

ASIAKASLÄHTÖINEN TARKISTUSLISTA
SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN OHJAUKSEEN
HARJULAN SAIRAALAN POLIKLINIKALLE
Kehittämistyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma			
Työn tekijä(t) Haga Alexander, Kämppi Lasse ja Parkkila Pauli			
Työn nimi Asiakaslähtöinen tarkistuslista sepelvaltimopotilaan ohjaukseen Harjulan sairaalan poliklinikalle			
Päiväys	17.4.2020	Sivumäärä/Liitteet	59/6
Ohjaaja(t) Mäkeläinen Tiina			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Harjulan sairaalan poliklinikka			
Tiivistelmä			
<p>Tämän kehittämistyön aiheena on sepelvaltimotautia sairastavan potilaan asiakaslähtöinen potilasohjaus. Sepelvaltimotauti on suomalaisten yleisin verenkiertoelinten sairaus. Sepelvaltimotaudista johtuva kuolleisuus on nykyäänkin vielä suurta, vaikka kuolemat ovatkin vähentyneet merkittävästi kohentuneiden elintapojen, ennaltaehkäisyn ja paremman hoidon avulla. Silti se vei lähes 10000 suomalaisen hengen vielä vuonna 2017. Sepelvaltimotauti aiheutuu sydänlihasta ravitsevien sepelvaltimoiden ahtautumisesta. Sepelvaltimotautipotilaan toipumiseen, taudin etenemiseen ja sydänoireiden ilmaantumiseen voidaan vaikuttaa asiakaslähtöisellä elämäntapa- ja lääkehoidon ohjauksella. Potilaan omahoitoon sitoutuminen on avainasemassa taudin hoidossa. Sepelvaltimotauti on krooninen, usein salakavalasti etenevä sairaus, jossa voi pitkään olla vakaa jakso, joka voi päättyä nopeasti sepelvaltimossa olevan plakin repeämään tai eroosioon.</p> <p>Opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli uudistaa Harjulan sairaalan poliklinikalla käytössä oleva sepelvaltimotautipotilaan ohjauksen tarkistuslista. Tarkistuslistan tavoitteena on parantaa ohjauskeskustelun laatua, sekä edistää potilasturvallisuutta. Teoriaosan pääasiallisina lähteinä käytettiin Euroopan Kardiologisen seuran ja Käypä hoidon -suosituksia, Sydänliiton tuottamia aineistoja sekä potilasturvallisuutta ja ohjausta käsitteleviä oppi- ja kurssikirjoja.</p> <p>Kehittämistyön tuotoksena syntyi päivitetty tarkistuslista sepelvaltimotautipotilaan omahoidon ohjaukseen. Tarkistuslista on koottu edellä mainitun materiaalin pohjalta. Tarkistuslista on tarkoitettu Harjulan sairaalan poliklinikan sairaanhoitajan työn tueksi seurantakäynnillä tapahtuvaan omahoidon ohjaukseen.</p>			
Avainsanat: asiakaslähtöisyys, ohjaus, ohjauskeskustelu, potilasturvallisuus, sepelvaltimotauti, vuorovaikutus			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Haga Alexander, Kämppi Lasse ja Parkkila Pauli			
Title of Thesis Client-oriented checklist for guiding of coronary artery disease patients in Harjula outpatient clinic			
Date	17.4.2020	Pages/Appendices	59/6
Supervisor(s) Mäkeläinen Tiina			
Client Organisation /Partners The outpatient clinic at Harjula hospital			
<p>Abstract</p> <p>The subject of this thesis is coronary artery disease and client oriented patient education for patients diagnosed with this disease. Coronary artery disease is the most common disease of the circulatory system among Finns. The mortality rate of the disease is still high, even though it has declined significantly due to healthier lifestyle, prevention and care. Despite this nearly 10 000 Finns died from the disease in 2017. Coronary artery disease is caused by plaque buildup in the wall of the coronary arteries that supply blood to the heart, causing them to narrow over time. With client-oriented guidance regarding life style choices and by educating the patient about the medication used it is possible to affect the recovery of patients, the progression of the disease and the onset symptoms of coronary artery disease. In the treatment of coronary artery disease, the patient's commitment to self care is the key word. Coronary artery disease is a chronic illness often treacherous in its progression. The patient may remain stable and asymptomatic for a long time. But it is still possible that without warning the plaque buildup on the coronary artery wall starts to erode or even rupture.</p> <p>This thesis was conducted as a functional thesis, and its purpose was to renew the checklist for client oriented patient education used at Harjula Hospital Outpatient Clinic. The goal for the renewed checklist is to improve the quality of patient counseling conversation and patient safety. The recommendations by The European cardiological society, and textbooks were used as main sources for this thesis.</p> <p>The product of this thesis is a renewed checklist for the nurses at Harjula Hospital Outpatient Clinic, and it is intended to be used in patient education and counseling during patients' follow-up visits. The checklist was crafted by using the information the thesis authors gathered from evidence-based research.</p>			
Keywords: Client oriented, counseling, counseling conversation, interaction, Coronary artery disease, patient safety			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	POTILASTURVALLISUUS.....	7
2.1	Potilasturvallisuuden edistäminen.....	8
2.2	Vaaratapahtumien raportointi	11
2.3	Tarkistuslistat	12
3	SOSIAALI- JA TERVEYSALAN OHJAUSKESKUSTELUN PERIAATTEET.....	14
3.1	Ohjauskeskustelun eettiset periaatteet	14
3.2	Yhteiskunnalliset tekijät ohjauskeskustelun taustalla	15
3.3	Ohjauksen tavoitteet ja lähikäsitteet	16
3.4	Ohjauksen vaiheet	18
3.5	Vuorovaikutus ohjauskeskustelussa	20
4	SEPELVALTIMOTAUTI.....	22
4.1	Ateroskleroosi ja sepelvaltimotaudin vaaratekijät	22
4.2	Sepelvaltimotaudin merkittävimmät ilmenemismuodot	23
4.3	Sydänkuntoutus	23
4.4	Sepelvaltimotautipotilaan elintapaohjaus	25
4.4.1	Sepelvaltimotautia sairastavan ruokavalio	25
4.4.2	Tupakoinnin lopettaminen	27
4.4.3	Liikunta	28
4.4.4	Lihavuus ja ylipaino	29
4.4.5	Kohonnut verenpaine	31
4.4.6	Kolesterolin merkitys	32
4.4.7	Psykososiaaliset tekijät	33
4.4.8	Tulehdusten ehkäisy ja hoito	34
4.4.9	Seksuaalinen aktiivisuus	35
4.4.10	Saunominen	35
4.4.11	Matkustaminen ulkomaille.....	35
4.4.12	Sairauden vaikutus perheeseen.....	36
4.4.13	Sosiaaliturva	36
4.5	Sepelvaltimotautia sairastavan ennustetta parantava ja oireita helpottava lääkehoito	38
4.5.1	Ennustetta parantava lääkehoito	38
4.5.2	Oireita helpottava lääkehoito	41

5	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	43
6	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	44
6.1	Toiminnallinen kehittäminen	44
6.2	Opinnäytetyön toimeksiantaja ja kohderyhmä	45
6.3	Opinnäytetyöprosessi	45
6.4	Tarkistuslista ja ohjauskeskustelun kulku	47
7	POHDINTA	51
7.1	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	51
7.2	Ammatillinen kehittyminen	52
7.3	Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteet	52
8	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	54
	LIITE 1: UUSI TARKISTUSLISTA	60
	LIITE 2: OHJEITA TARKISTUSLISTAN KÄYTTÄJÄLLE	61
	LIITE 3: HARJULAN SAIRAALAN EDELLINEN TARKISTUSLISTA	62

1 JOHDANTO

Sepelvaltimotauti (morbus cordis coronarius, MCC) on yleisin verenkiertoelinten sairaus suomalaisessa väestössä (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka ja Yli-Mäyry 2011, 248). Vuonna 2017 verenkiertoelinten sairaudet aiheuttivat 36 prosenttia kaikista kuolemista, joista sepelvaltimotauti aiheutti viidenneksen (Tilastokeskus 2017). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuo julkaisussaan esille, että sepelvaltimotautiin sairastuneiden määrää sekä sairauteen liittyviä kuolemantapauksia on saatu vähennettyä vuosien saatossa kohentuneiden elintapojen, ennaltaehkäisyn sekä paremman hoidon avulla. Kuitenkin väestön ikääntyminen ja elinennusteen paraneminen nostaa tulevaisuudessa sepelvaltimotautiin sairastuneiden määrää, sillä ikääntyessä sairastumisen riski kasvaa. (THL 2014.)

Sosiaali- ja terveysalan ohjauskeskustelun periaatteita määrittelevät erilaiset lait sekä eettiset ohjeet, kuten oikeus hyvään hoitoon ja oikeudenmukaiseen kohteluun (ETENE 2011). Lähtökohtana keskustelulle on asiakkaiden tarpeet (Eloranta ja Virkki 2011, 26). Ohjauskeskustelussa onkin siirrytty asiantuntijakeskeisyydestä sekä valistuksesta kohti jaettava asiantuntijuutta, jossa tarkoituksena on tiedottaa ja opastaa (Vänskä, Laitinen- Väänänen, Kettunen ja Mäkelä. 2011, 11; Kyngäs ja Hentinen 2009, 77). Ohjauskeskustelu voidaan jakaa myös erilaisiin vaiheisiin ohjaustarpeen tunnistamisesta kohti tavoitteen asettelua sekä lopuksi arviointia (Eloranta ja Virkki 2011, 25–27).

Ohjauskeskustelun pohjana voidaan käyttää tarkistuslistaa, jonka laatimisessa on otettu huomioon potilasturvallisuus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan se tarkoittaa myös potilaan oikeutta saada tarvittava ja oikea hoito, josta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa (THL 2018a). Terveydenhuoltolain (1326/2010, 8§) mukaan terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Tarkistuslista on yksinkertainen tapa edistää potilasturvallisuutta, sillä sen avulla voidaan yhtenäistää toimintaa, vähentää virheitä ja se toimii työntekijöiden muistin tukena (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa ja Pennanen. 2011, 208–211).

Kehittämistyön tarkoituksena on uudistaa Harjulan sairaalan poliklinikalla käytettävää sepelvaltimotautipotilaan ohjauksen tarkistuslistaa. Harjulan sairaalan poliklinikan henkilökunta on esittänyt tarpeen tiiviimmälle ja selkeämmälle tarkistuslistalle. Tavoitteena on parantaa ohjauskeskustelujen laatua, sekä edistää potilasturvallisuutta. Laadukkaasti ohjauksen ja seurannan avulla voidaan vaikuttaa omahoidon onnistumiseen, sekä vähentää uusien sydäntapahtumien syntymistä. Opinnäytetyön toimeksiantajana on perusterveydenhuollon alla toimiva erikoislääkäreiden poliklinikka Harjulan sairaalassa. Erikoisaloista edustettuna ovat neurologia, geriatria, sisätaudit, kardiologia ja ostopalveluna neuropsykologia.

2 POTILASTURVALLISUUS

Primum non nocere, on lääketieteen keskeisiä periaatteita. Suomeksi käännettynä se tarkoittaa, että tärkeintä on olla vahingoittamatta. Vaikka potilasturvallisuus on käsitteenä vanha, niin länsimaaisessa terveydenhuollossa siitä on puhuttu vasta 1990-luvulla, jonka jälkeen aihetta on alettu tutkimaan ja kehittämään. Suomessa ensimmäinen potilasturvallisuusstrategia on julkaistu vasta vuonna 2009. (Aaltonen ja Rosenberg 2013, 8.)

Potilasturvallisuus on aiheena laaja. Potilasturvallisuus pitää sisällään pääkäsitteinä laiteturvallisuuden, hoidon turvallisuuden ja lääkehoidon turvallisuuden. (Helovuoma ym 2011, 13.) Potilasturvallisuuden merkitys itse kullekin terveydenalalla toimivalle tai asiakkaalle, voi riippua hyvin pitkälti siitä, kenen näkökulmasta aihetta käsitellään. (Helovuoma ym 2011, 13.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee potilasturvallisuuden seuraavasti: *”Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa”* (THL 2018a).

”Terveystieteiden toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita. Terveystieteiden toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään asioista, joista on suunnitelmassa sovittava.” (Terveystietolaki (1326/2010) 8§.)

Kuten edellä mainitun lakipykälän kahdeksannessa momentissa käy ilmi. Tulee terveystietoyksikön laatia suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Tämä suunnitelma tulee lain nojalla annetun asetuksen perusteella pitää sisällään ainakin seuraavat asiat.

1. *Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanoon vastuuhenkilöt ja toimijat sekä miten johto vastaa edellytyksistä ja voimavaroista toteuttaa laadukasta ja potilasturvallista toimintaa.*
2. *Laadukasta ja turvallista toimintaa tukevat henkilöstöjohtamisen periaatteet ja käytännöt sekä avointa turvallisuuskulttuuria tukevat arvot ja menettelytavat.*
3. *Menettelytavat, joilla henkilökunta osallistuu moniammatilliseen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen ja saa palautetta oppimisesta ja oman toimintansa kehittämistä varten.*
4. *Laadukkaan ja turvallisen toiminnan edellyttämä henkilöstön perehdyttäminen sekä toimintayksiköissä tapahtuvaa opiskelijoiden koulutus ja ohjaaminen*

5. *Menettelytavat, joilla potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden puutteista, sekä menettelytavat, joilla potilaalle ja hänen läheiselleen annetaan tietoa ja tukea potilasta kohdanneen haittatapahtuman jälkeen.*

6. *Toiminnassa käytettävä laadunhallinta-asiakirjat*

7. *Turvallisuus- ja laatuongelmien ennakoiminen sekä turvallisuusriskien tunnistaminen ja hallinta.*

8. *Vaara- ja haittatapahtumien tunnistaminen ja raportointi, haittatapahtumien ilmoittaminen hoitoilmoitusjärjestelmään ja muiden säädösten edellyttämä raportointi ja korjaavia toimenpiteitä koskevat menettelytavat.*

9. *Laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanossa tarvittava yhteistyö sairaanhoitopiirien kuntayhtymän alueella muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa.*

(Sosiaali- ja terveysministeriö 341/2011.)

2.1 Potilasturvallisuuden edistäminen

Potilasturvallisuuden kehittäminen organisaatiossa vaatii lähtökohtaisesti tiedon keräämistä. Kokonaisvaltaisen kehityksen mahdollistamiseksi on tärkeää, että kerätään mahdollisimman monipuolinen kuva toiminnan riskeistä. (Helovuom ym. 2011, 116.) Potilasturvallisuuden kokonaiskuvan muodostamiseksi voidaan kerätä tietoa seuraavasti:

- Vaaratapahtumien ja palvelupoikkeamien seuranta (mm. kantelut, muistutukset, potilasvahinkoilmoitukset, vapaaehtoinen vaaratapahtumien raportointi)

- Vaaratapahtumien tutkinta

- Riskianalyysit ja -kartoitukset

- Potilasturvallisuusindikaattorien seuranta

- Potilasturvallisuuskulttuurin mittaaminen

- Henkilöstökyselyt ja potilaspalaute

- Potilasturvallisuusauditoinnin ja -arvioinnit

- Kohdennetut potilasturvallisuusselvitykset

(Helovuom ym. 2011, 116.)

