Elämänlaatu saattaa tuntua huonontuneelta ja uupumus on hyvin kokonaisvaltaista. Potilaat kokevat itsensä väsyneiksi eivätkä tunne elämän olevan mielekäästä. Iäkkäillä ihmisillä varhaisina oireina on usein muistin heikkenemistä, levottomuutta ja sekavuutta. Myös taustalla olevat perussairaudet kuten sepelvaltimotauti tai eteisvärinä voivat aiheuttaa esimerkiksi rintakipua tai rytmihäiriötuntemuksia. (Ahonen ym., 2016, s. 254-255)

## 7.2 Sydämen vajaatoiminnan tutkimukset

Sydämen vajaatoiminnan perustutkimuksia ovat verenpaineen ja sykkeen mittaaminen, sydämen kuuntelu, turvotusten arviointi, kaulalaskimon täyteläisyyden arviointi, hengityssäniä kuuntelu sekä EKG eli sydänfilmi. EKG sulkee pois rytmihäiriöt sekä iskemian ja siinä voidaan havaita myös LVH eli sydämen vasemman kammion hypertrofia. (Ahonen ym., 2016, s. 256)

Sydämen tilanteen selvittämiseksi tehdään sydämen ultraäänitutkimus. Sillä voidaan selvittää vajaatoiminnan vaikeusaste ja vajaatoimintaan johtaneita mekanismeja. Ultraäänitutkimus olisi hyvä toistaa seurannassa taasisin väliajoin. (Ahonen ym. 2016, 256.) Ultraäänitutkimuksessa voidaan nähdä sydämen rakenne, toiminta sekä vasemman ja oikean eteisen paine eli vallitseva hemodynamiikka. Sillä selvitetään myös, onko kyseessä systolinen vai diastolinen vajaatoiminta. Tutkimuksessa mitataan vasemman kammion ejektiofraktio, voidaan todeta vajaatoimintaa aiheuttavat läppäviat tai havaita sydäninfarktista syntynyt arpi. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2017.)

Sydämen koko ja mahdolliset nestekertymät voidaan selvittää keuhkojen röntgentutkimuksella. Keuhkokuvassa voi myös näkyä muita hengitysoireita aiheuttavia muutoksia kuten keuhkokuume ja ilmarinta. (Ahonen ym. 2016, 256.) Röntgenkuvassa korostunut keuhkojen verekkyyys viittaa vahvasti vajaatoimintaan. Kroonisessa vajaatoiminnassa tai keuhkohtaumapotilailla löydökset eivät ole aina niin selkeitä eikä normaali röntgenkuva sulje pois vajaatoimintaa. Suurimmalla osalla vajaatoimintapotilaista sydämen koko on normaali keuhko röntgenkuvassa. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2017.)

Sepelvaltimoiden kuvaus antaa tietoa sepelvaltimoiden tilasta ja mahdollisten ahtaumien määrästä ja koosta. Varjoainokuvaus tehdään vain valituille potilaille. Kliininen rasituskoe eli rasitus-EKG tehdään potilaille, joilla vajaatoiminnan aiheuttajaksi epäillään sepelvaltimotautia. Se auttaa myös myöhemmin määrittämään turvallisen liikunnan rasitustason vajaatoimintaa sairastavalle potilaalle. Isotooppitutkimukseen kuuluvat lepokuvaus, rasituskoe ja rasituskokeen jälkeinen kuvaus. Sen avulla voidaan selvittää,

onko sydämen verenkiertohäiriö pysyvä vai ohimenevä. (Ahonen ym., 2016, s. 256)

### 7.3 Sydämen vajaatoiminnan hoito

Sydämen vajaatoiminnan hoidolla on kolme päätavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena on ehkäistä ja hoitaa vajaatoimintaa aiheuttavia sydänsairauksia. Toisena tavoitteena on estää vajaatoiminnan etenemistä ja vaikeutumista. Kolmantena tavoitteena on parantaa sairastuneen elämänlaatua ja sairauden ennustetta sekä tukea omahoidossa. (Ahonen ym., 2016, s. 256)

Sydämen vajaatoimintapotilaan hoito on hyvin kokonaisvaltaista. Hoidon perustana ovat optimaalinen lääkehoito sekä elintapoihin kohdistuva yksilöllinen ohjaus. Kajoavia hoitoja tehdään tarpeen mukaan, jos tilanne uhkaa potilaan henkeä tai lääkehoito ja elämäntapamuutokset eivät tehoa. Tärkeää on hoitaa taustalla olevaa sydämen vajaatoimintaa aiheuttavaa sairautta. (Ahonen ym., 2016, s. 256)

Perussairauteen liittyvät kajoavat toimenpiteet tai rytminsiirrot tulisi tehdä mahdollisemman aikaisessa vaiheessa. Sydämen vajaatoimintapotilaille tehtäviä kajoavia hoitoja ovat tahdistinhoito, mekaaninen apupumppu ja sydämensiirto. (Ahonen ym. 2016, 260.) Sydämen vajaatoimintapotilaan kokonaishoidossa keskitytään potilaan ohjaukseen ja omaseurantaan, kun tarvittavat kajoavat toimenpiteet on tehty ja lääkitys saatu optimaaliseksi. (Ahonen ym., 2016, s. 256-257)

Omahoidon pohjana toimii sydämelle terveellinen ruokavalio, suolan välttäminen, nesteiden käytön rajoittaminen, pienemmät ruoka-annokset sekä monipuolinen ja säännöllinen liikunta. Tupakoimattomuus ja alkoholin käytön välttäminen kuuluvat sydämen vajaatoimintaa sairastavan suositeltaviin elintapamuutoksiin. Myös lääkehoidon noudattamiseen sitoutuminen ja omaseuranta ovat myös osa omahoitoa. (Ahonen ym., 2016, s. 258)

Sydämen vajaatoiminnan lääkehoidolla pyritään helpottamaan sairauden aiheuttamia oireita ja parantamaan ennustetta. Lääkehoito on useimmiten erittäin haastavaa, sillä potilaat ovat yleensä monisairaita vanhuksia, jolloin lääkehoito on monilääkehoitoa. Monilääkehoito on kallista, mutta sen on todettu vähentävän sairaalahoidon tarvetta, jolloin kokonaishoidon kustannukset pienenevät. Sairalahoidon tarpeen syy on yleensä lääkityksen laiminlyönti. (Ahonen ym., 2016, s. 259)

Ensisijaisena lääkkeenä sairauden ennusteen parantamiseksi käytetään ACE:n eli angiotensiinikonvertaasin estäjiä. Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää myös angiotensiinireseptorin salpaajia. Beettasalpaajat ovat toinen tärkeä lääkeryhmä sekä myös diureetteja käytetään sydämen vajaatoiminnan hoidossa. (Ahonen ym., 2016, s. 259)



Ohjauksella sairaanhoitaja pyrkii lisäämään potilaan tietoa sairaudesta, sen hoidosta sekä tukee potilaan hoitomyönteisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Sairaalassa potilasta ohjataan itse seuraamaan verenpainetta, pulssia, painoa ja nautittujen nesteiden määrää. Osastolla potilaalle annetaan tietoa myös sairaudesta ja sen vaikutuksista elämään sekä oireiden seurannasta. Lisäksi ohjausta annetaan lääkehoidosta, terveellisistä elämäntavoista sekä tuetaan potilasta elintapamuutoksessa. (Ahonen ym., 2016, s. 257)

Avohoidon puolella potilasohjaus jatkuu säännöllisillä seurantakäynneillä omahoitajan ja omalääkärin luona. Seurantakäynneillä käydään läpi potilaan omaseurannan tuloksia ja sairauden tilannetta. Seuranta, ohjausta ja kuntoutumista voidaan toteuttaa monin eri tavoin. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi puhelinseuranta, etäseuranta tai ryhmäohjausta. OTA-mittaria, omaseurantavihkoa ja vajaatoimintapotilaan ohjauslomaketta voidaan käyttää ohjauksen tukena ja niiden avulla voidaan välittää myös tietoa seuraavaan jatkohoitopaikkaan sekä tuetaan hoidon jatkuvuutta. (Ahonen ym., 2016, s. 257)

## 8 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Sydänpotilaiden ohjauskokemuksista on tehty jonkin verran aiempia tutkimuksia. Valkeakosken Sydänsairaalan ohjauspoliklinikan potilaskokemuksista ei ole tehty aiempaa tutkimusta.

Juutilainen, Kaukojärvi ja Vihersaari (2010) tutkivat opinnäytetyössään sydänpotilaiden hoitopolkua ja heidän saamaa ohjausta. Tutkimuksella selvitettiin potilaiden kokemuksia siitä, missä vaiheessa potilas kykenee ottamaan ohjausta vastaan ja miten ohjaus tulisi toteuttaa sairastumisprosessin aikana, jotta saavutettaisiin mahdollisimman suuri hyöty. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää.

Tutkimuksen tulosten mukaan sydänpotilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon osalta potilaat kokivat, etteivät saaneet juuri lainkaan ohjausta. Potilaiden kokemukset siitä, koska he ovat valmiita ottamaan ohjausta vastaan vaihteli, osa oli valmis vastaanottamaan ohjausta heti sairastuttuaan ja osa koki olevansa vasta valmiita kuukausi sairastumisesta. Tutkimuksen mukaan potilaat kokivat saaneensa eniten ohjeistusta suullisesti lääkäriltä. Potilaiden kokemukset ohjeistuksen saamisesta voivat myös erota toisistaan suuresti. Toiset potilaat saattavat kokea, etteivät hoitajien päivittäiset neuvot sydänsairauden suhteen ole ohjeistusta, vaan vain lääkäreiden antamat neuvot ja ohjeet ovat ohjausta. Tutkimuksen mukaan potilasohjausta tulisi antaa koko sairastumisprosessin aikana jatkuvasti. Potilaiden kokemusten

mukaan tieto tulisi antaa kirjallisesti omahoito ohjeista ja lääkkeitä epikriisin muodossa. (Juutilainen, Kaukojärvi & Vihersaari, 2010, 27)

## 9 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilaiden kokemuksia Sydänsairaalan Valkeakosken toimipisteen ohjauspoliklinikan toiminnasta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa ohjauspoliklinikan toimivuudesta potilaiden näkökulmasta. Tutkimuskysymyksemme ovat seuraavat:

1. *Onko ohjauspoliklinikkakäynti potilaan kokemuksen mukaan hyödyllinen?*
2. *Miten ohjauspoliklinikan vastaanotto voisi kehittää toimintaansa potilaiden näkökulmasta?*

Tutkimuksen ongelmaksi muodostuu kohderyhmän suppeus. Kohderyhmä on suppea, sillä Sydänsairaalan ohjauspoliklinikka toimintaa järjestetään ainoastaan keskiviikkoisin, jonka vuoksi vastaanottokäyntejä on vähän kuukauden aikana. Toiseksi tutkimusongelmaksi muodostuu aikaisemman tutkimustiedon puute. Lisäksi tästä tutkimuksesta saatava tieto on sovellettavissa ainoastaan Valkeakosken Sydänsairaalan ohjauspoliklinikan toimintaan.

## 10 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö on tutkimuksellinen opinnäytetyö, jossa käytetään kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Lisäksi hyödynnetään myös kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusmenetelmän piirteitä. Potilaskokemusten keräämiseen käytetään opinnäytetyöntekijöiden sekä työelämäohjaajien yhdessä laatimaa kyselylomaketta. Liite 2. Potilaskokemuksia on tarkoitus kerätä yhden kuukauden ajan ohjauspoliklinikan potilailta. Kyselylomakkeiden jakelun suorittavat ohjauspoliklinikan sairaanhoitaja ja fysioterapeutti, jolloin opinnäytetyöntekijät eivät ole suorassa yhteydessä potilaiden kanssa.

### 10.1 Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Opinnäytetyö toteutetaan laadullisen tutkimuksen menetelmällä suppean kohderyhmän vuoksi. Kyselylomake sisältää sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä opinnäytetyön tutkimuskysymysten selvittämiseksi. Avoimet kysymykset kuuluvat laadullisen tutkimuksen menetelmiin, mutta aineistonkeruun apuna voidaan käyttää myös määrälliseen tutkimukseen kuuluvia suljettuja kysymyksiä.

Laadullisen tutkimuksen tarkoitus on tuottaa tietoa aiheesta, josta ei ole aikaisempaa tutkittua tietoa. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta, 2003, 1) Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole löytää totuutta tutkitavasta asiasta, vaan tehdä tulkintoja, joiden avulla voidaan luoda esimerkiksi ohjeita tai toimintaperiaatteita tutkittavasta asiasta. (Vilkkä, 2015, 120)

Laadullisen terveystutkimuksen avulla on mahdollista selvittää esimerkiksi ihmisten käsityksiä omasta terveydestä ja sen hoitamisesta. Tutkimus on usein induktiivista eli päättely etenee yksittäistapauksista yleisiin väitteisiin. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruussa voidaan käyttää eri menetelmiä yhdistelemällä, jolloin syntyy triangulaatio. (Kylmä ym, 2003, 2-3)

Lisäksi opinnäytetyössä käytettiin määrällisen tutkimuksen piirteitä. Määrällisellä tutkimuksella saadaan tutkimustietoa numeroina ja niiden avulla kuvataan asioiden yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. (Vilkkä, 2007, 13) Kyselylomake on yleisin määrällisen tutkimusmenetelmän aineistonkeruu tapa. Kyselystä käytetään nimitystä survey-tutkimus. Survey-tutkimuksella tarkoitetaan standartoitua eli vakioitua kyselyä, jolloin kaikilta kyselyyn osallistujalta kysytään samat asiat täsmälleen samalla tavalla. (Vilkkä, 2015, 94)

## 10.2 Aineistonkeruu menetelmä ja aineiston keruu

Tutkimusaineisto keruun voi toteuttaa monella tapaa, mutta usein aineistonkeruussa käytetään haastattelua. Lomakehaastattelu eli strukturoitu haastattelu sopii aineiston keräämiseen tavaksi, kun tutkittava ongelma on kapea ja hyvin rajattu. (Vilkkä, 2015, 122-123) Kyselylomake sisältää yhteensä yhdeksän kysymystä sekä taustatietojen kartoittamisen. Taustatietoina kartoitetaan potilaan ikä, sukupuoli sekä kyseisen potilaan saama diagnoosi.