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen hoitoalalla ei aina ole yksinkertaista. Hoitoalalla korostuu monesti yksilö ja tämän syyllistäminen. Monikerroksiseksi paisuva sääntöjen ja ohjeistusten verkko, aiheuttavat vaikeuksia potilasturvallisuuskulttuurin edistämiseksi. Työtä on näin ollen vaikeampi tehdä rikkomatta jotakin tiettyä yksittäistä sääntöä, joka koituu työntekijälle liian vaikeaksi. (Helovuom ym. 2011, 94.) Organisaation johdon rooli potilasturvallisuuden edistämiseksi on ratkaiseva. Pohjan organisaation arvoille ja asenteille luodaan organisaation johdossa. Tavoitteen mukainen johtamisjärjestelmän rakentaminen ja potilasturvallisuuden asettamista strategiseksi prioriteetiksi on tehtävä etupäässä. Ison-Britannian National Patient safety Agency (NPSA) on tehnyt seitsemän askeleen listan, jonka avulla potilasturvallisen toimintatavan integroiminen koko organisaation toimintaan on johdonmukaista. (Helovuom ym 2011, 103.)

SEVEN STEPS TO PATIENT SAFETY – SEITSEMÄN ASKELTA POTILASTURVALLISUUDEN EDISTÄMISEEN (NPSA/NHS)

1. *Turvallisuuskulttuurin luominen, potilasturvallisuuden priorisointi*
 2. *Henkilökunnan johtaminen ja tukeminen*
 3. *Riskienhallinnan integrointi osaksi toimintaa*
 4. *Raportointiin kannustaminen*
 5. *Potilaiden ja yhteisöjen kanssa kommunikointi ja mukaan ottaminen potilasturvallisuuden edistämiseen*
 6. *Oppiminen ja tiedon jakaminen*
 7. *Turvallisuutta edistävien käytäntöjen jalkauttaminen*
- (Helovuuo ym 2011, 104.)*

Systeemilähtöinen potilasturvallisuuden edistäminen terveydenhuollossa perustuu kokonaisvaltaiseen selvitykseen virheisiin johtaneista tapahtumista, yksittäisen toimijan virheiden selvittelyn sijaan. Virheisiin johtaneet tapahtumat, tai näiden tapahtumien ketju muodostavat yhteisvaikutuksen kautta systeemin. Virheisiin vaikuttavia tekijöitä voivat olla kuormitus, epäselvät ohjeet, vialliset laitteet, stressi, ym. Usein vahingon syntyminen perustuu monen vaikuttavan tekijän summaan. Tällainen lähestymistapa edesauttaa työntekijöiden rohkeutta tuoda esille sattuneita vahinkoja ja epäkohtia. Systeemilähtöisessä tavassa syylliseksi leimaantumisen pelko ei johda vaikenemiseen ja asioiden salailuun yhtä herkästi, kuin yksilölähtöisessä lähestymistavassa. Keskittyminen virheisiin johtaneiden syiden selvittelyyn ja näiden ratkaisuihin. Samalla kuin hyväksytään että kaikki ihmiset tekevät joskus virheitä luodaan avoin ilmapiiri, jossa asioista on helpompi keskustella. Johdon on myös tällä tavalla helpompi vaikuttaa systeemin puutteisiin. (Helovuuo ym. 2011, 53-56.)

Inhimilliset virheet esiintyvät myös hoitotyössä. Turvallisuustutkimuksissa termi on ollut vakituisesti käytössä 1980-luvun alkupuolelta lähtien. Inhimillisiksi virheiksi lasketaan ne epäonnistumiset, joita ei ole mahdollista selittää ulkoisilla tekijöillä, kuten esimerkiksi tekniikan tai materiaalin pettämisellä. Tällaisia voivat olla vahingossa tehty väärä lääkemääräys, toimenpiteiden unohtaminen tai tekemättä jättäminen. Inhimilliset virheet voivat johtua monesta asiasta ja näidenkin suhteen on tärkeää osata asettua tekijän asemaan, jotta turvallisuuden kehittämisen taustatekijät voidaan tunnistaa ja saada selvälle perusteet tilanteessa toimimiselle tietyllä tavalla. (Helovuuo ym. 2011, 84-85.)

Potilaan tunnistaminen on tärkeä osa potilasturvallisuutta kokonaisuutena. Potilaan tunnistaminen voi ehkäistä monia useita eri vaaratapahtumia, kuten väärin lääkkeiden saamista, väärä näytteenotto, väärä toimenpide tai väärän potilaan siirtämistä toiselle osastolle. Systemaattinen tapa tunnistaa potilas on tehokas keino ehkäistä vaaratapahtumia. Potilas tulisi myös voida tunnistaa kriittisissä tilanteissa. Potilas tulisi voida tunnistaa kahta lähdettä käyttäen. Näistä kumpikaan ei saa olla potilaan huoneen tai vuoteen numero. Potilaan tunnistaminen pitäisi perustua koko organisaatiossa samoihin toimintatapoihin. Erityisesti esimerkiksi tajuttomien, huumausaineiden vaikutuksen alaisuudessa ole-

vien tai useammat samannimisten potilaiden suhteen selkeät yhteiset toimintatavat korostuvat tärkeänä. Potilasta tunnistaessa on tärkeää, että kysytään potilaan nimeä ja/tai henkilötunnusta, jotta hän saa kertoa ne itse. Esimerkiksi jos potilaalta kysytään ”onko nimenne Matti Meikäläinen?” Voi olla, että hän huonon kuulon takia vastaa vain kyllä, ja nimi onkin väärä. Jos potilas ei itse pysty antamaan henkilötietonsa voidaan tunnistamiseen turvautua omaiseen. (Helovuo ym. 2011, 203-204)

Myös fyysiseen ympäristöön lukeutuvat asiat voivat vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Nämä voivat olla esimerkiksi epäjärjestys, puutteelliset työtilat ja niiden ahtaus, melu, hälinä, huono valaistus, likaisuus, rakenteiden puutteellinen merkintä tai turvallisuus (Helovuo ym. 2011, 67). Hoitotyössä käytetään myös paljon laitteita ja tarvikkeita, kuten mittaus ja hoitovälineitä. Niiden toimintakunto ja käyttäjän osaaminen ovat tärkeä osa laiteturvallisuutta potilastyössä. Laitteisiin ja järjestelmiin liittyviä ongelmia voivat olla vaikka huono saatavuus, viat ja toimintahäiriöt, vaikea käytettävyys, käyttöliittymän epäselvyys, yhteensopivuusongelmat, varajärjestelmien tai laitteiden puuttuminen. Laitteita voi olla samaan tarkoitukseen myös useita malleja eri valmistajilta ja näin ollen niiden käyttötavassa voi olla poikkeavuuksia. On tärkeää, että laitteet ovat mahdollisimman yhteneviä, helppokäyttöisiä ja että henkilökunta on saanut kyseisen laitteen käyttökoulutuksen ennen käyttöä potilastyössä. (Helovuo ym. 2011, 68.)

Suomen Kansallisessa potilasturvallisuusstrategiassa otetaan esille potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden kehittämiseen. Siinä kerrotaan, että henkilökunnan tulee kuunnella potilasta ja tämän omaisia, kun kerätään taustatietoa potilaasta. Potilaan tulee myös voida osallistua hoidon suunnitteluun. Jotta se olisi mahdollista on potilaalle annettava riittävästi tietoa hänen sairaudestaan ja kerrottava hoidosta ja sen mahdollisista eri vaihtoehtoista (Social och hälsovårdsministeriet 2009, 15.) Potilas on se henkilö, joka on mukana hoitoprosessin alusta loppuun, ja on myös se henkilö, joka hyötyy eniten potilasturvallisuuden parantuessa. Potilaan on mahdollista vaikuttaa potilasturvallisuuden kehittämiseen antamalla palautetta tai esimerkiksi potilasjärjestöjen edustajat voivat osallistua potilasturvallisuuden liittyviin työryhmiin. (Helovuo ym. 2011, 177-179.)

Dokumentointi ja kirjaaminen ovat hyvin tärkeä osa potilastyötä. Oikeaoppisen kirjaamisen tavoitteita ovat potilasturvallisuuden, kustannustehokkuuden sekä oikeusturvan parantaminen. Dokumentoinnilla voidaan myös toteuttaa hoidon laadun seuranta, toteamalla muutokset potilaan terveydentilassa sitä mukaa kuin hoitajakso etenee. (Levy 2013, 190.) Dokumentointia ohjaa lainsäädäntö, joka velvoittaa kirjaamaan kaikki potilaan hoidossa tarvittavat tiedot. Tiedonkulun ongelmat ja väärinymmärrykset ovat myös yleinen myötävaikuttava tekijä haittatapahtumille. (Helovuo ym. 2011, 72.)

Potilasturvallisuuden seuranta ja arviointi toteutetaan erilaisia mittareita käyttäen. Kokonais kuvan muodostamiseksi tietoa potilasturvallisuudestasi voidaan kerätä seuraavasti:

- *Vaaratapahtumien ja palvelupoikkeamien seuranta (mm. kantelut, muistutukset, potilasvahinkoilmoitukset, vapaaehtoinen vaaratapahtumien raportointi)*
- *Vaaratapahtumien tutkinta*
- *Riskianalyysit ja kartoitukset*
- *Potilasturvallisuusindikaattorien seuranta*

- *Potilasturvallisuuskulttuurin mittaaminen*
 - *Henkilöstökyselyt ja potilaspalaute*
 - *Potilasturvallisuusauditoinnit ja arvioinnit*
 - *Kohdennetut potilasturvallisuusselvitykset*
- (Helovuom. 2011, 116.)

Tietoa on mahdollista kerätä henkilökunnalta, mutta myös potilaat ja omaiset voivat tuoda esille tärkeää tietoa. On myös tärkeää keskittyä vaaratapahtumien ja vahingon mittaamisen lisäksi asioihin kuten turvallisuuskulttuurin ja johtamisjärjestelmän arviointiin. (Helovuom. 2011, 116-118.) *”Suomessa käytetään potilasturvallisuuden kuvaamisessa ja kehittämisessä nykyään mittareina eniten vaaratapahtuma sekä potilasvahinkoilmoituksia, kanteluita ja potilaspalautteita”* (Mattila 2013, 384).

Väkivaltatilanteet ja niiden uhka ovat asioita, joita valitettavasti esiintyy hoitoalalla. Ei ole epätavallista, että hoitotyössä kohtaa huumausaineiden vaikutuksen alla olevan, tai aggressiivisen potilaan. Nämä ovat tilanteita, jotka esimerkiksi hoitajan ja potilaan erimielisyyksien takia voivat potentiaalisesti olla vaarallisia. Hoitoalalla esiintyy tavallisesti riitelyä ja uhkailua, mutta tilanne voi myös edetä väkivaltaan ja hyökkäyksiin asti, jos se riistäytyy käsistä. Tällaisiin tapahtumiin varaudutaan työpaikkakohtaisella koulutuksella, ja käymällä läpi vaaratilanteita etukäteen sekä sopimalla yhteisistä toimintaohjeista ja käyttäytymismalleista. Myös pakoteitä voidaan suunnitella etukäteen. Tärkeää on, että hälytysjärjestelmät ovat toimivia sekä poliisi ja turvamies on mahdollista kutsua paikalle tarpeen vaatiessa. Oleellinen asia tällaisten tilanteiden hallitsemisessa on oman pelon hallinta, jotta kykenee toimimaan ennalta sovittujen mallien mukaan. Eikä ajaudu paniikin takia itse hyökkäämään tilanteessa. (Puttonen 2018, 720.)

2.2 Vaaratapahtumien raportointi

Vaaratapahtumista on mahdollista oppia, jos organisaatiossa annetaan siihen mahdollisuus. Sen takia on tärkeää, että on olemassa tapa, jonka avulla näistä on mahdollista raportoida eteenpäin. Kun työntekijät raportoivat vaaratapahtumista, organisaation on mahdollista kerätä ja käsitellä saatua tietoa tapahtuneesta. Tiedon avulla voidaan kehittää toimintaa siihen suuntaan, että vastaavilta vaaratapahtumilta vältyttäisiin jatkossa. (Kinnunen. 2013, 257–273.) Raportointijärjestelmiä on maailmalla paljon. Monet näistä ovat hyvin erityyppisiä, mutta niiden perusidea on kaikilla sama; kerätyn tiedon avulla voidaan edistää potilasturvallisuutta. Raportointi kansallisiin järjestelmiin on myös pääsääntöisesti vapaaehtoista. (Helovuom. 2011, 137–138.) Esimerkki tällaisesta raportoinnista on 2000-luvun alussa kehitetty HaiPro-järjestelmä. HaiPro on lyhenne sanoista haittatapahtumien raportointiprosessin kehittäminen terveydenhuollon organisaatiossa. (Kinnunen. 2013, 257–273.) Suomessa HaiPro-työkalu on käytettävissä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä ja käyttäjiä sillä on yli 144 000 vuonna 2016 (Awanic 2016.)

Organisaation potilasturvallisuussuunnitelmassa on terveydenhuoltolain laatu- ja potilasturvallisuuspykälän nojalla annetun asetuksen mukaan kuvattava vaara- ja haittatapahtumien tunnistaminen ja

raportointi. Vaaratapahtumien raportoinnissa tulisi huomioida tärkeät periaatteet. Raportointi perustuu yksilön aloitteellisuuteen ja hänellä on oikeus raportointiin. Raportointi on luottamuksellista, ja sitä voi tehdä anonyymisti tai omaa nimeä käyttäen. Vaaratapahtumista saatua tietoa ei saa käyttää hallinnollisiin toimiin yksilöä vastaan. Raportoinnin tulisi olla helppoa, nopeaa ja kaikille työntekijöille mahdollista. Kerätty tieto käytetään tarkoituksenmukaisesti toiminnan ja turvallisuuden kehittämiseen. Turvallisuutta parantavia toimia suunnataan laajasti organisaation kaikkien tasojen kehittämiseen. Raportointi ja sen hyödyntäminen potilasturvallisuuden parantamisessa tulisi olla järjestelmällistä. Raportointi koostuu viidestä vaiheesta. Josta ensimmäinen vaihe on vaaratilanteen tunnistaminen. Eri tapahtumatyypeistä on laadittu raportointi järjestelmään luokitukset, jotta tapahtumat olisi helpompi tunnistaa ja jakaa pääluokkiin terveydenhuollon toimialueen, tehtävän tai vaiheen mukaan. Toinen vaihe on ilmoituksen teko. Ilmoitus tehdään sähköisellä lomakkeella. Tässä tapauksessa kyseessä tietokonepohjainen sovellus, jota käytetään www-selaimella. Kolmas vaihe on ilmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi. Ilmoituksen luokittelee ja analysoi käsittelijä. Käsittelijät ovat usein työpari, esimerkiksi osastonhoitaja sekä yksikön vastuulääkäri. Viimeiset vaiheet (4 ja 5) ovat saadun tiedon hyödyntäminen, ja sen jälkeen tehtyjen muutosten seuranta. Tiedon hyödyntämisessä tärkeää on säännöllinen kootun tiedon esille tuominen koko työyhteisölle. Saadun tiedon avulla tehtyjen muutoksien myötä voidaan huomata, millainen vaikutus niillä on ollut organisaatiossa esiintyvien vaaratapahtumien laatuun ja määrään (Kinnunen. 2013, 257–273.)

2.3 Tarkistuslistat

Tarkistuslistat ovat levinneet hoitoalalle muista tarkkuutta vaativista ammateista. Tarkistuslistat edistävät tutkitusti potilasturvallisuutta. Varsinkin lentäjien käyttämistä listoista on otettu mallia. Listojen avulla voidaan yhtenäistää toimintaa, jolloin virheet vähenevät ja myös turvallisuus sekä sen laatu paranevat. Tarkistuslista auttaa työntekijää, kun hänen ei tarvitse muistaa kaikkea ulkoa. Silloin ydinasiat on helppo toteuttaa samassa järjestyksessä ilman, että tietty toimenpide unohtuu välistä. Leikkaussaleissa tunnetusti ovat tarkistuslistat olleet jo käytössä, mutta niitä käytetään myös nykyään hoitotyössä monella erikoisalalla. Tarkistuslistan ei tarvitse olla kaikenkattava ja näin ollen se sopii mahdollisimman laajaan käyttöön. Lista tulee kuitenkin suunnitella mahdollisimman hyvin tilanteeseen sopivaksi. Tarkistuslista tulisi pitää mahdollisimman yksinkertaisena, ja se tulisi sisältää vain turvallisuuden kannalta oleelliset toiminnot. Se helpottaa listan seuraamista sekä kannustaa henkilökuntaa myös käyttämään sitä. Listan käyttö vaatii myös henkilökunnalta sitoutumista ja kiinnostusta turvallisuuden kehittämistä kohtaan. (Helovuo ym. 2011, 208–211.)

Tarkistuslistoja voidaan luokitella neljään eri tasoon, tai listatyyppiin. Ensimmäisen tason lista (static parallel) on yhden henkilön lista tiettyä toimenpidettä varten. Toisen tason lista (static sequential checklist with verification) on kahden henkilön lista. Tässä toinen lukee ja noudattaa ohjetta ja toinen varmistaa ohjeen mukaisesti toimimista. Kolmannen tason lista (static sequential checklist with verification and confirmation) on isompien tiimien lista. Se on monesti pilkottu useampaan osaan. Tämä käydään toimenpiteen aikana vaiheittain läpi. Toimenpiteen aikana varmistetaan asiat tehdyksi ja kerrotaan havaintoja myös koko ryhmälle. Neljännen tason listassa (dynamic checklist) on annettu eri vaihtoehtoja tilanteen hoitamista varten. (Blomgren ja Pauniahho 2013, 280–287.)

Hyvin tehdyn tarkistuslistan käyttö on helppoa ja yksinkertaista. Tarkistuslista tulee laatia työtehtävistä, jossa esiintyy eniten virheitä. Sen suunnittelu kannattaa tehdä työryhmänä. Tarkistuslistoja tulisi kehittää ja päivittää säännöllisesti. (Blomgren ja Pauniahho 2013, 280–287.)

3 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN OHJAUSKESKUSTELUN PERIAATTEET

Tässä luvussa käsitellään ensiksi sosiaali- ja terveysalaa koskevia eettisiä periaatteita, jotka ohjaavat myös ohjauskeskustelun kulkua. Keskeisimpiä etiikkaa ohjaavia arvoja ovat ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioitus, potilaan ja asiakkaan etu, keskinäinen vuorovaikutus, työn laatu sekä vastuulliset päätökset ja toiminta (ETENE 2011, 5). Toisessa alaluvussa perehdytään yhteiskunnan arvoihin sekä yhteiskunnallisiin tekijöihin. Nämä luovat taustan myös ohjaukselle ja ohjauskeskustelulle. Kolmanesta alaluvusta lähtien kerrotaan enemmän ohjauksesta. Paneudumme ohjaukseen käsitteenä sekä sen lähikäsitteisiin. Tämän jälkeen käsittelemme ohjauksen eri vaiheita sekä vuorovaikutusta ohjauksessa.

3.1 Ohjauskeskustelun eettiset periaatteet

Ohjauskeskustelua sekä terveysalan tarjoamia palveluja ohjaavat lait, määräykset sekä eettiset periaatteet (ETENE 2011). Ohjauksen eettinen arvioiminen on osa ohjausosaamista, jossa pohditaan oikeita ja vääriä toimintatapoja, ihanteita sekä periaatteita (Vänskä ym. 2011, 10–11). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENE:n julkaisussa on esitelty sosiaali- ja terveysalan eettisiä periaatteita (ETENE 2011). Suomessa terveydenhuollon eettisiin ohjeisiin on kirjattu viisi keskeistä teemaa. Näitä ovat potilaan ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioitus, potilaan ja asiakkaan etu, keskinäinen vuorovaikutus, työn laatu sekä vastuulliset päätökset ja toiminta. (ETENE 2011, 5.)

Ihmisarvon kunnioittaminen on toiminnan perusta. Työssä tulee huomioida perus- ja ihmisoikeudet, itsemääräämisoikeus sekä valinnan vapaus. Potilaan ja asiakkaan etuun liittyy palvelun tarjoajan pyrkimys hyvän tekemiseen ja vahinkojen välttämiseen. (ETENE 2011, 5-7.) Tämä tarkoittaa käytännössä esimerkiksi sitä, että terveydenhuollon ammattilaisen tulee tarjota asiakkaalle riittävästi tietoa aiheesta, vaihtoehdoista hoidossa sekä hoitomuotojen hyödyistä sekä riskitekijöistä, jotta asiakas pystyy tekemään päätöksen itseään koskevissa asioissa. Asiakkaan päätöstä tulee myös kunnioittaa.

Ihmisarvon kunnioittaminen liittyy myös oikeuteen saada hoitoa, laadukasta palvelua sekä tasapuolista kohtelua. Hyvä keskinäinen vuorovaikutus niin henkilökunnan ja asiakkaiden välillä kuin ammattihenkilöstön välillä on keskeinen osa hyvää palvelua. Tärkeää on, että jokainen tulee kuulluksi ja kohdatuksi arvostavasti. Ammattilaisten keskeisenä tehtävänä on myös pitää yllä osaamistaan kouluttautumalla. Ammattilaisen tulee siis tuntea toiminnan taustalla oleva lainsäädäntö sekä eettiset ohjeet. Nämä vaikuttavat työn laatuun ja kykyyn tehdä vastuullisia päätöksiä sekä toimia oikein. Yhteiskunnassa terveydenalan laindäädännön, resurssien sekä työhön liittyvien vaatimusten tulee tukea pyrkimystä parempaan terveyteen ja hyvinvointiin. (ETENE 2011, 5–7.) Myös ohjauskeskustelun taustalla vaikuttavat edelliset eettiset periaatteet.

Ohjaaminen perustuu myös kolmeen arvoon, jotka ovat ihmisen oikeus autonomiaan, tietoihin ja kykyihin sekä terveyteen. Lisäksi hoitotyössä toiminta perustetaan tieteelliseen näyttöön (näyttöön perustuva hoitotyö) sekä annettuihin suosituksiin, jotta palvelun laatu pysyisi hyvänä, eettisesti hyväksyttävänä sekä oikeallisena. (Eloranta ja Virkki 2011, 23.)

3.2 Yhteiskunnalliset tekijät ohjauskeskustelun taustalla

Nykyiseen ohjauksen arvoperustaan sekä sosiaali- ja terveysalan toimintaan heijastuvat yhteiskunnassa vallitsevat arvot kuten yksilöllisyys, tasa-arvo, yhdenvertaisuus ja yksilön vapaus (Vänskä ym. 2011, 9). Ohjauspalveluiden toimintaympäristö, tarkoitus ja tehtävä on muuttunut ajan mukana asiantuntijakeskeisestä terveysvalituksesta jaettuun asiantuntijuuteen, jossa tarkoituksena on tiedottaa ja opastaa (Vänskä ym. 2011, 11; Kyngäs ja Hentinen 2009, 77). Ohjauksen tavoitteena on riittävä tiedonanto, jonka pohjalta asiakas pystyy toimimaan omaa terveyttä edistävästi. Tiedon tarjonnan lisääntyessä tiedon välityskanavien myötä, yksi terveydenhuollon tehtävistä on auttaa asiakasta hahmottamaan kokonaiskuva, sekä oleellisia, tutkittuun tietoon perustuvia asioita aiheesta. (Vänskä ym. 2011, 10.)

Ohjauksen ja ohjauskeskustelun taustalla vaikuttavat erilaiset yhteiskunnalliset tekijät, kuten eettisesti kestävä toiminta, yhteisvastuullinen johtaminen, organisaatorakenteet, vallitseva toimintaympäristö ja palveluiden käyttäjät. (Vänskä ym. 2011, 10–11.) Eettisesti kestävässä toiminnassa sekä yhteisvastuullisessa johtamisessa tarkastelun kohteiksi nousevat myös ennaltaehkäisevä terveydenhuolto, kustannustehokkuus sekä vaikuttavuus. Esimerkiksi kustannustehokkaassa toiminnassa on usein kannattavampaa panostaa kunnolliseen palvelun laatuun ja tulokseen yksittäisissä tapauksissa, sillä pidemmällä aikajaksolla tällä ennaltaehkäistään monen muun terveydellisen ongelman syntyminen ja näin säästetään myös taloudellisesti. (Vänskä ym. 2011, 8–9.)

Ohjaajan on tärkeä olla perehtynyt sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rakentumiseen, tavoitteisiin ja arvioihin niin valtakunnallisesti kuin oman työyksikön tasolla. Onnistunut ohjaustoiminta edellyttää organisaation asettamia realistisia tavoitteita sekä resursseja toimintaan. Joskus myös työntekijän ja organisaation mielipiteet riittävästä resursseista voi olla erilaisia. Myös työntekijän työnkuva saattaa muuttua tai tarvitaan uusien asioiden oppimista. Työn onnistumisen kannalta on kuitenkin oleellista, että työntekijä löytää oman paikkansa organisaatiossa ja työ on mielekästä. (Vänskä ym. 2011, 14–15.) Olisikin suotavaa, että työnantajan päätökset ja linjaukset ovat yhteneväisiä ammattihenkilöstön eettisten toimintaperiaatteiden kanssa (ETENE 2011, 7).

Ohjaajan on tärkeä pohtia tilanteita, joissa omat arvot eivät välttämättä kohtaa organisaation arvoja ja ohjaaja työntekijänä joutuu tekemään kompromisseja. Tällaisia voivat olla esimerkiksi tilanteet, joissa ohjaaja haluaisi käydä yksittäisen asiakkaan kanssa perusteellisesti asioita läpi, mutta käytettävissä oleva aika on varattu vain tietyille asioille. Esimerkiksi ohjauskeskustelussa aika voi olla rajallista ja ratkaisut asioiden tärkeydestä tulee tehdä huomioiden asiakkaan lähtökohdat. (Vänskä ym. 2011, 14–15.)

Ohjaajan on hyvä pohtia myös omaa arvopohjaa suhteessa asiakkaiden arvomaailmaan. Tärkeää on tiedostaa omat lähtökohdat, arvot sekä ohjaustavat. Näiden tunnistaminen auttaa soveltamaan taitoja eri ympäristöissä, sekä auttaa erilaisten asiakkaiden kohtaamista ohjaustilanteissa. (Vänskä ym. 2011, 9.) Esimerkiksi mikäli ohjaaja pitää laiskuutta huonona omassa arvomaailmassaan, voi hän nähdä ohjattavan epäonnistumisen yrittämisen puutteena, näkemättä muita vaikuttavia syitä epäonnistumisen

taustalla. Tästä johtuva tuomitseminen voi lamauttaa asiakkaan sekä vuorovaikutuksen ohjaajan sekä ohjattavan välillä. Tällöin varsinaiset syyt asioiden takana saattaa jäädä käsittelemättä kokonaan. (Vänskä ym. 2011, 14.)

Ohjaajan tulisikin miettiä myös omassa elämässä tapahtuneita negatiivisia tilanteita tai asioita, sillä ne voivat tiedostamatta vaikuttaa ohjauskeskusteluun (Vänskä ym. 2011, 13). Tiedostaessaan nämä tilanteet ohjaaja voi parhaimmillaan välttää ohjaustilanteiden vääristymisen esimerkiksi ohjattavan kertomuksen sekoittumisen omiin muistijälkiin. Samalla ohjaaja voi parhaimmillaan samaistua paremmin ohjattavaan ja tukea häntä. (Vänskä ym. 2011, 14.)

Palveluiden käyttäjät ovat oleellinen osa ohjauskeskustelun taustalla vaikuttavista tekijöistä. Toiminnan onnistuminen punnitaan joka päivä asiakastilanteissa (Vänskä ym. 2011, 9). Ohjaustilanteessa tulisi huomioida myös asiakkaiden aikaisempi tietotaito, uskomukset sekä kokemukset (Eloranta ja Virkki 2011, 22). Tämän pohjalta pyritään vastaamaan mahdollisimman hyvin asiakkaiden tarpeisiin ja toiveisiin.

Ohjauskeskusteluiden toteuttamiseen ei olla voitu rakentaa yhtä yleistä mallia, sillä ohjaustilanteet ja toimintaympäristöt vaihtelevat (Vänskä ym. 2011, 9). Ohjauskeskustelu rakentuukin, sekä teoriaan pohjautuvista toimintamalleista, että tilannekohtaisesta toiminnasta ja ratkaisuista. Jokainen keskustelu on jollain tasolla erilainen kuin toinen. (Vänskä ym. 2011, 7.)

3.3 Ohjauksen tavoitteet ja lähikäsitteet

Asiakasohjaus on tavoitteellista toimintaa, jossa tuetaan asiakasta tiedollisesti, emotionaalisesti ja/tai konkreettisesti. Tiedollisella tuella tarkoitetaan asiakkaalle tiedon välittämistä ymmärrettävässä ja tarkassa muodossa. Asiakkaan tulee pystyä sisäistämään tieto, jotta hän voi soveltaa tätä arjessaan. Emotionaalinen tuki tarkoittaa asiakkaan auttamista tunteisiin liittyvien asioiden käsittelyssä. Ohjaus voi sisältää myös konkreettisen tuen järjestämistä, kuten apuvälineiden hankintaa tai taloudellisissa asioissa auttamista ja niistä keskustelua. (Kyngäs ja Hentinen 2009, 77.)

Ohjauksen tavoitteena on auttaa asiakasta käsittelemään kokemuksiaan ja auttaa ratkaisemaan ongelmia käytettävissä olevien resurssien avulla (Kyngäs ja Hentinen 2009, 78). Tavoitteena on antaa ohjattavalle voimavaroja oman elämänsä hallitsemiseen ja ratkaisujen löytämiseen. Tähän pyritään jakamalla yhteisiä tietoja ja taitoja. Esimerkiksi ohjattavaa autetaan ymmärtämään palveluiden sisältöä, jotta hän ymmärtää niiden merkityksen terveytensä edistämässä. Oleellista ohjauksessa on ohjattavan rooli keskustelun sisällön rakentajana ja määrittäjänä. (Eloranta ja Virkki 2011, 19–20.)

Ohjauksen lähtökohtana onkin asiakaslähtöisyys, asiakkaan ja ohjaajan jaettu asiantuntijuus sekä vastuullisuus. Asiakaslähtöisessä ohjauksessa asiakas tunnistaa yhdessä ohjaajan kanssa kehittämisen kohteita, pohtii niihin ratkaisuja sekä tapoja toimia. Yhdessä ohjaajan kanssa käsitellään asioita, jotka vaikuttavat asiakkaan hoitoon sitoutumiseen ja pohditaan toimintatapoja, jotka sopivat hyvin ja on hyvä toteuttaa. Jaettu asiantuntijuus tarkoittaa asiakkaan roolia oman elämänsä asiantuntijana sekä

ohjaajan roolia ammattilaisena, jolla on tieto asian sisällöstä, ohjauksen menetelmistä sekä oppimisesta. Ohjaaja auttaa asiakasta pohtimaan kokemuksiaan, sekä etsimään ratkaisuja ja hyviä tapoja toimia oman terveyden edistämiseksi. (Kyngäs ja Hentinen 2008, 77–78.)