Kysymyksistä seitsemän on suljettuja kysymyksiä, joissa käytettiin kolmeportaista Likertin-asteikkoa. Likertin-asteikko käytetään usein mielipideväittämissä. Se on järjestysasteikko, jossa toisessa suunnassa samamielisyys kasvaa ja toisessa suunnassa vähenee. Asteikon voi laatia esimerkiksi 4-, 5-, 7- tai 9-portaisiseksi. (Vilkkä, 2007, 46) Suljetut kysymykset ovat monivalintakysymyksiä, joissa vastaajalle annetaan valmiit vastausvaihtoehdot. Kysymysmuoto on vakioitu eli standartoitu, jolla tavoitellaan kysymysten vertailukelpoisuutta. (Vilkkä, 2015, 106)

Avoimia kysymyksiä oli kaksi. Avoimilla kysymyksillä pyritään selvittämään potilaiden toiveita ohjauspoliklinikan toimintaa koskien. Avoimilla kysymyksillä pyritään saamaan mahdollisimman spontaaneja mielipiteitä vastaajilta, kun vastaamista ei ole juurikaan rajattu. (Vilkkä, 2015, 106)

Kysymyksiä muotoilun kannalta on tärkeää, että tutkijaa tuntee kohde-ryhmän. Sanamuotojen tulee olla yksiselitteisiä ja vastaajan ymmärrettävissä. Kun kysymykset on asteltu johdonmukaiseen järjestykseen, on vastaajan helpompi vastata niihin. Samaa aihetta käsittelevät kysymykset olisi hyvä ryhmitellä ja kysymyksissä tulisi edetä joko yleisistä asioista yksittäisiin tai päinvastoin. Jokaisen kysymyksen kohdalla tulisi pohtia, onko se tutkimuskysymyksen kannalta oleellinen kysymys. Yhdessä kysymyksessä tulisi kysyä vain yhtä asiaa, jotta vastaaja tietää mihin on vastaamassa. (Vilkka, 2015, 107)

Aluksi laadimme kyselylomakkeelle pohjan, jonka lähetimme työelämäohjaajille. Työelämäohjaajat kävivät kyselylomakkeen lävitse ja valitsivat heidän työnsä kannalta hyödyllisimmät kysymykset sekä muokkasivat kysymyksiä haluamaansa muotoon. Työelämäohjaajat palauttivat kyselylomakkeen kommenttien kera, jonka jälkeen kyselylomake muokattiin lopulliseen muotoon.

Kyselylomakkeen alkuun laadittiin lisäksi saatekirje. Saatekirje on tärkeä osa kyselylomaketta, sillä sen pohjalta tutkittavat päättää osallistuuko tutkimukseen vai eivät. Saatekirjeen ensisijaisena tarkoituksena on motivoida tutkittavia osallistumaan tutkimukseen sekä vakuuttaa heidät tutkimuksen tärkeydestä. (Vilkka, 2015, 189) Saatekirjeessä tulee vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä tutkimuksessa tutkitaan ja kuka tutkimuksen järjestää?
  2. Kuka rahoittaa tutkimuksen?
  3. Minkä vuoksi tutkimus tehdään?
  4. Kuka tutkimuksen tuloksia käyttää ja mihin tuloksia käytetään?
  5. Milloin on tutkimuksen arvioitu valmistumisaika ja missä siihen voi tutustua?
  6. Missä tutkimusaineisto säilytetään vai hävitetäänkö aineisto, kun se on käsitelty?
  7. Miksi kyselyyn vastaaminen on tärkeää?
  8. Palautusohje ja tutkimuksesta vastaavan organisaation yhteystiedot.
  9. Lisätietoja antavan henkilön yhteystiedot.
  10. Vastaaja vakuutetaan henkilösuojaan turvaamisesta.
- (Vilkka, 2015, 190-191)

### 10.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi kuuluu laadulliseen tutkimusmenetelmään. Sen avulla pyritään etsimään tutkimusaineistosta merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Tietoa ei voi tällöin esittää numeerisesti, vaan tehdään sanallisia tulkintoja. Sisällönanalyysin voi toteuttaa joko aineistolähtöisesti tai teorialähtöisesti. (Vilkka, 2015, 163)

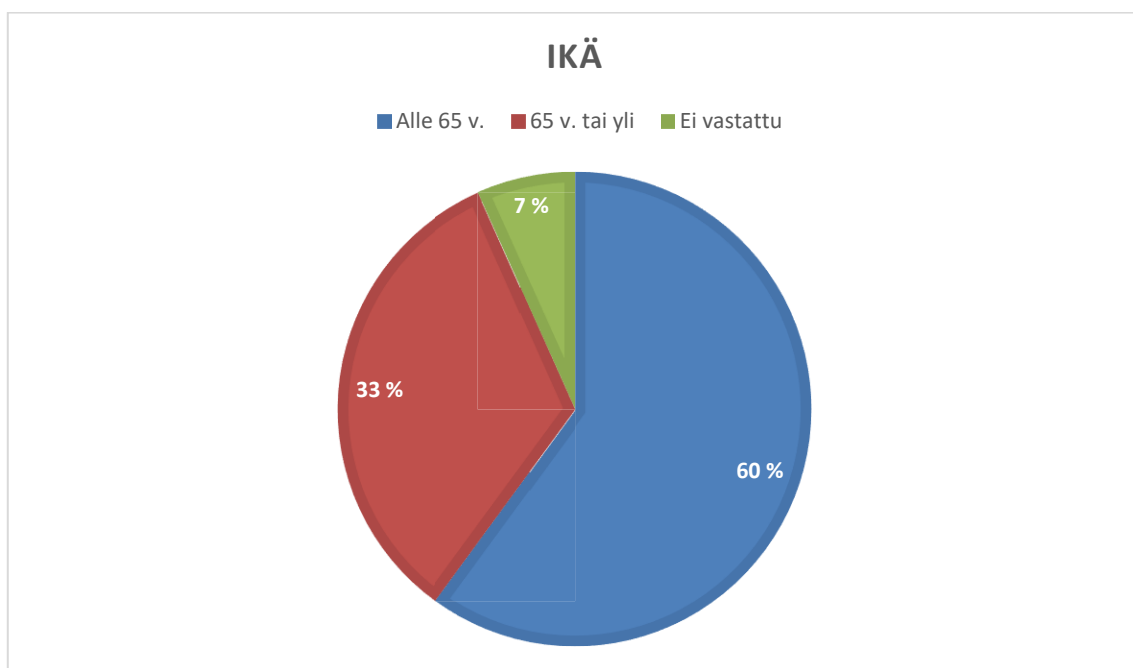
Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkija pyrkii löytämään tutkimusaineistosta esimerkiksi jonkinlaisen tyyppillisen kertomuksen.

Sisällönanalyysi aloitetaan tyypillisen kertomuksen määrittelyllä aineiston keräämisen jälkeen, mutta ennen analyysiä. Sen jälkeen tutkimusaineisto pelkistetään, jolloin karsitaan tutkimusaineistosta epäoleellinen tieto. Karsiminen tehdään tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten pohjalta. (Vilka, 2015, 163-164)