Vastuullisuudella tarkoitetaan sitä, että asiakkaalla ja ammattilaisella on oma vastuu onnistuneessa ohjauksessa. Asiakkaalla on vastuu tekemistään valinnoista sekä oppimisestaan. Ketään ei voi pakottaa hoitoon, vaan asiakkaan täytyy itse olla valmis käyttämään annettua tietoa ja soveltamaan sitä saavuttaakseen tavoitteet. Hoitoon sitoutumisen perustana on sen kokeminen merkitykselliseksi asiaksi elämässään. Ohjaajan vastuulla on ohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi (Kyngäs ja Hentinen 2009, 78). Ohjaajan tehtävänä on antaa tarvittavaa tietoa sekä selkiyttää asiakkaalle hänen elämäntilannettaan. Yhteisen keskustelun avulla pyritään luomaan erilaisia ratkaisuja sekä tukea asiakkaan kokemusta itsestään itseohjautuvana ja vahvana ratkaisujen tekijänä. (Vänskä ym. 2011, 22–23.)

Ohjauksen lähikäsitteenä käytetään monia muita käsitteitä, kuten neuvonta, opetus ja tiedon antaminen. Vaikka näitä käytetään toistensa rinnalla, ne eivät kuitenkaan tarkoita täysin samaa asiaa. (Kyngäs ja Hentinen 2008, 78.) Eloranta ja Virkki (2011, 19) sekä Kyngäs ja Hentinen (2008, 78–79) mainitsevat neuvonnan, opetuksen ja tiedon antamisen ohjauksen lähikäsitteinä ja pyrkivät erottamaan ne toisistaan. Neuvonnassa ammattilainen antaa tutkittuun tietoon perustuvia ohjeita, joiden mukaisesti toimiminen olisi asiakkaan tilanteen kannalta parhainta (Eloranta ja Virkki 2011, 21; Kyngäs ja Hentinen 2008, 79). Tämän vuoksi se eroaa ohjauksesta, jossa suorien neuvojen antamisesta vältetään (Kyngäs ja Hentinen 2008, 79). Neuvonnassa kyseessä on keskustelutilanne, jossa luodaan yhteinen tavoite. Tärkeää on tunnistaa asiakkaan lähtökohdat, sekä henkilökohtaiset tarpeet. (Eloranta ja Virkki 2011, 21).

Opetuksella on taas tietyt tavoitteet sekä suunnitelma, jonka avulla tavoitteisiin pyritään (Eloranta ja Virkki 2011, 20; Kyngäs ja Hentinen 2008, 78–79). Tavoitteena voi olla opettaa potilaalle niin käytännön taitoja kuin jakaa tietoa esimerkiksi hoidon merkityksestä. Usein opetettavat asiat on määritelty oleellisiksi asioiksi hoidon tai ennaltaehkäisevän toiminnan kannalta esimerkiksi potilaan kyky ja taito lääkityä ja hoitaa itseään. Kyseessä on usein yksittäinen hoitotoimenpide, joka on merkityksellinen koko hoitokokonaisuuden kannalta. (Eloranta ja Virkki 2011, 20.)

Tiedon antaminen taas sisältää vähemmän vuorovaikutusta. Siinä korostuu ohjattavan asian sisältö. Tiedon antamista voi olla esimerkiksi joukkoviestintä tai kirjallisen ohjeen antaminen potilaalle. Usein tämä ohjaustapa on muita muotoja täydentävä. (Eloranta ja Virkki 2011, 20–22; Kyngäs ja Hentinen 2008, 78–79.)

Vänskä ym. (2011,19) mukaan ohjaustilanteet sisältävät aina tiedon antamisen, neuvonnan, terapian, konsultaation ja oppimisen elementit. Nämä käsitteet eivät ole siis heidän mukaansa täysin erillisiä toisistaan. Ohjauksessa eri elementit voivat painottua eritavoin suhteessa toisiinsa. Painotukseen vaikuttavat ohjaustilanteen tavoitteet, sisällöt sekä menetelmät. Tavoitteet määrittävät ohjauksen me-

netelmien ja lähestymistapojen käytön. Ohjaustilanteet voivat sisältää joskus enemmän tiedon jakamista kuin toisessa tilanteessa terapeuttisia elementtejä. (Vänskä ym. 2011, 19.) Ohjaaminen on aina myös asiakkaan oppimisprosessin ohjaamista. Ohjaamisen taustalla vaikuttavat konstruktiivinen ohjaus, jossa on erityisesti kiinnostuttu tiedon rakentumisesta sekä tiedon prosessoinnista. Konstruktiivisessa ajattelussa ihminen nähdään aktiivisena tiedon rakentajana, joka valikoi ja tulkitsee tietoa aikaisemman tiedon pohjalta. (Vänskä ym. 2011, 21–23.) Tätä ajattelumallia korostetaan Elorannan ja Virkin (2011, 22) mukaan myös ohjauskeskustelussa, jossa ohjattavalle pyritään antamaan luotettavaa sekä hänelle merkityksellistä tietoa. Tietoa annettaessa korostuvat tiedon oikeellisuus sekä so-piva tiedon määrä suhteessa kykyyn vastaanottaa sitä. (Eloranta ja Virkki 2011, 22.)

3.4 Ohjauksen vaiheet

Ohjausprosessi voidaan jakaa kuuteen eri vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat ohjaustarpeen määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, ohjauksen suunnitteleminen, toteuttaminen, arvioiminen ja kirjaaminen. Vaiheet eivät kuitenkaan ole usein toisistaan irrallisia vaan tapahtuvat päällekkäin. (Eloranta ja Virkki 2011, 25–27.)

Ensimmäisessä vaiheessa määritellään asiakkaan ohjaustarve eli asiakkaan odotukset, aikaisempi tieto sekä sairauden vaihe. Tämä tapahtuu parhaiten avoimen keskustelun avulla. Avoimessa keskustelussa tulisi selvittää esimerkiksi ohjaustarvetta, kuten kuinka kauan asiakas on sairastanut, mitä hän tietää sairaudesta ja millaiset odotukset hänellä on ohjaukseen. (Eloranta ja Virkki 2011, 26–27.)

Ensimmäisessä vaiheessa määritellään ohjattavan konteksti eli taustatekijät. Ne voidaan myös jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä ympäristön taustatekijöihin. Fyysisiä tekijöitä ovat esimerkiksi ohjattavan ikä, terveydentila ja sairauden laatu. Ohjauksessa on hyvä huomioida asiakkaan läheiset esimerkiksi lapsen kohdalla vanhempien läsnäolo tai iäkkäällä läheisen tarve hoidon toteuttamisen tukemisessa. Ohjattavan ikä vaikuttaa myös tiedon määrään sekä laatuun, jota hänelle kerrotaan. Lapselle asia tulee kertoa hänelle sopivalla tavalla. Terveydentila vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Pitkäaikaissairaiden kohdalla tulee, joka ohjauskerralla varmistaa sitoutuminen hoitoon. Myös oireeton sairaus tai asiakkaan kokemus hyvästä terveydentilasta voi hankaloittaa hoitoon sitoutumista sekä motivoitumista. (Kygäs ja Hentinen 2008, 84–87.) Psyykkisillä tekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi motivaatiota, odotuksia, uskomuksia ja kokemuksia, ohjaamistarvetta ja -tyyliä, jotka vaikuttavat ohjaukseen. Sosiaaliset ja ympäristöllisillä taustatekijöillä tarkoitetaan asioita, jotka ovat osana ohjattavan arkea. Näitä voivat olla esimerkiksi perhe, fyysinen ympäristö (kodin tilat, ohjauskeskustelun tilat) sekä kulttuuriset ja uskonnolliset tekijät. (Kygäs ja Hentinen 2008, 93–96.)

Toisessa ohjauskeskustelun vaiheessa asetetaan tavoitteita yhdessä ohjattavan kanssa. Tärkeää tavoitteissa on, että se on realistinen ja saavutettavissa asiakkaan elämäntilanteessa. Sen tulee olla jollain tavalla merkityksellinen asiakkaalle. Usein on hyvä asettaa varsinaiselle tavoitteelle erilaisia välitavoitteita motivaation ylläpitämiseksi. Tavoitteiden määrittely on tärkeää erityisesti silloin, kun omahoidon ja elämäntapamuutoksen vaikutus sairauteen on suuri. (Eloranta ja Virkki 2011, 26.)

Tavoitteen määrittelyn jälkeen suunnitellaan tarvittavaa ohjausta sekä sen laatua (kolmas vaihe). Ohjauksen tulee olla oikean mittainen ja se tulee olla saatavilla tarpeen vaatiessa. Suunnittelussa tulee huomioida asiakkaan sen hetkinen tiedon vastaanottokyky, tunteet, pelot, mahdolliset tavoitteen toteutumista estävät tekijät, saatavilla oleva tuki (esimerkiksi omaisten tuki) sekä toiveet ohjaukselle sekä tavoitteille. Neljännessä vaiheessa lähdetään toteuttamaan ohjausta. Tärkeää on ymmärtää, että hoitajalla on vastuu valintojen edistämisestä, mutta ohjattava tekee itse ratkaisunsa. (Eloranta ja Virkki 2011, 26–27.)

Kirjausta ja arviointia (vaiheet viisi ja kuusi) tapahtuu jatkuvasti, vaikka ne on eroteltu kahdeksi erilliseksi vaiheeksi. Kaikissa ohjausprosessin vaiheissa hoitajan tulee kirjata tietoja potilaan hoidon järjestämisestä, suunnittelusta ja toteutuksesta. Tällä vältetään myös päällekkäiset ohjaukset ja taataan hoidon jatkuvuutta. Ohjausta on hyvä arvioida jatkuvasti. Ohjausprosessissa on tärkeä pyytää palautetta myös asiakkaalta ohjauksen onnistumisesta ja hänen kokemuksistaan. Ohjauksen voidaan ajatella onnistuneen, kun asiakas on ymmärtänyt oleellisesta asiasta hoidostaan sekä osaa soveltaa niitä ja taitoja omaan elämään. (Eloranta ja Virkki 2011, 27.)

Ohjauksen vaiheita voidaan tarkastella myös oppimisen ja muutoksen tekemisen näkökulmasta. Nämä korostavat ohjauksen pyrkimystä siihen, että asiakas sitoutuu hoitoonsa ja osaa soveltaa tietoa elämäänsä. Tällöin ohjattavan tiedossa, taidoissa sekä asenteissa tapahtuu pysyviä muutoksia eli tapahtuu oppimista. (Eloranta ja Virkki 2011, 27.) Oppiminen edellyttää sisäistä motivaatiota asiakkaalta tehdä asioita. Motivoiminen on ohjauksessa oleellista, sillä tarve elintapojen muutokseen ei kerro asiakkaan halukkuudesta muutokseen. (Eloranta ja Virkki 2011, 32.)

Asiakkaat tulevat ohjaukseen erilaisella motivaatiolla. Muutoshaluttomalle ei välttämättä kannata jakaa erilaisia ohjeita elämäntavan muuttamiseen vaan saada hänet pohtimaan omaa terveyttä ja elintapojen merkitystä. Muutosvaihemalli auttaa hahmottamaan muutoksen tekemisen vaiheita ja asiakkaan motivaation tilaa. Se auttaa myös ohjaajaa hahmottamaan omaa roolia eri ohjausprosessin vaiheissa. Muutosvaihe malli voidaan jakaa esiharkintavaiheeseen, harkintavaiheeseen, valmistautumisvaiheeseen, toimintavaiheeseen sekä ylläpitovaiheeseen. (Eloranta ja Virkki 2011, 32–33.) Asiakkaan sijoittuminen motivaatioltaan muutosvaihemallissa olisi hyvä selvittää heti ohjauskeskustelun alussa selvittäessä ohjaustarvetta, sillä tämä vaikuttaa tavoitteiden luomiseen sekä ohjauskeskustelujen määrään pidemmällä aikavälillä.

Muutosvaihemallin esiharkintavaiheessa asiakas ei koe tarvitsevansa muutosta esimerkiksi elintapoihin tai hän ei tiedosta muutoksen tarvetta. Ohjauksessa tärkeää on tarjota tietoa ja auttaa asiakasta pohtimaan omia elintapojaan. Pyrkimyksenä ei ole varsinainen ongelmaan tai riskikäyttäytymiseen puuttuminen suoraan, sillä usein näin toimiessa asiakas asettautuu vain puolustuskannalle. Tämä voi pysäyttää muutosprosessin jo heti alkutekijöihin. (Eloranta ja Virkki 2011, 33.)

Harkintavaiheessa asiakas on tietoinen muutoksen tarpeesta, mutta ei ole vielä toiminut asian eteen (Eloranta ja Virkki 2011, 35). Asiakaslähtöinen ohjaus rakentuu asiakkaan henkilökohtaisten kehitystarpeiden pohjalle (Kyngäs ja Hentinen 2009, 78). Ohjauksessa on keskeistä saada asiakas arvioimaan

toimintatapoja sekä pohtimaan ratkaisuja toimimattomien tilalle (Eloranta ja Virkki 2011, 35; Kyngäs ja Hentinen 2009, 78). Tärkeää on rohkaista asiakasta sekä pyrkiä avoimesti keskustelemaan tunteista, arvoista ja epäilyksistä (Eloranta ja Virkki 2011, 35).

Valmistautumisvaiheessa asiakas kokee muutoksen tarpeelliseksi ja on tehnyt päätöksen muutoksesta. Tällöin on tärkeää tukea asiakasta, antaa hänelle tarpeeksi tietoa aiheesta, käsitellä tulevia haasteita sekä jo mahdollisesti koettuja epäonnistumisia. Valmistautumisvaiheessa asetetaan myös tavoitteet ja pohditaan yhdessä tapoja niihin pääsemiseen. (Eloranta ja Virkki 2011, 36.) Tässä vaiheessa olevan asiakkaan kanssa voidaan siis siirtyä ohjauskeskustelun vaiheissa tavoitteen asetteluun, jota käsiteltiin aiemmin.

Varsinaisessa toteuttamisvaiheessa tärkeää on henkilön voimavaraisuuden sekä pystyvyyden kokemusten tukeminen. Asiakasta autetaan pohtimaan erilaisia vaihtoehtoja, sekä harjoittelemaan käytännön taitoja. Elintapaohjauksessa on hyvä tehdä yhteinen yhteenveto käydystä keskustelusta. Ylläpitovaiheessa asiakas on itsenäisempi ja kykenee tekemään erilaisia ratkaisuja tilanteissa. Uudet tavat ovat tulleet jo osaksi päivittäistä elämää. Hän kuitenkin tarvitsee edelleen seurantaa ja tukea, mikäli kohtaa haasteellisia tilanteita. Erityisesti repsahduksissa ohjattava tarvitsee apua uudelleen muutoksen käynnistämiseksi. Repsahduksen sattuessa lähdetään uudelleen muutosvaihemalliin. Tällöin siis pohditaan yhdessä uudelleen asiakkaan elämäntapoja, sekä autetaan häntä löytämään motivaatio. (Eloranta ja Virkki 2011, 38.)

3.5 Vuorovaikutus ohjauskeskustelussa

Ohjaus on vastavuoroista keskustelua, johon molemmat osapuolet osallistuvat tasapuolisesti. Keskustelussa kohtaa kaksi asiantuntijaa, asiakas oman elämänsä asiantuntijana ja ohjaaja ohjausprosessin sekä sisällön asiantuntijana (Eloranta ja Virkki 2011, 54; Kyngäs ja Hentinen 2009, 80). Vuorovaikutuksessa on hyvä muistaa ohjauskeskustelun periaatteet eli tasavertaisuus, vastuullisuus, asiakaslähtöisyys sekä jaettu asiantuntijuus (Eloranta ja Virkki 2011, 19; Kyngäs ja Hentinen 2009, 77).

Ohjaussuhteessa voidaan erottaa neljä vuorovaikutustapaa, jotka ovat dialogisuus, asiantuntijakeskeisyys, asiakaskeskeisyys ja asiakaslähtöisyys. Näiden neljän tavan tasapainosta muodostuu hyvä vuorovaikutus. (Eloranta ja Virkki 2011, 59). Dialogisuudella tarkoitetaan vastavuoroista suhdetta, jossa molemmat osapuolet pääsevät vaikuttamaan keskustelun kulkuun ja luonteeseen (Mönkkönen 2018, 108).

Asiantuntijakeskeisestä vuorovaikutustavasta on luovuttu hoitotyössä (Eloranta ja Virkki 2011, 60). Liiallinen asiantuntijuus ja protokollan mukaan keskustelun suorittaminen saattaa koitua hyvän keskustelun kohtaloksi, kun ohjaaja unohtaa ohjattavan roolin keskustelun eteenpäin viejänä (Eloranta ja Virkki, 2011, 54, 46). Vastakkainen näkökulma asiantuntijakeskeisyydelle on asiakaskeskeinen vuorovaikutus, jossa asiakas vaikuttaa enemmän omaan hoitoonsa. Vaarana on kuitenkin ohjaajan vetäytyminen ohjausvastuusta, jolloin esimerkiksi ohjaaja ei anna tietoa asiakkaan päätöksien tueksi tai kommentoi asiakkaan ajatuksia. Ihanteellinen vuorovaikutus koostuu näiden kahden ääripään välimuodosta. (Eloranta ja Virkki 2011 58–59.)

Asiakaslähtöisessä vuorovaikutuksessa ohjaaja asettuu asiakkaan asemaan ja on aidosti läsnä (Eloranta ja Virkki 2011 60). Ammattihenkilökunnan tulisi unohtaa lukuisat hetket, jolloin asiakkaan asioista keskustellaan vain ammattihenkilökunnan kesken (Seikkula ja Arnkil 2009, 5–6). Asiakas tulisi ottaa mukaan keskusteluihin, sekä kaikkien eri alojen ammattilaisten tulisi yhdessä osallistua niihin. Tämä olisi taloudellisempaa ja toimivampaa, sekä ennen kaikkea se lisäisi asiakkaan voimavaraistumista. Lisäksi keskusteluja käydessä olisi hyvä huomioida asiakkaan läheiset, joita käsiteltävä asia koskettaa sekä lähipiiri, joka voi mahdollisesti tukea asiakasta. Lähipiiri sekä aikaisemmin auttaneet tahot tulisi ottaa mukaan keskusteluihin, joissa ratkaisuja pohditaan yhdessä. (Seikkula ja Arnkil 2009, 49–50.)

Ohjaustilanteessa tärkeää on sekä sanallinen, että sanaton viestintä. Sanallista viestintää voidaan lähestyä erilaisten ohjaustilanteessa käytettävien ohjaustyylien avulla, joita ovat katalysoiva, konfrontoiva sekä ohjeita antava tyyli. Katalysoivassa tyyliässä ohjaaja tekee avoimia kysymyksiä ja auttaa ohjattavaa selkiyttämään ajatuksiaan. Konfrontoivassa tyyliässä pyritään osoittamaan ristiriitoja ohjattavan puheessa tai toiminnassa. Tämä tyyli ei sovi ohjauksen alkuvaiheeseen, sillä se käynnistää helposti puolustuskannan. Ohjeita antavaa tyyliä käytetään, kun tarvitaan nopeita ratkaisuja. Tällöin määritellään ongelma ja annetaan selkeät ohjeet sen ratkaisemiseksi. (Eloranta ja Virkki 2011, 67.)

Ohjaustilanteessa käsitellään hyvinkin henkilökohtaisia asioita, joten ohjaajan on keskityttävä hienovaraisuuteen keskustelussa. Keskustelun luonne on hyvä pitää rauhallisena ja ohjaajan on tärkeä muistaa kuunnella ja välttää keskustelussa kiirehtimistä. (Eloranta ja Virkki 2011, 55.) Sanattomalla viestinnällä tarkoitetaan katsetta, kehon eleitä, liikkeitä, kosketusta sekä ajan käyttöä sekä fyysistä olemusta. Siihen lasketaan kuuluvaksi myös äänenpaino, tempo, voimakkuus, tauot ja painotukset. Sanattoman viestinnän tulisi olla linjassa sanallisen viestinnän kanssa. Usein tulkinnat ja viestinnän merkitys syntyy juuri sanattoman viestinnän kautta. (Eloranta ja Virkki 2011, 67.) Ohjauksessa tulisikin kiinnittää huomiota aitoon läsnäoloon sekä aktiiviseen kuunteluun. Aitoa läsnäoloa voi esimerkiksi ilmaista hymyilemällä, katsekontaktilla ja pienillä eleillä kuten nyökkäilyllä. Nämä osoittavat myös kuuntelua. Tärkeää on myös antaa asiakkaalle tilaa ja aikaa kertoa. Tällöin hetken hiljaisuutta ei tulisi pelätä. (Kygäs ja Hentinen 2008, 97–99.)

Keskustelussa on tärkeää tehdä tarkentavia kysymyksiä, sillä päämääränä on pyrkiä yhteisymmärrykseen ja välttää väärinkäsityksiä. Ohjaajan tulisi myös välttää ammattisanastoa ja täsmentää omien sanojensa merkityksiä, jotta väärin tulkitsemisen riski jää mahdollisimman pieneksi. (Kygäs ja Hentinen 2008, 99.)

4 SEPELVALTIMOTAUTI

Sepelvaltimotauti (morbus cordis coronarius, MCC) on yleisin verenkiertoelinten sairaus suomalaisessa väestössä. Sepelvaltimotaudissa sydänlihasta ravitsevat sepelvaltimot ahtautuvat, jonka perussyynä pidetään ikääntymisen myötä tapahtuvaa valtimoiden kovettumista eli ateroskeloosia. Sen merkittävimmät ilmentymät ovat rasitukseen liittyvä rintakipu eli angina pectoris, sydäninfarkti, sekä odottamaton sydänperäinen äkkikuolema. Taudin vaaratekijöihin luetaan tupakointi, veren suuri kolesteroli-pitoisuus, kohonnut verenpaine ja diabetes. Näihin edellä mainittuihin vaaratekijöihin voidaan vaikuttaa elintapaohjauksella ja lääkehoidolla. Sen sijaan ikä, miessukupuoli ja perimä ovat sepelvaltimotaudin vaaratekijöitä, joihin ei voida vaikuttaa. Ahtautuneita valtimoita on mahdollista hoitaa kajoavien toimenpiteiden avulla, kuten pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella. Kajoavien toimenpiteiden jälkeen tulee elintapa- ja lääkehoitoa arjessa jatkaa, vaikka sepelvaltimotaudin oireet häviäisivät. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, Uski-Tallqvist 2016, 194, 213-215; Mäkijärvi ym. 2011, 248.)

4.1 Ateroskleroosi ja sepelvaltimotaudin vaaratekijät

Ateroskleroosin eli valtimoiden kovettumisen myötä sydämen sepelvaltimoiden sisäkerrokseen eli intimaan kehittyä aluksi pieniä rasvatäpliä tai rasvajuosteita. Rasvakertymien suurentuessa rasva kovettuu valtimon seinämiin pesäkkeiksi eli ateroomaplakeiksi. Valtimon ahtaamisen uhatessa valtimon seinämät kuitenkin laajenevat ulospäin ja valtimo ei näin ollen vielä ahtaudukaan vaan muotoutuu uudelleen (remodeling). Taudin edetessä ja ateroomaplakkien kasvaessa sepelvaltimo kuitenkin lopulta ahtautuu, mikä johtaa "ahtauttavan sepelvaltimotaudin" eli angina pectoriksen syntyyn. (Mäkijärvi ym. 2011, 261; Kovanen ja Pentikäinen 2016, 284.)

Sepelvaltimon ahtautuminen aiheuttaa etenkin rasituksessa sydänlihaksen hapenpuutteen seurauksena rintakipua, joka saattaa myös säteillä olkapäihin, vasempaan olkavarteeseen, hartioihin, lapaluiden väliin, kaulaan ja leukaan. Plakit voivat revetä jo ennen ahtauttavaa tautia. Plakin repeäminen laukaisee elimistössä hyytymisprosessin, joka voi tukkia sepelvaltimon kokonaan ja aiheuttaa sydänlihaskuolon eli sydäninfarktin. (Ahonen ym. 2016, 215-216; Mäkijärvi ym. 2011, 261.) Statiinilääkitys on todettu ainoaksi erittäin tehokkaaksi sepelvaltimotaudin primaari- ja sekundaaripreventiossa. Se pienentää plasman LDL-kolesterolipitoisuutta, sekä estää tehokkaasti plakin tulehdusta. Muutamien kuukausien statiinien käytöllä saadaan plakin tulehdussolujen määrät pienemmiksi. Samaan aikaan sileälihasolujen määrä ja niiden tuottaman kollageenin määrä kasvaa, mikä vahvistaa repeämä herkkiä plakkeja, jolloin plakin repeämävaara laskee. (Pentikäinen ja Kovanen 2016, 376.)

Ateroskleroosin kehittymisnopeuteen vaikuttavat yksilölliset vaaratekijät. Sepelvaltimon ateroskleroottisen plakin kehittämisessä keskeiset itsenäiset vaaratekijät ovat ikä, sukupuoli, korkea LDL- ja matala HDL-kolesteroli pitoisuus, kohonnut verenpaine, tupakointi (myös passiivinen) ja diabetes. Ikää ja sukupuolta lukuun ottamatta näihin edellä mainittuihin sepelvaltimotaudin vaaratekijöihin voidaan vaikuttaa. (Ahonen ym. 2016, 194; Kovanen ja Pentikäinen 2016, 284.) Terveet elintavat, kuten säännöllinen liikunta, ylipainon välttäminen ja kuitupitoinen ja vähän tyydyttynyttä rasvaa sisältävä

ruokavalio kuuluu osaksi sepelvaltimotautipotilaan hoitoa ja vaaratekijöiden minimoinnista. (Käypä hoito 2015a; Mäkijärvi ym. 2011, 256-257.) Kokonaisvaaran arvioinnissa terveydenhuollon ammattilainen voi hyödyntää SCORE-taulukkoa tai THL:n Finriski-laskuria (Ahonen ym. 2016, 194; Mäkijärvi ym. 2011, 254-256).

4.2 Sepelvaltimotaudin merkittävimmät ilmenemismuodot

Sepelvaltimotaudin eri vaikeusasteissa oireet vaihtelevat vakaista epävakaisiin. Vakaalle sepelvaltimotaudin muodolle on luonteenomaista rasituksessa ilmenevä puristava rintakipu eli angina pectoris. Oireena voi olla epätyypillisesti hengenahdistus ja huono rasituksen sieto ilman kipua. Oireet ilmenevät aina samankaltaisessa ja yhtä voimakkaassa rasiustilanteessa. Rasituksen vähentyessä ja/tai otettaessa nitrolääkettä oireet yleensä helpottuvat. Oireilun taustalla on ajan myötä kovettuman ahtauttama sepelvaltimo, joka ei saa rasituksessa riittävästi verta. (Ahonen ym. 2016, 215; Mäkijärvi ym. 2011, 249-250.)

Epävakaisiin muotoihin luetaan epästabiili angina pectoris (UAP), ST-nousuton sydäninfarkti (NSTEMI) ja ST-nousuinfarkti (STEMI). Sepelvaltimotautikohtaukset (akuutti koronaarioireyhtymä, ACS) ovat sepelvaltimotaudin epävakaita muotoja. (Ahonen ym. 2016, 215-216; Porela ja Ilva 2016, 388). Akuutti sepelvaltimotautikohtaus saa ensisijaisesti alkunsa sepelvaltimon seinämän rasvapesäkkeen eli ateroomaplakin repeämisen aiheuttamasta verihyytymästä eli trombista sepelvaltimossa. Toissijaisina syinä voi olla esimerkiksi nopea rytmihäiriö, äkillinen anemia, hypertensiivinen kriisi, kriittinen aorttaläppästennoosi (ahtauma) tai trauma tai joku muu sympaattisen hermoston vilkas toimintatila. (Käypä hoito 2015b).

Sepelvaltimotautikohtauksessa laaja-alaiset rintakivut pahenevat sydämen hapenpuutteesta johtuen äkillisesti tai sepelvaltimotautiin viittaavaa lisääntyvää ja vaikeutuvaa oireilua on kestänyt korkeintaan muutaman vuorokauden. (Ahonen ym. 2016, 215-216; Porela ja Ilva 2016, 388). Sepelvaltimotautikohtauksessa lepo ja nitrolääke eivät auta laaja-alaiseen kovaan rintakipuun (Ahonen ym. 2016, 216; Mäkijärvi ym. 2011, 249). Kipu voi säteillä myös kaulalle, vasempaan käsivarteeseen ja lavan alueelle tai se voi olla reflusinäristyksen kaltaista kipua. Toisinaan oireet voivat olla erityisesti vanhuksilla epätyypillisiä, kuten hengenahdistus, pahoinvointi, huonovointisuus ja voimakas kipu voi puuttua. Liitännäisoireina voi esiintyä bradykardiaa eli sydämen hidaslyöntisyyttä, takykardiaa eli sydämen tiheälyöntisyyttä, hikoilua ja verenpaineen laskua (Tierala, Romppanen ja Niemelä 2016, 414.)

4.3 Sydän kuntoutus

Tutkimusten mukaan sydänkuntoutus on vaikuttavimpia kuntoutuksen muotoja. Tavoitteellisten ja järjestelmällisten kuntoutusohjelmien avulla voidaan vähentää sepelvaltimotautipotilaan sairaalapäivien lisäksi terveydenhuollon kustannuksia. (Mäkijärvi ym. 2011, 158.) Sydänkuntoutukseen useimmiten kuuluu moniammatillisia interventioita, sekä liikunta- ja lääkehoidon ohjausta. Hoitotyön tutkimussäätiön mukaan sydänkuntoutuksen avulla on mahdollista vähentää kuolleisuutta 13-14 % yhdestä kolmeen vuoteen, sekä oireiden uusiutumista 30 %:lla ensimmäisenä vuonna sepelvaltimotapahtuman

jälkeen. (Hotus 2019.) Sydän kuntoutuksella edistetään suunnitelmallisesti ja moniammatillisesti sepelvaltimotautipotilaan toipumista, sairauden etenemistä ja sydänoireiden ilmaantumista. Työikäisten kohdalla tavoitellaan työkyvyn säilyttämistä tai palauttamista. Sydän kuntoutuksella lisätään sepelvaltimotautia sairastavan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua. (Ahonen ym. 2016, 247; Käypä hoito 2015a.)