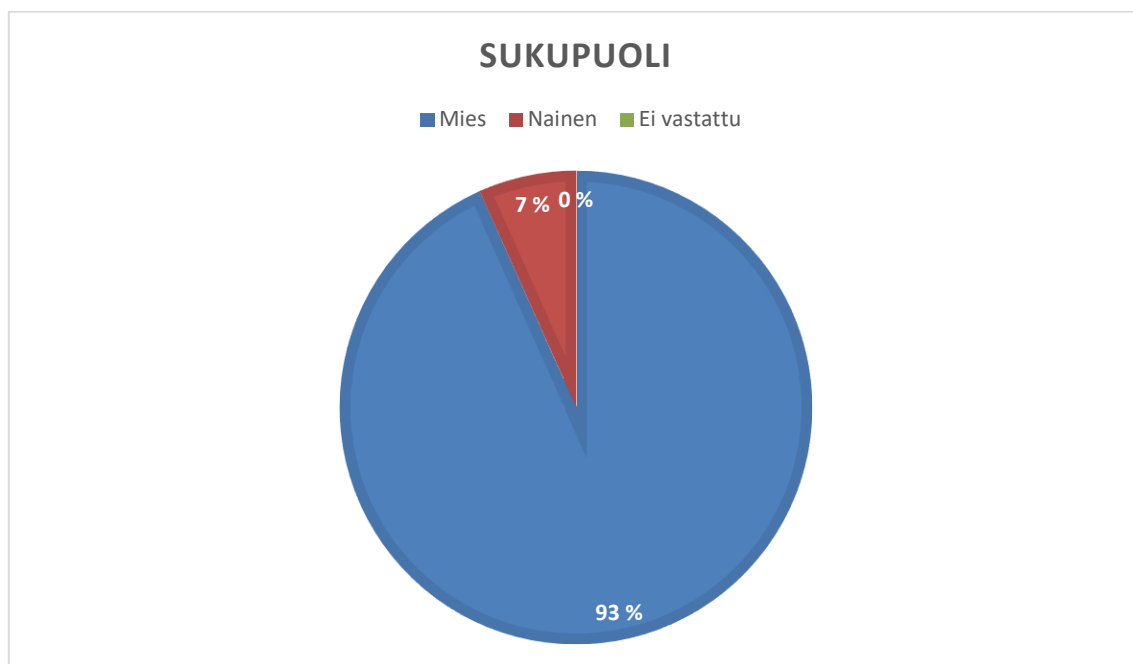
Tiivistämisen jälkeen tutkimusaineisto ryhmitellään johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi sen mukaan, mitä tutkimusaineistosta ollaan etsimässä. Jokaiselle ryhmälle annetaan yläkäsite, joka kuvaa ryhmän sisältöä. Tuloksena syntyy käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli, joiden avulla pyritään ymmärtämään merkityskokonaisuutta. (Vilka, 2015, 164)

## 11 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön tuloksia. Tuloksista selviää potilaiden syyt miksi he ovat saaneet kutsun ohjauspoliklinikalle sekä heidän kokemuksiaan ohjauspoliikkäykäntiin liittyen. Tuloksissa käsitellään myös, olivatko potilaat tietoisia ohjauspoliikkäntä tarkoituksesta heidän sairauteensa liittyen.



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma



Kuvio 2. Kyselyyn vastanneiden sukupuoli

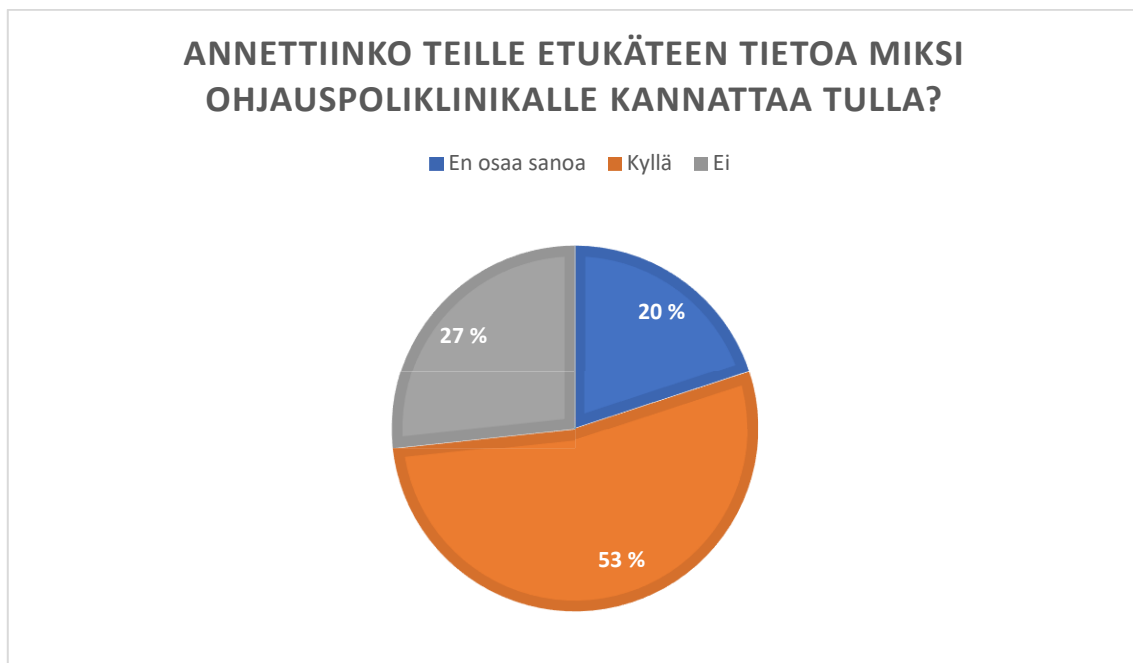
Kyselyssä selvitettiin kyselyyn vastanneiden potilaiden ikä ja sukupuoli. Kuvio 1 osoittaa kyselyyn vastanneiden potilaiden ikäjakauman. Kyselyyn vastanneista potilaista 60% oli alle 65-vuotiaita ja 33% oli 65-vuotiaita tai yli. Yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen. Kuvio 2 osoittaa kyselyyn vastanneiden sukupuolen. Vastaajista 93% oli miehiä ja 7% eli yksi vastaajista oli nainen.



Kuvio 3. Ohjauspoliklinikalle kutsumisen syy

Kyselyssä kartoitettiin syitä, miksi potilaat kutsuttiin ohjauspoliklinikalle. Kyselyyn vastanneista 61% eli 11 saivat kutsun pallolaajennuksen vuoksi, 11% eli kaksi läppäleikkauksen vuoksi, 5% eli yksi ohitusleikkauksen vuoksi,

6% eli yksi sydämen vajaatoiminnan vuoksi ja 17% eli kolme itsehoidon lisäohjauksen vuoksi.



Kuvio 4. Ennakkotieto ohjauspoliklinikan hyödystä

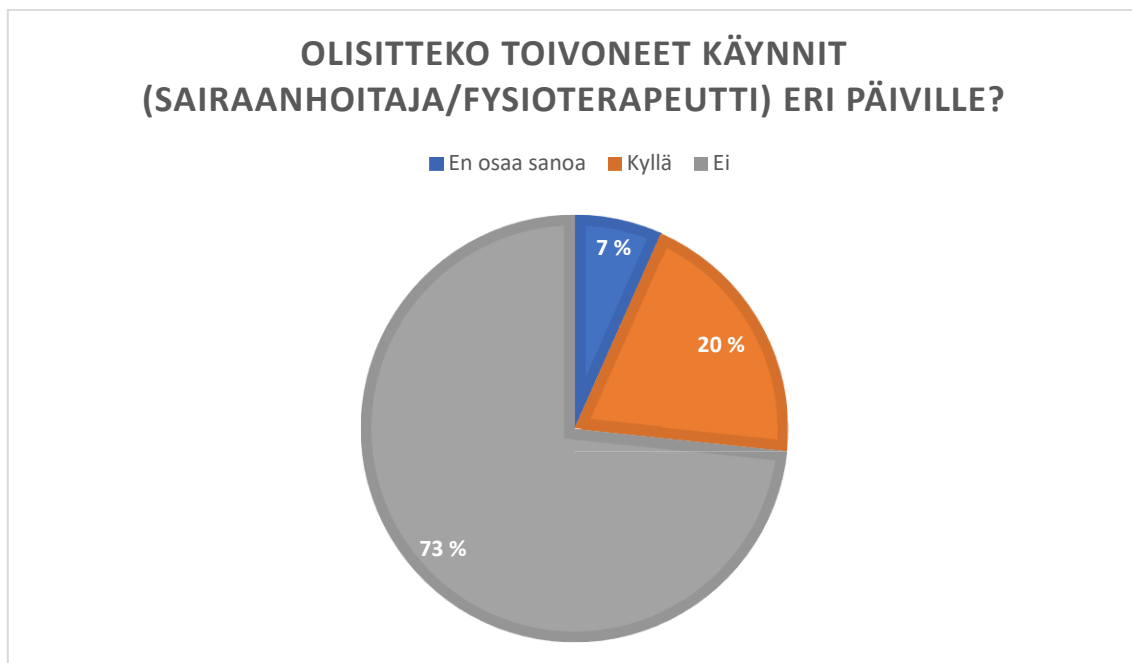
Kyselyssä selvitettiin potilaille annettu ennakkotieto, miksi ohjauspoliklinikalle kannattaa tulla. Kyselyyn vastanneista 20% eli kolme eivät osanneet sanoa olivatko saaneet ennakkotietoa, 53% eli kahdeksan vastanneista olivat saaneet tietoa etukäteen ja 27% eli neljä eivät olleet saaneet tietoa etukäteen.