Sydän kuntoutuksessa on kolme vaihetta, jotka ovat sairaalavaihe, varhainen toipumisvaihe (2-6 kk kotiutumisesta) ja myöhäinen toipumisvaihe. Sairaalavaiheessa potilaalle annetaan ensitieto sairaudesta ja sen tutkimus- ja hoitomuodoista, sekä aloitetaan liikunnallisen kuntoutuksen ohjaus. Sairaalat järjestävät ensitietopäiviä- ja luentoja kotiutumisen jälkeen, joiden tarkoituksena on potilaiden ja/tai omaisten tiedon lisääminen sairauden hoidosta, sekä edistää potilaan kotona pärjäämistä. Ensitietopäiviä järjestetään, sillä psyykkisen kriisin keskellä sairaalassa annetun potilasohjauksen vastaanottaminen voi olla vaikeaa. (Ahonen ym. 2016, 248.)

Sairaalavaiheen jälkeen sepelvaltimotautipotilaan ohjaus ja seuranta tapahtuu yleensä omalla terveysasemalla, mutta tapauskohtaisesti myös erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. Sepelvaltimotautipotilaille tulee järjestää sairaanhoitajan vastaanottoaika noin 2-6 kuukauden kuluttua kotiutumisesta. Varhaisessa toipumisvaiheessa potilasta kannustetaan omien riskitekijöiden aktiiviseen pohdintaan ja omahoidon toteuttamiseen. Tuolloin sairaanhoitajan ja lääkärin pitää myös arvioida potilaan kuntoutus- ja esitellä erilaisia kuntoutumisen vaihtoehtoja. (Ahonen ym. 2016, 248.)

Sydän kuntoutuksen myöhäinen toipumisvaihe käsittää sydänjärjestöjen tarjoaman vertaistoiminnan, liikuntaryhmät ja asiantuntijaluennot, sekä omalääkärin ja -hoitajan toteuttaman järjestelmällisen potilasohjauksen ja seurannan. Myöhäisessä toipumisvaiheessa sepelvaltimotautipotilasta tuetaan näitten edellä mainittujen toimijoiden avulla toteuttamaan omahoitoa läpi elämän. (Ahonen ym. 2016, 248.) Sydänpotilaan ohjauksen ja seurannan keskeiset asiat ovat:

- potilaan yleisvoiminnan seuranta
- mittaukset
- laboratoriotutkimukset
- lääkitys
- omahoito ja hoitoon sitoutuminen (Ahonen ym. 2016, 249.)

Sydän kuntoutusta tarjoavat perusterveydenhuolto, Kansaneläkelaitos, vakuutus ja eläkelaitokset ja sydänjärjestöt (Ahonen ym. 2016, 248, Sydänliitto 2018c). Sepelvaltimotautipotilaiden on mahdollista osallistua sydänpiirien ja valtakunnallisten sydänyhdistysten järjestämille erilaisille kuntoutumis-, sopeutumisvalmennus- ja teemakursseille. Useimmiten sydänjärjestöjen kurssit ovat ilmaisia tai niistä veloitetaan omavastuuosuus. Sydänjärjestöjen kursseille tarvitaan kopio tuoreimmasta epikriisistä ja lääkärin suositus kurssille osallistumisesta, sekä matkakorvaus- ja kuntoutusrahhakemusta varten. (Sydänliitto 2018a.)

Tulppa on ryhmämuotoinen kuntoutusohjelma valtimotautipotilaille ja henkilöille, joilla on valtimotaudin riskitekijöitä. Tulppa-ryhmään kuuluvat tapaavat oman alueen terveysasemalla ja ne ovat kestoltaan noin 2-3 tuntia. Tapaamisia on 8-10 kertaa peräkkäin viikon välein ja kaksi kertaa puolen vuoden ja vuoden kuluttua ryhmän alkamisesta. Tulppa-kuntoutukseen osallistumalla saa mm. tietoa valtimotau-
taudeista ja oppii keinoja omahoidon toteutukseen. (Sydänliitto 2018a.)

Kela tarjoaa sydämdiagnoosin saaneille työkäisille ja työelämän ulkopuolella oleville sopeutumisvalmennuksia ja kuntoutuskursseja, joista valtaosa on perhekursseja. Kelan kursseille tarvitaan lääkärin kirjoittama B-lausunto, sekä yhdessä laadittu kuntoutumissuunnitelma. Hakemus lähetetään Kelaan. (Sydänliitto 2018a.)

Sydänyhdistysten ja fysioterapiayritysten järjestämiin liikunnallisen kuntoutuksen ryhmiin voi hakeutua lääkärin läheteellä (SV3FM), jolloin Kela korvaa osan kustannuksista sairausvakuutuslain perusteella. Lääkärin kirjoittama lähete on voimassa vuoden ajan. Liikunnallista kuntoutusta voi saada myös terveyskeskuksista, joihin voi hakea esim. oman hoitajan kautta. (Sydänliitto 2018a.)

4.4 Sepelvaltimotautipotilaan elintapaohjaus

Terveelliset elintavat vaikuttavat myönteisesti sepelvaltimotautipotilaan ennusteeseen ja lääkehoidon tarpeeseen. Elintapoja tulisi tarkastella viimeistään siinä vaiheessa, kun tauti on diagnosoitu. (Ahonen ym. 2016, 220-221.) Terveellisiin elintapoihin luetaan säännöllinen liikunta, ylipainon välttäminen, tupakoimattomuus ja ruokavalio, johon sisältyy runsaasti kuitua ja niukasti kovaa rasvaa (Käypä hoito 2015ba)

4.4.1 Sepelvaltimotautia sairastavan ruokavalio

Sydänterveyttä edistävä ruokavalio on keskeinen osa sepelvaltimotaudin omahoitoa myös kajoavien toimenpiteiden, kuten esim. pallolaajennuksen tai ohitusleikkauksen jälkeen (Sydänliitto 2016a). Terveellisellä ja monipuolisella ruokavaliolla edistetään kuntoutumista ja hidastetaan taudin etenemistä, sekä vähennetään sepelvaltimotaudin taustalla olevia vaaratekijöitä: kohonnutta verenpainetta, rasva- ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä ja ylipainoa. Sydänystävällisessä ruokavaliossa oleellista on terveellinen kokonaisuus. (Ahonen ym. 222; Sydänliitto 2016a.) Koko väestölle tarkoitettujen yleisten ravitsemussuosituksen sopivat myös sepelvaltimotautia sairastaville (VRN 2014.)

Runsas kuidun käyttö tukee painonhallintaa pitkittämällä kylläisyyden tunnetta ja mahdollisesti alentaa matala-asteista tulehdusta. Runsaskuituisella ruoalla on myös monia muita terveyttä edistäviä vaikutuksia. Liukenematon viljakuitu madaltaa sepelvaltimotaudin ja 2-tyyppin diabetekseen sairastumisen riskiä. Päivittäin naisten tulisi saada vähintään 25 g ja miesten 35 g kuitua eli 6-9 annosta kuitua energiatarpeen mukaan. Vaivattomimmin kuidun päivittäinen saantisuositus täyttyy syömällä täysjyväviljaa sisältävää ruokaa. Yksi annos on esimerkiksi viipale leipää, 1,5 dl puuroa, ½ dl myslää, 1dl keitettyä pastaa tai riisiä. Lautaselle kannattaa annostella lisäksi kuitupitoisuutta nostamaan kasviksia, palkokasveja, pähkinöitä ja siemeniä. Kasvisten, marjojen ja hedelmien sisältämä liukoinen kuitu ja

suojaravintoaineet (vitamiinit, kivennäisaineet ja fytokeemikaalit) lisäävät sydänterveyttä vähentämällä esimerkiksi verenkokonaiskolesterolia ja edistämällä glukoosiaineenvaihduntaa. Sydänterveyden kohentamisen kannalta niitä tulisi syödä vähintään puoli kiloa päivittäin. (Ahonen ym. 2016, 222-224; Sydänliitto 2016a; Sydänliitto 2019a.) Tuotteissa olevat pakkausmerkinnät mahdollistavat tuotteiden vertailun. Pakkausmerkintöjä lukemalla voidaan valita itselle sopivin tuote. Esimerkiksi viljatuotteita hankittaessa huomio kannattaa kiinnittää tuotteen sisältämän täysjyväviljan ja kuidun määrään. Esimerkiksi leiväksi tulisi valita yli 6g kuitua / 100g sisältäviä tuotteita. Sydänmerkki-tuotteet ovat omassa tuoteryhmässään ravitsemuksellisen koostumuksensa perusteella suositeltava vaihtoehto. (VRN 2014, 35.)

Sydänterveyttä edistävässä sepelvaltimotautipotilaallekin sopivassa ruokavaliossa tulee kiinnittää erityistä huomiota myös rasvan laatuun. Keskeistä on käyttää pehmeitä rasvoja (tyyydyttymättömiä) kovien rasvojen (tyyydyttyneiden) sijaan. Pehmeiden rasvojen osuuden tulisi olla vähintään 15-30 % eli 2/3 (67%) kokonaisenergiasta, mikä vastaa 1800 kcal energiatasolla 30-60 g pehmeää, tyydyttymättöntä rasvaa. Vastaavasti kovan rasvan osuuden tulisi olla enintään 7 % eli 1/3 (33%) kokonaisenergiasta, mikä vastaa 1800 kcal energiatasolla alle 20g kovaa tyydyttynyttä rasvaa, johon luetaan mukaan myös transrasvat. Transrasvoja saadaan mm. rasvaisista maitovalmisteista, juustosta ja voista. Pehmeää rasvaa saadaan mm. kasviöljyistä (esim. rypsiöljy) ja margariineista, kalasta sekä pähkinöistä, manteleista ja siemenistä. Pehmeän rasvan saantisuositus täyttyy syömällä päivittäin esimerkiksi 6 tl margariinia (< 60 % rasvaa) ja 1 rkl rypsiöljyä ja kalaa 2-3 kertaa viikossa. (Ahonen ym. 2016, 224; Sydänliitto 2016a.)

Suolan käytön vähentäminen on myös olennaista kokonaisuuden kannalta. Suolan runsas käyttö lisää mm. vasemman kammion liikakasvua, kohottaa verenpainetta ja lisää verenpainelääkkeiden tarvetta. Sydänterveyttä ajatellen suolaa ei tulisi saada 5 g enempää päivässä. Teolliset elintarvikkeet sisältävät runsaasti niin sanottua piilosuolaa. Piilosuolaa on etenkin vilja- ja leivontatuotteissa, liha- ja makkara-likkeleissä, juustoissa, maito- ja kalavalmisteissa. (Ahonen ym. 2016, 225.) Myös säilykkeet, mauste-seokset ja maustekastikkeet sisältävät paljon suolaa. Suolan käyttöä voi vähentää tuotteiden pakkausmerkintöjä lukemalla, suosimalla vähäsuolaisia tuotteita, sekä rajoittamalla suolan käyttöä ruoanvalmistuksessa. Makuaiisti tottuu melko nopeasti vähäsuolaisempaan ruokaan. Sydänmerkin tuote saa, kun siinä on suolaa enintään 1g/100g:ssa. (Sydänliitto 2016a.)

Sokerin saannin tulisi olla alle 10 % kokonaisenergiasta, etenkin silloin, kun potilaalla on diabetes, suurentuneet veren triglyseridipitoisuudet tai ylipainoa. Sokereihin luetaan sakkaroosi, fruktoosi, tärkkelysperäiset makeuttajat, kuten esimerkiksi glukoosisiirappi ja muut niiden kaltaiset valmisteet. Sokeria on myös runsaasti makeissa alkoholijuomissa. Sepelvaltimotautia sairastava potilas voi nauttia alkoholia maltillisesti. Maltillinen alkoholin käyttö tarkoittaa naisilla 9 ja miehillä korkeintaan 14 ravintola-annosta viikossa. (Ahonen ym. 2016; Sydänliitto 2016a.)

4.4.2 Tupakoinnin lopettaminen

Tupakoinnin lopettaminen hidastaa sepelvaltimotaudin etenemistä. Sepelvaltimotautia sairastavilla tupakoinnin lopettaminen vähentää kuoleman riskin vuodessa puoleen (Käypä hoito 2018). Tupakointi lisää pallolaajenuksessa olleiden tai ohitusleikattujen potilaiden kuoleman ja uusien sydäninfarktien riskiä. Tupakoimattomuus pidentää keskimäärin eliniän odotetta 10 vuotta. Monissa sairauksissa, kuten esim. valtimosairauksissa saatujen hoitojen hyödyt kasvavat merkittävästi tupakoimattomilla tupakoiviin verrattuna. (Käypä hoito 2018; Syväne 2016, 302.)

Tupakointi altistaa tupakoitsijan monin eri tavoin kardiovaskulaarisille haitoille. Tupakansavun sisältämät kemialliset yhdisteet vaurioittavat verisuonten, imusuonten ja sydämen sisäpintoja verhoavaa ohutta solukerrosta eli endoteeliä. Hapettavat kaasut, kuten typen oksidit, sekä vapaat radikaalit lisäävät endoteelin inflammaatiota eli tulehdusta, endoteelin toimintahäiriötä ja lipidiaineenvaihdunnan häiriötä. Lisäksi ne aktivoivat verihiihtaleita (trombosyytteja) ja lisäävät plasman fibrinogeenipitoisuutta, jolloin veri hyytyy tavallista nopeammin. Tupakansavun sisältämä hiilimonoksidi syrjäyttää happea hemoglobiinista, jolloin kudoshapetus heikkenee ja punasolumassa kasvaa. Tämä aiheuttaa hyperviskositeettiä eli veren liiallista sakeutta ja on siten yksi osatekijä lisäämään hyperkoagulaatiotilaa. (Syväne 2016, 303.) Nämä osatekijät yhdessä vauhdittavat ateroskleroosin etenemistä, altistavat plakkien repeämiseksi, kasvattavat trombin muodostumisen vaaraa sepelvaltimoissa ja muissa valtimoissa (Syväne 2018).

Tupakointi aiheuttaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista riippuvuutta. Psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden taustalla vaikuttaa ympäristö, ihmiset, toiminta, tunteet, sekä muut mielihyvän kokemukset. Psyykkisen riippuvuuden voimakkuutta voidaan arvioida, millaisia oireita tupakoinnin jatkuessa tai lopuessa ilmenee. (Käypä hoito 2018.) Tupakansavun pääasiallinen fyysisen riippuvuuden aiheuttaja on nikotiinin aikaansaama mielihyvähormonin eli dopamiinin lisääntynyt erittyminen aivoissa. Nikotiiniriippuvuuden vaikeusastetta voidaan selvittää Fagerströmin kahden kysymyksen testillä, joka auttaa vieroitushoidon suunnittelussa. (Syväne 2016, 303, 305.) Tupakoinnista eroon pääsemiseksi tarvitaan ennen kaikkea omaa halua lopettaa tupakointi (Ahonen ym. 2016, 195) Tupakoitsijan omaa lopettamishalukkuutta voidaan selvittää Viiden A:n toimintamallin avulla, joka korvaa aiemmin suosituksissa olleen 6 K:n mallin käytön. Viiden A:n mallin:

- 1. vaiheessa (Ask) kysytään tupakan käytöstä vähintään kerran vuodessa,
- 2. vaiheessa (Advise) kerrotaan, miksi lopettaminen olisi tärkeää,
- 3. vaiheessa (Asses) arvioidaan halukkuus ja sovitaan lopettamisyrityksestä,
- 4. vaiheessa (Assist) avustetaan lopettamisyrityksessä,
- 5. vaiheessa (Arrange) järjestetään seuranta. (Käypä hoito 2018.)

Tupakoinnin lopettamista voidaan tukea ammattilaisen antamalla vieroitusohjauksella, joka voidaan toteuttaa ryhmä- tai yksilöohjauksena. Molemmat ohjausmuodot ovat yhtä tehokkaita, joten tukimuoto voidaan valita yksilöllisesti ja paikallisten resurssien mukaan. (Syväne 2016, 305; Käypä hoito 2018.) Vieroituksen onnistuminen lisääntyy vieroituslääkehoidolla. Vieroituksen apuna voidaan käyttää

lyhyt- ja pitkävaikutteisia nikotiinikorvaushoitoituotteita ja/ tai reseptillä saatavia vieroituslääkkeitä varrenkliinia, bupropionia ja nortriptyliiniä. (Käypä hoito 2018.)

4.4.3 Liikunta

Säännöllinen kestävyysliikunta on tärkeä osa sepelvaltimotaudin hoitoa ja kuntoutusta (Ahonen ym. 2016, 209, 221; Käypä hoito 2016). Kestävyysliikunnalla ja lihaskuntoharjoittelulla on monia terveyttä edistäviä ja ennustetta parantavia vaikutuksia sepelvaltimotaudin hoidossa. Liikunnan terveyshyödyt tulevat esiin etenkin metabolista oireyhtymää, tyypin 2 diabetestä, kohonnutta verenpainetta ja rasva-aineen vaihdunnan häiriötä sairastavilla. Käytännössä säännöllisen liikunnan hyödyt näkyvät elimistön tulehdustilan ja verenpaineen laskuna, kohentuneena veren lipidiprofilina ja glukoositasapainona. Lisäksi liikunta tukee painonhallintaa. (Ahonen ym. 2016, 221; Laine ja Laukkanen 2016, 1134, Sydänliitto 2016b.)

Vakaan sepelvaltimotaudin hoitoon ja kuntoutukseen käyvät yleiset terveystieteiden suositukset. Liikuntasuosituksen mukaan sepelvaltimotaudin hoidossa kestävyysliikuntaa tulisi harrastaa päivittäin tai lähes päivittäin ainakin 30 minuutin ajan, vähintään 10 minuutin jaksoihin jaettuna. (Ahonen ym. 2016, 221.) Kestävyysliikunnan avulla kehitetään luustolihas- ja verenkierrota, voimaa, aerobista energiantuotantoa, sekä lisätään verenkierrotoelimistön suorituskykyä. Säännöllisen kestävyysliikunnan myötä sepelvaltimotautipotilaan oirekynnys kasvaa sykkeen ja verenpaineen hitaamman nousun, sekä parantuneen hapenottokyvyn seurauksena. Liikunta parantaa myös sydänlihaksen hapensaantia parantuneen sepelvaltimovirtauksen ja yhdysuonten kehittymisen kautta, sekä nopeuttaa fyysisen toimintakyvyn palautumista sydäninfarktin ja kajoavien toimenpiteiden jälkeen. (Laine ja Laukkanen 2016.) Vastaavasti sepelvaltimotautipotilaan vähäinen fyysinen aktiivisuus voidaan nähdä ainakin yhtä haitallisena vaaratekijänä kuin kohonnut verenpaine, tupakointi, lihavuus, diabetes, sekä korkea kolesterolipitoisuus (Ahonen ym. 2016, 209).

Kuntosaliharjoittelulla on myös havaittu olevan suotuisia vaikutuksia. Lihaskuntoa tulisi suosituksen mukaan kehittää 2-3 kertaa viikossa, jolloin harjoittelu tulisi kohdistaa suuriin lihasryhmiin, kuten esim. lonkkiin, reisiin, rintaan, olkapäihin, selkään, yläraajoihin ja vatsaan. Sarjan aikana tehdään 10-15 toistoa. Liikunnan kuormitus on silloin sopivaa, kun sen aikana lievästi hikoilee ja hengästyy, mutta se ei aiheuta oireita. Sydänoireet vältetään, kun liikunta aloitetaan ja lopetetaan rauhallisesti. Sepelvaltimotautipotilaan tulee aina ottaa pikanitratit mukaan liikuntaharrastukseen. Muistaa välttää liikuntaa heti ruokailun tai alkoholin nauttimisen jälkeen, väsyneenä tai sairaana. (Ahonen ym. 2016, 221.)

Epävakaassa sepelvaltimotaudissa liikunta on kielletty. (Laine ja Laukkanen 2016, 1134.) Jo vähäisessä rasituksessa riskinä on akuutti sepelvaltimotautikohtaus ja ateroomaplakin repeämä (Ahonen ym. 2016, 216). Plakin repeämä voi ahtauttaa suonon osittain tai kokonaan, jolloin rintakivut pahenevat nopeasti, johon lepo, eikä lääkkeet auta. Akuutti sepelvaltimotautikohtaus vaatii pikaista sairaalahoitoa. Kajoavaksi hoitomuodoksi voidaan valita tilanteen mukaan, joko pallolaajennus (percutaneous coronary intervention, PCI) tai ohitusleikkaus (coronary artery bypass surgery, CABG). (Mäkijärvi ym. 2011, 250.)

Pallolaajennuksen jälkeen valtimopistoskohdan tulee antaa parantua, joten fyysistä ponnistelua, raskaiden taakkojen nostoa ja pistokohdan venyttelyä tulee varoa noin viikon ajan. Rauhallisen kävelyn voi kuitenkin aloittaa saman tien. Kevyisiin arkiaskareisiin voi palata 1-2- vuorokauden kuluttua pallolaajennuksesta ja suunnilleen kolmannen viikon alusta voi jatkaa tuttuja, fyysisempiä liikuntaharrastuksia. (Ahonen ym. 2016, 228; Sydänliitto 2018b.) Sepelvaltimon ohitusleikkaus valitaan hoitomenetelmäksi, mikäli ahtautumia ei kyetä hoitamaan pallolaajennuksella tai ahtaumakohta on vasemman sepelvaltimon päärungossa (LCA). (Ahonen ym. 2016, 228; Mäkijärvi ym. 2011, 293.)

Ohitusleikkauksesta toipuminen on yksilöllistä, yleensä se vie 2- 3 kuukautta. Toipuminen nopeutuu omalla aktiivisella, voinnin mukaisella, oireettomalla toiminnalla. Ensimmäisen kuukauden aikana riittää kevyt 10-30 minuutin kävely useamman kerran päivässä. Hengitysharjoituksia ja kotivoimistelua kannattaa myös tehdä sairaalasta annettujen ohjeiden mukaan. Toisen kuukauden aikana liikunnan kuormitusta ja kestoja voidaan lisätä. Hyvä olisi liikkua päivittäin kerran tai kaksi 15-45 min kerralla, sekä jatkaa voimisteluliikkeiden tekemistä. Tuttua liikuntaharrastusta voi jatkaa, kun rintalasta on täysin luutunut. (Ahonen ym. 2016, 232; Sydänliitto 2018c.)

Sepelvaltimotautia sairastavilla potilailla masennus on huomattavasti yleisempää kuin väestössä keskimäärin. Väestössä masentuneita on noin 6 %, kun sydäninfarktin sairastaneista masennukseen sairastuu noin 25 % potilaista. (Karlsson, 2014.) Etenkin lievästi masentuneet voivat huomata liikunnan masennusoireita lieventävän vaikutuksen. Liikuntaa harrastamalla masentuneen sepelvaltimotautipotilaan masennusajatukset keskeytyvät ja huomio kääntyy pois ikävistä ajatuksista. Lisäksi sosiaalinen tuki lisääntyy ryhmäliikuntaa harrastamalla. (Käypä hoito 2016.)

4.4.4 Lihavuus ja ylipaino

Lihavuutta tulee hoitaa erityisen aktiivisesti potilailla, joilla on lihavuuden liitännäissairauksia tai vaaratekijöitä, kuten tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, dyslipidemia tai sepelvaltimotauti. Lihavuuden hoitaminen kohdistuu lihavuudesta johtuvien sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn. Tähän päästään vähintään 5 % pysyvällä painon pudotuksella. Keskeistä on myös toimintakyvyn, sekä elämänlaadun ylläpitäminen ja paraneminen pysyvän laihtumisen vuoksi. (Käypä hoito 2013).

Lihavuus määritellään kehon liialliseksi rasvakudoksen määräksi, jonka perussyynä on pitkän aikavälin energiaepäsuhta ravinnon saannin ja kulutuksen välillä. (THL 2018b). Normaalipainon ja lihavuuden eri asteiden luokittelu tapahtuu kehon painoindeksiin (BMI, body mass index), sekä vyötärön ympäryksen perusteella. Kuolleisuusriski kasvaa merkittävästi lihavilla henkilöillä, joiden painoindeksi on 30 kg/m² tai enemmän. (Käypä hoito 2013; THL 2018b)

Painoindeksi (BMI) ei erottele lihaskudosta rasvakudoksesta, eikä näin ollen huomioi rasvakudoksen jakautumista vartalon eri osiin, jolloin lihaksikkaan potilaan painoindeksi (BMI) voi osoittaa ylipainoa (BMI > 25 kg/m²), vaikka rasvakudoksen ylimäärästä ei olisikaan kyse. Vyötärölihavuuden mittaami-

nen tapahtuu alimman kylkiluun ja suoliluunharjanteen puolivälistä. (Mäkijärvi ym. 2011, 87-88.) Ylipainolla ja erityisesti vyötärölihavuudella on yhteys muun muassa moniin tunnettuihin sepelvaltimotaudin vaaratekijöihin, kuten esimerkiksi 2-tyyppin diabetekseen. Lihavilla henkilöillä voidaan yleensä todeta normaalipainoisiin verrattuna keskimääräistä korkeampi verenpaine, korkeammat veren kokonaiskolesteroli- ja verensokeriarvot ja matalampi veren HDL-kolesterolipitoisuus. (Mäkijärvi ym. 2011, 253.) Erityisen vaarallisena pidetään vatsaonteloon ja sisäelimiin kertynyttä rasvaa, sillä se lisää merkittävästi sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa. (Ahonen ym. 2016, 207.) Painonpudotus on suositeltavaa etenkin niille ylipainoisille henkilöille, joilla kasvaneen vyötärön ympäryksen vuoksi aiheutuu jo terveydelle haittaa. Lievät terveystaitat ilmaantuvat, kun miehillä vyötärön ympäryks kasvaa yli 94 cm ja naisilla 80 cm. (Ahonen ym. 2016, 208; Mäkijärvi ym. 2011, 88, 257.)

Painonpudotuksessa tulee päivittäistä energiansaantia vähentää ja vastaavasti energiankulutusta kasvattaa. Hoito voidaan erottaa laihduttamis- ja painonhallintavaiheeseen. (Käypä hoito 2013; Mäkijärvi ym. 2011, 88.) Laihduttamisvaiheessa energian saantia vähennetään mm. syömisen hallinnalla (rytmi, annoskoko, houkutusten välttäminen) ja terveellisillä ruokavalinnoilla. Esimerkiksi 500 kcal (2100 kJ) päivittäisellä ruokavalion energiavajauksella voidaan viikossa pudottaa n. 500g painosta, jota pidetään yleisesti suositeltuna laihtumisnopeutena. Tutkimusnäytön ristiriitaisuuden vuoksi ruokavalion energiarajoituksen suuruus ja laihtumisnopeus tulee kuitenkin harkita yksilöllisesti. (Käypä hoito 2013.)

Painonhallintavaihe vaatii pysyviä muutoksia elintapoihin. Painonhallintavaiheessa energian saannin tulee olla pienempää tai energiankulutuksen suurempaa aiempaan tilanteeseen verrattuna, jotta saavutetut tulokset olisivat kestäviä. (Mäkijärvi ym. 2011, 87-89; Sydänliitto 2019b.) Käytännössä kestävä painonhallinta ei vaadi kalorilaskentaa. Useimmiten painonhallinnassa saadaan tuloksia aikaiseksi yksinkertaisesti toteuttavilla menetelmillä. Säännöllinen ruokarytmi ja panostamalla täysipainoiseen aamiaiseen, sekä lounaaseen nälkäpiikit ja mielihalut pysyvät kurissa. Tällöin lautasella tulisi olla puolet kasviksia, täysjyvää sekä mieleinen proteiininlähde esim. kananmunaa, kalaa tai lihaa. Sopivan annoskoon määrittämisessä kannattaa hyödyntää edellä kuvattua lautasmallia. Myös ruoan annostelu pienemmälle lautaselle ja pienemmistä tarjoiluastioista voi auttaa sopivan annoskoon löytymisessä. Painonhallinnassa on myös tärkeää tunnistaa nälän ja kylläisyyden tunne, jolloin itse voi hillitä ruokamääriä ja mielitekoja. Kasviksia tulisi syödä vähintään puolikiloa päivässä. Kasvikset sisältävät vain vähän energiaa, runsaasti vitamiineja, kivennäisaineita sekä kuitua, jolloin ne tukevat osaltaan painonhallintaa. Riittävä proteiinin saanti ja lihaskudoksen säilyminen painoa pudotettaessa turvataan syömällä jokaisella aterialla proteiinia sisältäviä ruoka-aineita, kuten esimerkiksi maitotuotteita, papuja, linssejä tai pähkinöitä. Hiilihydraattejakin voi käyttää kohtuudella niin painonpudotuksessa kuin myös painonhallinnassa. Laadukkaat hiilihydraatit, kuten täysjyvätuotteet, juurekset, vihannekset, marjat ja hedelmät sisältävät kylläisyyden tunnetta ja vatsan toimintaa edistävää kuitua sekä tärkeitä ravintoaineita. Vaaleita viljoja ja runsassokerisia tuotteita, jotka sisältävät paljon hiilihydraatteja kannattaa käyttää maltillisesti, silloin tällöin. Rasvan laatuun kannattaa kiinnittää huomiota ja suosia pehmeää rasvaa ruokavaliossa. Levitteenä kannattaa käyttää kasvismargariiniä ja salaattiin voi laittaa ruokalusikallisen kasviöljypohjaista salaattinkastiketta. Pähkinöistä, siemenistä ja kalasta saa proteiinin lisäksi myös tärkeitä rasvahappoja eli pehmeää rasvaa. Pähkinöitä tulisi syödä noin 2 rkl päivässä ja viikon aikana 2-3 kala-ateriaa. Janojuomana kannattaa suosia vettä. Ruoalla voi juoda rasvatonta

maitoa ja piimää, vettä tai suolatonta ja sokeritonta kivennäisvettä. Alkoholipitoisia juomia kannattaa käyttää painonhallinnassa kohtuudella niiden suuren energiapitoisuuden vuoksi. (Sydänliitto 2019b.)

Ruokavalion ohella liikunta ja aktiivisuuden lisääminen ovat avainasemassa painonhallinnassa. Liikunta saa aikaan elimistössä positiivisia vaikutuksia ilman painon putoamista. Jo 5-10 % pysyvä painonlasku parantaa rasva- ja sokeriaineen vaihduntaa, sekä verenpainearvoja. Tämsuuruinen painonlasku pienentää haitallisen viskeraalisen rasvan eli ns. sisälmysrasvan määrää jopa 30-40 %. (Mäkijärvi ym. 2011, 87-89.)

4.4.5 Kohonnut verenpaine

Kohonnut verenpaine eli hypertensio lisää itsenäisesti sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa ja vähentää terveitä elinvuosia. Sepelvaltimotautipotilaalla kohonnut verenpaine lisää aivohalvausvaaraa ja luo edellytykset sydämen vajaatoiminnan kehittymiselle, minkä vuoksi sen hoito on välttämätöntä. Sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden yhteisvaikutus lisää moninkertaisesti kohonneesta verenpaineesta aiheutuvia ongelmia. (Mäkijärvi ym. 2011, 252; Käypä hoito 2014a.) Huomattavastikin koholla oleva verenpaine (systolinen paine yli 200mmHg tai diastolinen paine yli 130mmHg) on lähes aina oireeton. Sen vuoksi painetason saa selville vain mittaamalla. (Käypä hoito 2014a.)