Kuvio 5. Ennakkotieto ohjauspoliklinikan tarkoituksesta.

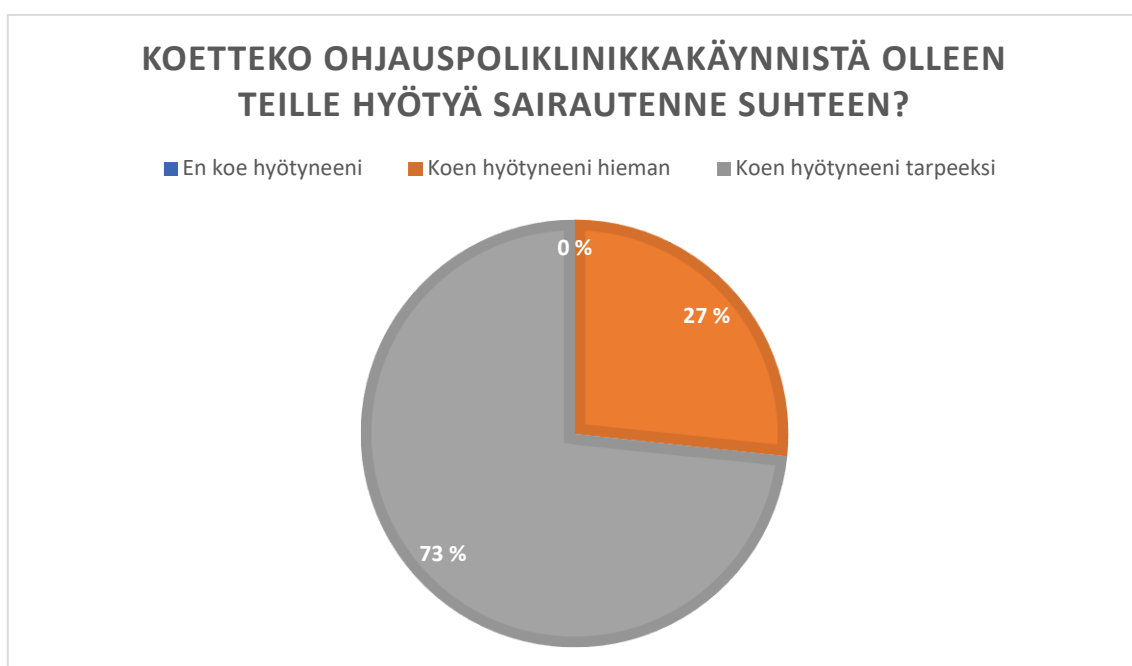
Kyselyssä selvitettiin potilaille kerrottu ennakkotieto ohjauspoliklinikan tarkoituksesta. Kyselyyn vastanneista 20% eli kolme ei osannut sanoa

olivatko saaneet ennakkotietoa, 53% eli kahdeksan olivat saaneet ennakkotietoa ja 27% eli neljä eivät olleet saaneet ennakkotietoa.



Kuvio 7. Sairaanhoidajan ja fysioterapeutin vastaanottokäyntien ajankohta

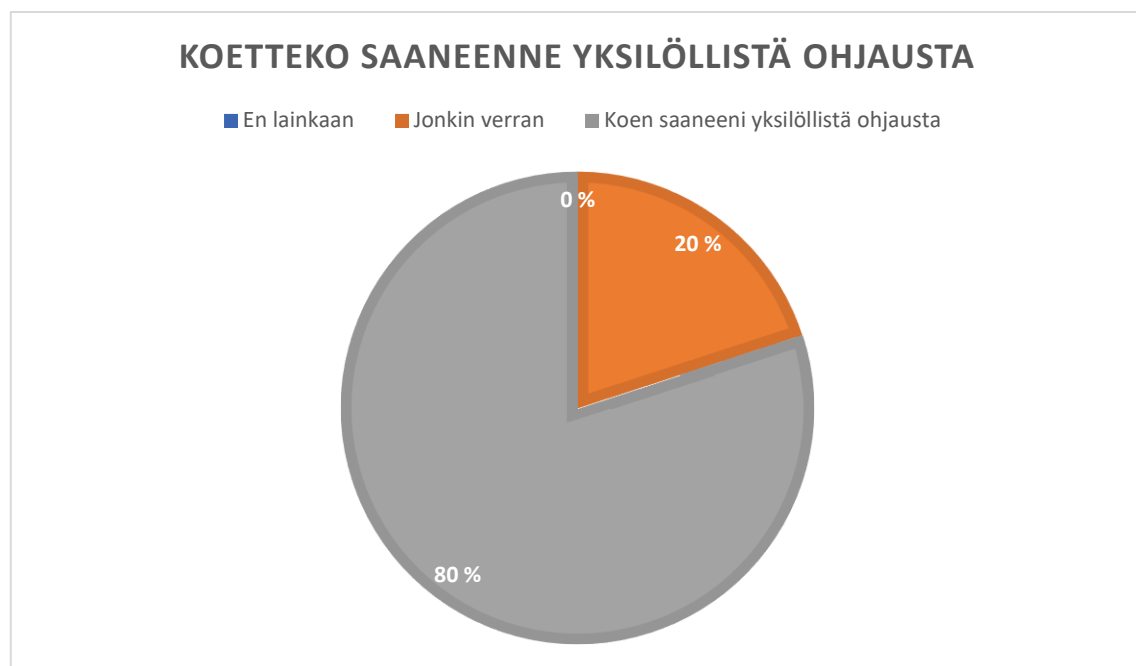
Vastaajilta selvitettiin, olisivatko he toivoneet sairaanhoidajan ja fysioterapeutin vastaanottokäynnit eri päiville. Kyselyyn vastanneista potilaista 3% eli yksi ei osannut sanoa olisiko toivonut sairaanhoidajan ja fysioterapeutin vastaanottokäynnit eri päiville, 24% eli kolme olisivat toivoneet käynnit eri päiville ja 73% eli 11 olivat tyytyväisiä sairaanhoidajan ja fysioterapeutin vastaanottokäyntien olevan saman päivän aikana.



Kuvio 9. Kokemus ohjauspoliklinikan hyödyistä sairauden suhteen



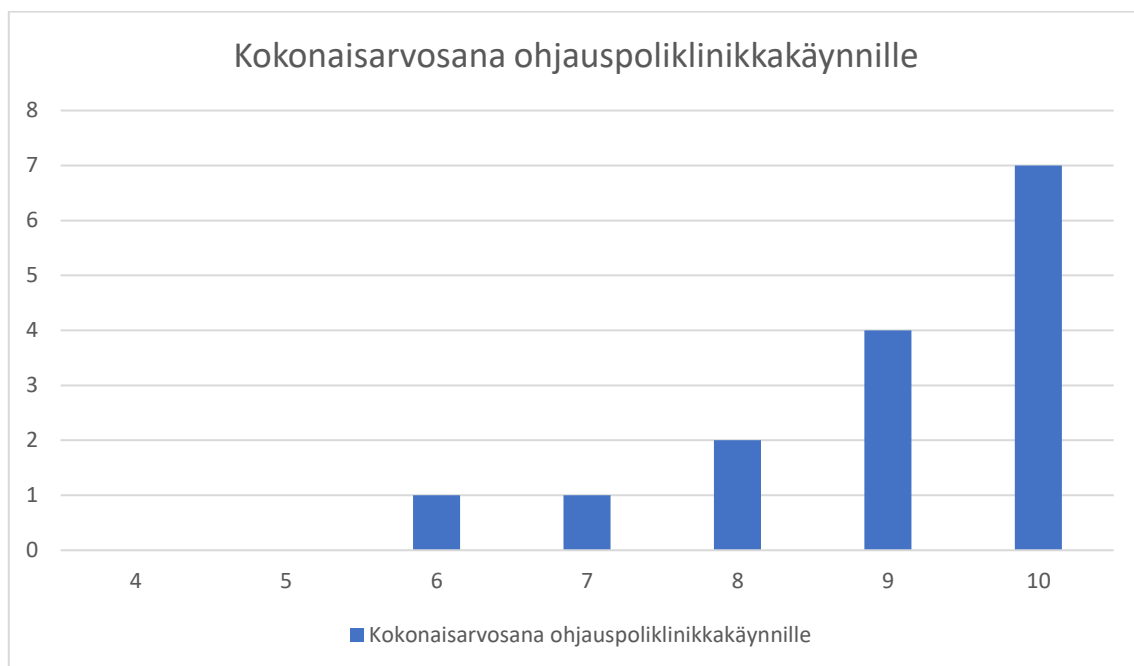
Kyselyssä selvitettiin, olivatko potilaat kokeneet hyötynensä ohjauspoli-  
klinikakäynnistä. 27% eli neljä olivat kokeneet hyötynensä hieman ja  
73% eli 11 olivat kokeneet hyötynensä tarpeeksi ohjauspoli-  
klinikakäynnistä.



Kuvio 10. Kokemus yksilöllisestä ohjauksesta

Kyselyssä selvitettiin, kokivatko potilaat saaneensa yksilöllistä ohjausta. 20% eli kolme vastaajista koki saaneensa jonkin verran yksilöllistä ohjausta ja 80% eli 11 kokivat saaneensa yksilöllistä ohjausta.

Lisäksi vastaajilta selvitettiin, oliko heidän mielestään ohjauspoli-  
klinikakäynti kestoltaan sopivan mittainen sekä oliko käynnin ajankohta sopiva  
sairastumiseen nähden. 100% eli kaikki 15 vastaajaa olivat sitä mieltä, että  
ohjauspoli-  
klinikakäynti oli sopivan mittainen sekä olivat tyytyväisiä oh-  
jauspoli-  
klinikakäynnin ajankohtaan.



Kuvio 10. Kokonaisarvosana ohjauspoliklinikkakäynnille

Kyselyssä pyydettiin myös potilaita antamaan kouluasteikolla kokonaisarvosana ohjauspoliklinikkakäynnille. Kyselyyn vastanneista potilaista kukaan ei antanut arvosanaa 4 tai 5, yksi potilas antoi arvosanan 6, yksi potilas antoi arvosanan 7, kaksi potilasta antoivat arvosanan 8, neljä potilasta antoivat arvosanan 9 ja seitsemän potilasta antoivat arvosanan 10. Ohjauspoliklinikkakäynnin kokonaisarvosanan keskiarvoksi tuli siis 9.

Kyselyssä oli myös kaksi avointa kysymystä. Ensimmäisen kysymyksen tarkoituksena oli kartoittaa potilaiden kokemusta siitä, jäikö heidän mielestään ohjauspoliklinikalla läpikäymättä asioita heidän sairautensa ja hoidon kannalta. Toisen kysymyksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden mahdollisia toiveita ohjauspoliklinikkakäynnin muutoksiin. Kohderyhmän suppeuden vuoksi avointen kysymysten vastauksia ei voida opinnäytetyössä tarkemmin avata.

Vastausten perusteella potilaat kokivat olevansa tyytyväisiä ohjauspoliklinikkakäynteihin. Suurin huomio kiinnittyi potilaiden ennakkotietoon ohjauspoliklinikan tarkoituksesta ja hyödystä. Osa potilaista tiesi etukäteen ohjauspoliklinikan tarkoituksesta ja hyödystä oman sairautensa hoidon suhteen ja osa ei. Kyselyn tulosten perusteella tehtyjen johtopäätösten mukaan, potilaille tulisi kertoa ohjauspoliklinikan tarkoituksesta selkeämmin.

## 12 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa käsittelemme opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä käymme läpi opinnäytetyöprosessia. Eettisyyden ja luotettavuuden

takaaminen muodostui hyvin tärkeäksi osaksi kyselyä toteuttaessa. Pohdimme myös kyselyn mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

### 12.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa on tärkeää noudattaa tieteellisen tutkimuksen menetelmiä. Ammattietiikan näkökulmasta tutkimusetiikkaa ohjaavat normit voidaan jakaa pääryhmiin, jolloin tutkimusta ohjaavat normit, jotka ilmentävät totuuden etsimistä ja tiedon luotettavuutta. Normit, jotka ilmentävät tutkittavien ihmisarvoa sekä normeihin, jotka ilmentävät tutkijoiden keskinäisiä suhteita. Tutkimukseen osallistujan vapaaehtoisuus on velvollisuuseettinen normi ja näin kunnioitetaan ihmisen itsemääräämisoikeutta. Osallistujalla on myös eettinen oikeus perua oma osallisuutensa tutkimukseen. Tuolloin myös tutkittavaa koskevat tiedot tulee hävittää. (Kuula, A., 2011)

Kyselyn eettisyys toteutuu siinä, että potilaat saivat vastata anonyymisti ja täysin vapaaehtoisesti kyselyihin. Potilaille jaettiin kyselylomakkeet ja suljettavat kirjekuoret, jotta he eivät olisi tunnistettavissa. Ohjauspoliklinikan sairaanhoitaja ja fysioterapeutti eivät ole missään vaiheessa nähneet potilaiden vastauksia. Täytetyt kyselylomakkeet tullaan hävittämään tietoturvallisesti.

Kyselyyn vastanneiden potilaiden vähäisestä määrästä johtuen, emme voineet käyttää suoria lainauksia avoimista kysymyksistä saaduista vastauksista. Ohjauspoliklinikan potilaskanta on suhteellisen pieni, jonka vuoksi sairaanhoitaja ja fysioterapeutti eivät käsitelleet täytettyjä kyselylomakkeita, jotta potilaiden tietosuoja pystytään turvaamaan.

Opinnäytetyön kyselyn tulosten luotettavuuteen vaikuttavin tekijä on vastaajien vähäinen määrä. Yhteensä vastaajia oli 15, joten vastaukset eivät anna laajaa kuvaa ohjauspoliklinikan toiminnasta. Luotettavuuteen voi myös vaikuttaa tilanne, jossa potilaat ovat vastanneet kyselyyn. Potilaat ovat vastanneet kyselyyn ohjauspoliklinikkakäynnin yhteydessä, joten tilanne on omalla tavallaan ollut valvottua. Kyselyä ei ole aikaisemmin toteutettu, joten sille ei ole vertailukohtaa. Lisäksi tuloksia voidaan soveltaa vain kyseisellä ohjauspoliklinikalla, koska kysely on räätälöity juuri heidän tarpeidensa mukaisesti.

### 12.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön aihetta valitessa kävimme läpi ensiksi Hämeen ammattikorkeakoulun tarjonnan opinnäytetyöpankista. Opinnäytetyön aiheista ei löytynyt mitään meitä kiinnostavaa aihetta, joten aloimme tutkimaan muita vaihtoehtoja. Otimme selvää Tays:in opinnäytetyön aiheista ja olimme yhteydessä heidän koulutuskoordinaattoriin, jolta saimme listan opinnäytetyön aiheista. Löysimme listalta meitä molempia kiinnostavan

aiheen ja olimme yhteydessä sydänkeskukseen, josta opetushoitaja otti meihin yhteyttä ja tästä alkoi yhteistyömme Tays:in ja Sydänsairaalan kanssa.

Pidimme keväällä 2018 työelämäpalaverin, jossa käytiin aihetta tarkemmin läpi. Työelämäpalaverissa sovimme tarkemmin ohjauspoliklinikan sairaanhoitajan ja fysioterapeutin ja opetushoitajan kanssa, että minkälaisia asioita he toivovat meidän käyvän läpi opinnäytetyössä. Heiltä tuli toive, että selvittäisimme ohjauspoliklinikan potilaiden kokemuksia ohjauspoli-klinikkakäynteihin liittyen. Oman oppimisemme ja mielenkiintomme kannalta kirjoitimme opinnäytetyön teoriaosuuteen ohjauspoliklinikalla hoidettavista sydänsairauksista.

Teoriapohjan tiedonhaussa käytimme Finna, Google Scholaria sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Huomasimme nopeasti, ettei Sydänsairaalan ohjauspoliklinikan toiminnasta ole tutkittua teoriatietoa olemassa, joten teimme haastattelun ohjauspoliklinikan sairaanhoitajalle ja fysioterapeutille. Haastattelun pohjalta kirjoitimme teoriapohjan ohjauspoliklinikan toiminnasta.

Teimme kyselylomakkeen yhteistyössä ohjauspoliklinikan sairaanhoitajan ja fysioterapeutin kanssa. Kokosimme aluksi 13 kysymystä, jotka lähettimme työelämän ohjaajillemme ja he muokkasivat kysymyksiä heidän tarpeidensa mukaisiksi. Kyselylomake hyväksytettiin vielä Sydänsairaalan henkilöstöpäälliköllä ja palvelupäälliköllä. Seuraavaksi lähetimme lupahakemuksen Tays:in opetusylihoitajalle. Lupahakemus sisälsi valmiin teoriaosuuden, kyselylomakkeen ja saatekirjeen.

Lupahakemus hyväksyttiin helmikuussa 2019, jonka jälkeen ohjauspoliklinikan sairaanhoitaja ja fysioterapeutti aloittivat kyselylomakkeiden jakamisen potilaille. Sydänsairaalan palvelupäällikkö muokkasi kyselylomakkeen viimeiseen viralliseen muotoon. Kyselylomakkeissa tuli olla sydänsairaalan logo ja kirjekuoret tulivat myös sydänsairaalta. Kyselylomakkeita kerättiin yhteensä 15 ja me saimme lomakkeet analysoitavaksi huhtikuussa 2019. Analysointi tapahtui syksyllä 2019.

Opinnäytetyöprosessi on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen. Prosessin aikana perehdyimme laajasti erilaisiin sydänsairauksiin ja potilaan ohjaustyöhön. Pääosin olemme tyytyväisiä kyselyn lopputulokseen. Oman oppimisemme kannalta olisimme halunneet toteuttaa laajemman kyselyn, jotta vastaukset olisivat olleet monipuolisempia. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista byrokratian ja eettisyyden vuoksi. Uskomme kyselystä olevan hyötyä työntilajalle, sillä tutkimuksen avulla selvisi potilaiden olleen tyytyväisiä ohjauspoli-klinikkakäynteihin. Kehityskohteita tutkimuksen avulla emme kuitenkaan saaneet selville.

### 12.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkossa tutkimuksessa käytettyä kyselyä voitaisiin toteuttaa myös muilla Sydänsairaalan ohjauspoliklinikoilla, jotta saataisiin laajemmin ja luotettavammin tietoa ohjauspoliklinikan toiminnasta ja potilaiden kokemuksista. Kyselyä tulisi muokata avoimemmaksi ja selkeämmäksi, jotta vastaukset olisivat monipuolisempia. Tämän hetkinen kysely on tarkoitettu nimenomaan Valkeakosken Sydänsairaalan toimipisteen ohjauspoliklinikan käyttöön. Hoitopolku on myös rakennettu sinne räätälöidysti, jonka pohjalta kyselyä on lähdetty rakentamaan.

Halutessaan ohjauspoliklinikka voi jatkaa kyselyä omatoimisesti, mikäli he haluavat laajemmin tietoa oman toimintansa toimivuudesta. Tällöin kyselyä voi muokata. Kyselylomakkeen voi antaa potilaalle kotiin täytettäväksi ja potilas voi lähettää sen Sydänsairaalaan jälkikäteen. Potilaille olisi hyvä antaa palautuskuori mukaan, jolloin vastausten palauttaminen olisi varmempaa. Näin potilaiden anonyymiyys myös säilyisi.

## LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T. (2016). *Kliininen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Becker, E., Hahtela, N. & Ranta, I. (2015). *Kollegiaalisuus hoitotyössä*. Helsinki: Fioca Oy
- Eloranta, T. & Virkki, S. (2011). *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, E., Johansson, K., Poskiparta, T., Renfors, T., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: Wsoy.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen K. (2006). *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Porvoo: WSOY.
- Jauhiainen, A. (2010). *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Kuopio: Kopijyvä.
- Juutilainen, H., Kaukojärvi, J & Vihersaari, M. (2010). *Sydänpotilaan kokemus saamastaan ohjauksesta Vihdin ja Karkkilan alueella*. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Laurea-ammattikorkeakoulu. Haettu 3.12.2018 osoitteesta <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23032/oppari uusi.pdf?sequence=1>
- Katisko, M., Kolkka, M. & Vuokila-Oikkonen, P. (2014). *Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa*. Haettu 1.10.2018 osoitteesta [https://www.oph.fi/download/155899\\_moniammatillinen\\_ja\\_monialainen\\_osaaminen\\_sosiaali\\_terveys\\_kuntoutus\\_ja\\_lii.pdf](https://www.oph.fi/download/155899_moniammatillinen_ja_monialainen_osaaminen_sosiaali_terveys_kuntoutus_ja_lii.pdf)
- Kettunen, R., Kivelä, A., Mäkijärvi, M., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (2011). *Sydänsairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Kuula, A., (2011). *Tutkimusetiikka*. Haettu 4.10.2019 osoitteesta <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789517685139>
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. (2003). *Laadullinen terveystutkimus -mitä, miten ja miksi?*. Haettu 5.12.2018 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>
- Leppäniemi, A., Kuokkanen H. & Salminen P. (2018). *Kirurgia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lipponen, K. (2014). *Potilasohjauksen edellytykset*. Väitöskirja. Acta Universitatis Oulu D 1236, 2014. Tampere: Juvenes Print. Haettu 22.11.2018 osoitteesta <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Mäkijärvi, M. (2014). Sydän- ja verisuonisairauksien kustannukset. Haettu 5.12.2018 osoitteesta [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00413](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00413)

Penttilä, U (2014). Mitä on sydänkuntoutus? *Duodecim*. Haettu 11.9.2018 osoitteesta [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00066](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00066)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2017). Sepelvaltimotautipotilaan hoitoketju. *Terveysportti*. Haettu 5.12.2018 osoitteesta [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=shp01058](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp01058)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2018). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. Haettu 4.9.2018 osoitteesta <https://www.tays.fi/download/noname/%7BDB3538AD-0F03-4D57-8201-C4A635F358CD%7D/45192>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2018). Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketju. *Terveysportti*. Haettu 28.11.2018 osoitteesta [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=shp00918](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00918)

STM. (n.d.) Asiakkaan ja potilaan oikeudet. Hoitoon pääsy. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 5.12.2018 osoitteesta <https://stm.fi/hoitotakuu>  
Sydämen vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 31.08.2018). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Sydänsairaala (n.d.) Sepelvaltimotautipotilaan fysioterapia TAYS Sydänsairaalassa. Haettu 5.12.2018 osoitteesta [http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/tays\\_fysioterapeutin\\_ohjaus.html](http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/tays_fysioterapeutin_ohjaus.html)

Sydänsairaala (n.d.a) Polikliinisen potilaan fysioterapia. Haettu 5.12.2018 osoitteesta [http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/polin\\_fysioterapia.html](http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/polin_fysioterapia.html)

Sydänsairaala (n.d.b) Potilaan polikliininen tutkiminen. Haettu 5.12.2018 osoitteesta [http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/poli\\_ft\\_tutkiminen.html](http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/poli_ft_tutkiminen.html)

TAYS Sydänsairaala (n.d.). Sepelvaltimotautipotilas sairaanhoitajan ja fysioterapeutin vastaanotolla ohjauspoliklinikalla. Haettu 20.12.2018 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/ohjauspl.html>

TAYS Sydänsairaala (n.d.b). Sairaanhoitajan ohjaus ja neuvonta ohjauspoliklinikalla. Haettu 20.12.2018 osoitteesta [http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/ohjauspl\\_sh\\_ohjaus.html](http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/ohjauspl_sh_ohjaus.html)

TAYS Sydänsairaala (n.d.c). Kardiologisen potilaan ohjauksen tavoite ja menetelmät. Haettu 20.12.2018 osoitteesta [http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/kardiologinen\\_ohjaus\\_tavoitteet.html](http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/kardiologinen_ohjaus_tavoitteet.html)

Terveysportti (n.d.). Matriisi. Haettu 28.11.2018 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp00918/Matriisi.html>

Terveysportti (n.d.). Sydänketju matriisi. Haettu 28.11.2018 osoitteesta [http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/Sydanketju\\_matriisi.html](http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/Sydanketju_matriisi.html)

THL. (2014) Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 26.9.2014. Haettu 5.12.2018 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>

Vilka, H. (2007). Tutki ja mittaa. *Määrällisen tutkimuksen perusteet*. Haettu 5.12.2018 osoitteesta <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Vilka, H. (2015). Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy

## **HAASTATTELUT**

Lampinen, O. & Väyrynen, M. (2018). Sydänfysioterapeutti & Sydänhoitaja, Sydänsairaala, VALS. Haastattelu 24.10.2018



SAATEKIRJE

**Hyvä kyselyyn vastaaja!****23.1.2019**

Opiskelemme Hämeen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Tays sydänsairaala Valkeakosken toimipisteen ohjauspoliklinikan fysioterapeutin ja sairaanhoitajan kanssa. Asiakastytyväisyyskyselyn tarkoituksena on selvittää ohjauspoliklinikan potilaskokemuksia ja tarvittaessa parantaa potilaille annettavaa ohjausta potilaslähtöisemmäksi.

Suoritettavaan tutkimukseen on saatu tarvittava lupa PSHP:n opetusylihoitaja Teuvo Suonnalta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan nimettömästi ja vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, jolloin potilaiden tietoja ei paljastu missään tutkimuksen vaiheessa kyselylomakkeiden käsittelijöille tai valmiissa opinnäytetyössä. Kyselyyn vastataan ohjauspoliklinikka käynnin jälkeen ja vastauslomake laitetaan suljettavaan kirjekuoreen, joka jätetään ohjauspoliklinikalle. Kyselyyn vastaaminen tulkitaan osallistumissuostumukseksi.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Vanhanen Merja, Hämeen ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)

Tutkimukseen vastaaminen on tärkeää hoitotyön kehittämisen kannalta potilaslähtöisemmäksi. Kiitoksia vaivannäöstänne.

Tarvittaessa lisätietoja tutkimukseen osallistumisesta antaa Tays Sydänsairaalan ohjauspoliklinikan sydänhoitaja Väyrynen Maria ja sydänfysioterapeutti Lampinen Out.

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat / SHHTP16B3, HAMK Visamäki

Oksanen Hanna, sähköpostiosoite

[hanna1631@student.hamk.fi](mailto:hanna1631@student.hamk.fi)

Stengård Maiju, sähköpostiosoite

[maiju1604@student.hamk.fi](mailto:maiju1604@student.hamk.fi)

## KYSELYLOMAKE

Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympäröimällä sopivin vaihtoehto.

<b>Ikä:</b>	<b>Sukupuoli:</b>
alle 50v	N
50-60v	M
61-70v	
71-80v	
Yli 80v	

**Minkä vuoksi saitte kutsun ohjauspoliklinikalle?**

- a. Pallolaajennus / angiografia ilman toimenpidettä
- b. Läppäleikkaus
- c. Ohitusleikkaus
- d. Sydämen vajaatoiminta
- e. Itsehoidon lisäohjaus

**1. Annettiinko teille etukäteen tietoa miksi ohjauspoliklinikalle kannattaa tulla?**

- a. En osaa sanoa
- b. Kyllä
- c. Ei

**2. Annettiinko teille etukäteen tietoa mikä on ohjauspoliklinikan tarkoitus?**

- a. En osaa sanoa
- b. Kyllä
- c. Ei

**3. Oliko ohjauspoliikkakäynti mielestänne sopivan mittainen?**

- a. Liian lyhyt
- b. Sopivan mittainen
- c. Kesti liian kauan

**4. Olisitko toivoneet käynnit (sairaanhoitaja/fysioterapeutti) eri päville?**

- a. En osaa sanoa
- b. Kyllä
- c. Ei

**5. Oliko käynnin ajankohta sopiva (1-3-vk kotiutumisesta)?**

- a. Liian aikaisin
- b. Sopiva
- c. Liian myöhään

**6. Koetteko ohjauspoliikkakäynnistä olleen teille hyötyä sairautenne suhteen?**

- a. En koe hyötyneni
- b. Koen hyötyneni hieman
- c. Koen hyötyneni tarpeeksi

**7. Koetteko saaneenne yksilöllistä ohjausta?**

- a. En lainkaan
- b. Jonkin verran
- c. Koen saaneeni yksilöllistä ohjausta

**8. Jäikö ohjauspoliklinikalla läpikäymättä jokin asia, mistä olisitte halunneet tietoa tai ohjausta?**

---

---

---

---

---

---

**9. Toivoisitteko jotain muutosta ohjauspoliklinikka käyntiin? Jos toivoisitte, niin minkälaista?**

---

---

---

---

---

---

**10. Kokonaisarvosana ohjauspoliklinikkakäynnille? (ympyröi 4-10)**

- a) 4
- b) 5
- c) 6
- d) 7
- e) 8
- f) 9
- g) 10