Tuoreimman stabiilia sepelvaltimotautia käsittelevän Käypä hoito -suosituksen mukaan sepelvaltimotautipotilaan verenpaineen tavoitetaso tulisi vastaanotolla olla alle 140/90 mmHg ja kotimittauksissa alle 135/85 mmHg. Diabeteksen yhteydessä verenpaineen tavoitearvot vastaanotolla ovat alle 140/80 mmHg ja kotona alle 135/75 mmHg. Mikäli sepelvaltimotautipotilas sairastaa lisäksi diabeettista nefropatiaa ja albuminuriaa, niin silloin verenpainetason tulisi vastaanotolla olla alle 130/80 mmHg ja kotona 125/75 mmHg. (Käypä hoito 2015b.) Euroopan Kardiologinen Seura (ECS) sen sijaan suositaa vieläkin tiukempia verenpaineen tavoitetasoja kroonista koronaarioireyhtymää (CCS) sairastaville vuoden 2019 julkaisussaan. ECS:n suosituksen mukaan vastaanotolla systolisen verenpainetason tulisi kroonista koronaari oireyhtymää (CCS) sairastavilla olla 120-130 mmHg ja yli 65-vuotiaiden potilaiden kohdalla systolisen painetason pitäisi olla 130-140 mmHg välillä. Liian korkeat kuin vastaavasti myös liian matalat verenpainetasot lisäävät sydäntapahtumien riskiä. Mikäli CCS:ään liittyy diabetes, niin verenpainetason tulisi tällöin olla 120-130/70-80 mmHg. (ECS 2019.)

Verenpaine voidaan luokitella kohonneeksi neljänä päivänä suoritettujen kaksoismittausten keskiarvon perusteella, mikäli systolinen paine eli sydämen työvaiheen loppupaine on vähintään 140 mmHg tai diastolinen paine eli sydämen lepovaiheen paine on vähintään 90 mmHg. Tarkemmin verenpainetason vaihteluita eri vuorokaudenaikoina voidaan määrittää vuorokausirekisteröinnin eli ambulatorisen rekisteröinnin avulla, jolloin kohonneen verenpaineen rajat ovat alemmat. Tuolloin verenpaineen katsotaan olevan koholla, jos systolinen paine on vähintään 130 mmHg ja diastolinen paine vähintään 80 mmHg. (Käypä hoito 2014a.)

Kohonneen verenpaineen hoito perustuu ensisijaisesti terveellisiin elintapoihin ja tarvittaessa lääkähoidon, mikäli lääkärin määrittelemään yksilölliseen hoitotavoitteeseen ei elintapahoidolla päästä.

Lääkekuuluihin on mahdollista Kelalta hakea alempaa erityiskorvausta lääkärin kirjoittamalla B-lausunnolla. Kelaan tulee B-lausunnon lisäksi toimittaa potilaan verenpaineen ja painon seurantakortit. Kohonnutta verenpainetta hoidetaan sydänterveyttä edistävällä ruokavaliolla. Siihen kuuluu erityisesti natriumin eli suolan saannin rajoittaminen. Suolan käytön vähentäminen laskee verenpainetta ja lisää verenpainelääkkeiden verenpainetta alentavaa vaikutusta ja näin ollen niiden käytön tarve vähenee. Kasvisten, marjojen ja hedelmien, sekä täysjyväviljavalmistusten suositusten mukainen käyttö vaikuttaa suotuisasti verenpaineeseen, sillä ne sisältävät runsaasti kaliumia ja magnesiumia. Myös kalsiumilla on verenpainetta alentava vaikutus. Riittävä kalsiumin saanti turvataan useimmiten käyttämällä päivittäin rasvattomia tai vähärasvaisia maitovalmisteita. Vähärasvaisten, niukasti kovaa rasvaa sisältävien maitovalmisteiden käytön yhdistäminen runsaaseen kasvisten ja hedelmien syöntiin alentaa tehokkaasti kohonnutta verenpainetta. Ruokavalion avulla saavutettu noin 4 % laihtuminen laskee ylipainoisilla verenpainetta keskimäärin 6/3 mmHg ja vähentää lääkehoidon tarvetta. Lakritsiuute nostaa verenpainetta tyypillisesti ikääntyneillä, munuaistoiminnan heikentyessä tai kohonnutta verenpainetta sairastavilla. Sen vuoksi lakritsiuutetta sisältäviä tuotteita, kuten esim. lakritsia, salmiakkia, nuuskaa tai tiettyjä teelaatuja tulisi välttää. Osana hoitoa on myös alkoholin käytön kohtuullistaminen, sillä alkoholilla on verenpainetta kohottava vaikutus. Miesten alkoholin käytön tulisi olla korkeintaan 14 annosta viikossa ja naisten 9 annosta viikossa, mikäli verenpaine on koholla. (Ahonen ym. 2016, 203-204.; Käypä hoito 2014a.)

Kestävyysliikunta kohtuullisella kuormalla on oleellinen osa kohonneen verenpaineen hoitoa. Kestävyysliikunnan eri muotoja ovat esim. reipas kävely, juoksu tai hiihto. Liikunnan teho on silloin sopivaa, kun sen aikana lievästi hikoilee ja hengästyy. Liikuntasuosituksen mukaan lievästi tai kohtalaisesti kohonneen verenpaineen hoidossa kestävyysliikuntaa tulisi harrastaa päivittäin 30 minuuttia kerralla, vähintään 10 minuutin jaksoihin jaettuna viitenä päivänä viikossa. Tuloksia voi ilmetä jo muutaman kuukauden harjoittelun jälkeen. Kestävyysliikunta alentaa diastollista painetta eli lepoverenpainetta keskimäärin 8/5 mmHg. Myös kohtalaisesti kuormittava kuntosaliharjoittelu saattaa hieman laskea lievästi kohonnutta verenpainetta, keskimäärin 3/4 mmHg. (Ahonen ym. 2016, 204; Käypä hoito 2014a.) Liikunnasta tulee pidättäytyä, jos verenpaine on huomattavasti kohonnut eli > 180/110 mmHg. Mikäli verenpaine on kohtalaisesti kohonnut eli > 160/110 mmHg lääkärin tulee arvioida, onko liikunnan aloittaminen turvallista. (Ahonen ym. 2016, 204.)

4.4.6 Kolesterolin merkitys

Valtimoterveyttä parantavat terveelliset elämäntavat muodostavat dyslipidemian eli veren rasva-ainevaihdunnan häiriön hoidon perustan. Dyslipidemia on pitkään jatkuessaan huomattava sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijä. Dyslipidemiassa plasman lipidiprofiili on poikkeava sovittuihin raja-arvoihin nähden. Dyslipidemian diagnosointiin tarvitaan vähintään kaksi paastoplasmanäytettä, joissa plasman LDL-kolesterolipitoisuus on yli 3,0 mmol/l tai HDL-kolesterolipitoisuus on naisella alle 1,2 mmol/l ja miehellä alle 1,0 mmol/l tai triglyseridipitoisuus on yli 1,7 mmol/l. Väestötasolla kokonais-terveyttä edistävä plasman kokonaiskolesterolipitoisuus on alle 5 mmol/l ja LDL-kolesterolipitoisuus alle 3 mmol/l. (Ahonen ym. 2016, 196; Syväne ja Kervinen 2016c, 297-298.)

Sepelvaltimotautipotilaalla veren rasva-aineenvaihdunnan hoidon pääkohde on LDL-kolesteroliarvon pienentäminen ja sydän- ja verisuonitautikuolemien ehkäisy. Valtimotautiriskiä voidaan esimerkiksi arvioida suomalaiseseen aineistoon perustuvan FINRISKI-laskurin avulla. Riskinarvio tehdään sukupuolen, iän, tupakoinnin, plasman kokonaiskolesterolipitoisuuden, plasman HDL-kolesterolipitoisuuden, systolisen verenpaineen, diabeteksen ja sukutaustan perusteella. Sepelvaltimotautia sairastavat luokitellaan ns. erityisen tai hyvin suuren riskin potilaisiin, joilla on yli 15 % uhka sairastua sydäninfarktiin tai vakavaan aivoverenkiertohäiriöön kymmenen vuoden aikana. (Syväne ja Kervinen 2016d, 296.)

Hyvin suuren riskin potilaiden hoitotavoitteet kohdistuvat ensisijaisesti LDL- kolesterolipitoisuuden pienentämiseen. Käypä hoito -suosituksen mukaan LDL-kolesterolin tavoitearvot ovat hyvin suuren riskin potilailla alle 1,8 mmol/l tai vähintään 50 %:n pieneminen lähtötasosta, suuren riskin potilailla alle 2,5 mmol/l, sekä pienen tai kohtalaisen riskin potilailla alle 3 mmol/l. (Käypä hoito 2017; Syväne ja Kervinen 2016e, 298-299.) Sen sijaan Euroopan Kardiologinen Seura (ECS) suositaa tuoreimmassa hoitolinjauksia koskevassa julkaisussaan, että hyvin suuren riskin potilailla, joihin sepelvaltimotautipotilaatkin kuuluvat LDL-kolesterolin tavoitearvot ovat alle 1,4 mmol/l (< 55mg/dl) tai vähintään 50 %:n pieneminen lähtötasosta. Vieläkin tiukempia LDL-arvoja (alle 1 mmol/l) tulee harkita, mikäli kahden vuoden sisään potilas kokee toisen, ei välttämättä samantyyppisen sydäntapahtuman kuin ensimmäisellä kerralla. (ECS 2019, 34.)

Valtimoterveyteen ja veren kolesteroliarvoihin vaikutetaan myönteisesti mm. terveellisellä ravinnolla, joka on niukasti kovaa eli tyydyttyynyttä rasvaa ja tarpeeksi pehmeää eli tyydyttymätöntä rasvaa ja kuitua, paljon kasviksia ja hedelmiä sisältävä vähäsuolainen kokonaisuus. Lisäksi valtimoterveyteen vaikutetaan säännöllisellä liikunnalla, tupakoimattomuudella, liiallisen stressin välttämällä, painonhallinnalla, sekä riittävällä levolla ja unella. (Syväne ja Kervinen 2016e, 298-299.)

Terveelliset elämäntavat ovat pääsääntöisesti riittävä hoito pienen riskin potilaille, mutta suuren riskin potilaat tarvitsevat useimmiten elämäntapojen rinnalle kolesterolipitoisuutta alentavan lääkehoidon (Käypä hoito 2017). Korkeaa kolesterolipitoisuutta hoidetaan muun muassa statiineilla, etsemibillä, PCSK9-proteiinia sitovilla vasta-aineilla ja fibraateilla. Näistä edellä mainituista statiinien on osoitettu laskevan kuolleisuutta ja ateroskleroottisia valtimosairaustapahtumia reilut 20 % LDL-kolesteroliarvon pienentyessä 1 mmol/l verran. Useimmiten se saavutetaan keskisuurta statiiniannosta käytettäessä. Statiiniannoksen nosto laskee valtimosairaustapahtumien riskiä entisestään plasman LDL-kolesteriaron tippuessa. Eniten hyötyvät ne potilaat, joilla lähtövaiheen riski on ollut suurin. (Syväne ja Kervinen 2016e, 299-300.)

4.4.7 Psykososiaaliset tekijät

Psykososiaalisilla tekijöillä on lähes samansuuruinen vaikutus sepelvaltimotaudin riskiin kuin tupakoinnilla, korkealla verenpaineella ja dyslipidemiällä. Elämäntapojen korjaaminen voi olla monelle sepelvaltimotautipotilaalle hankalaa. Vaikeimmassa tilanteessa ovat sosiaalisesti ja taloudellisesti heikossa asemassa olevat henkilöt tai ne, joilla on vaikea työ- tai perhetilanne tai sosiaalista tukea vailla asuvat

yksineläjät. Sosiaalisen tuen puute ja eristyneisyys kasvattavat sepelvaltimotaudin riskin 2-3 kertaiseksi. Elämäntapamuutoksen tiellä voivat olla negatiiviset tunteet, kuten ahdistus, masennus, ärtyneisyys, vihamielisyys. (Mäkijärvi ym. 2011, 256, 259-260.)

Monet tutkimukset ovat vahvistaneet masennuksen lisäävän sepelvaltimotaudin riskiä moninkertaiseksi molemmilla sukupuolilla ei-masentuneisiin verrattuna. Jo lieväkin masennus lisää sepelvaltimotaudin riskiä kaksinkertaiseksi ja psykiatrista hoitoa vaativa masennus 3-5 kertaistaa sepelvaltimotaudin riskin. Vaikeassa masennuksessa elämä voi tuntua toivottomalta. Tutkimusten mukaan toivottomuuteen liittyy äkkikuoleman vaara ja sen on osoitettu ennustavan myös sepelvaltimotaudin kehittymistä. (Mäkijärvi ym. 2011, 259-260.) Jopa kolmanneksella sepelvaltimotautipotilaista esiintyy masennusoireita tai heillä on diagnosoitu masennus. Masennuksen tunnistamista vaikeuttaa masennuksen ja sydänsairauden oireiden päällekkäisyys, kuten esimerkiksi väsyneisyys ja ruokahaluttomuus. Masentunut sepelvaltimotautipotilas voi olla ahdistunut, ärtynyt ja alavireisyys on jatkunut pitkään. Toimintakyvyn heikkeneminen, joka ei liity sydänsairauteen viittaa yleensä hoitoa vaativaan masennukseen. Tällaisissa tapauksissa lääkehoito aloitetaan SSRI-masennuslääkkeillä eli selektiivisillä serotoniinin takaisinoton estäjillä, kuten essitalopraamilla, fluoksetiinillä, fluvoksamiinilla, paroksetiinilla. (Mäkijärvi ym. 2011, 560.) Mahdollista masennusta voidaan kartoittaa käyttämällä alle 65-vuotiaille esimerkiksi suomalaista DEPS-seulaa ja yli 65-vuotiaille GDS-15- tai GDS-30-testiä (geriatrinen depressioasteikko) (Käypä hoito 2020).

4.4.8 Tulehdusten ehkäisy ja hoito

Sepelvaltimotautipotilaan tulee tiedostaa tulehdusten ehkäisyn ja hoidon tärkeys taudin etenemiseen. Kaikenlaiset elimistön tulehdustilat voivat osaltaan kiihdyttää sepelvaltimotaudin etenemistä ja saattavat altistaa potilaan vakaville taudeille. Huonosta suuhygieniasta voi saada alkunsa esimerkiksi sydämen läppärakenteiden ja sisäkalvon tulehdus (endokardiitti). (Ahonen ym. 2016, 225.) Endokardiitti on laajalle levitessään hengenvaarallinen tauti, jossa kuolleisuus on jopa 15-30%. (Turpeinen ja Hippeläinen 2014; Ruotsalainen ja Turpeinen 2018). Tulehdusten ennaltaehkäisy on ensiarvoisen tärkeää. Sen vuoksi sepelvaltimotautipotilaan tulee huolehtia hyvästä suuhygieniasta, sekä suun ja hampaiden tarkastamisesta vähintään kerran vuodessa. (Ahonen ym. 2016, 225.) Hyvään suuhygieniaan kuuluu hampaiden, hammasvälien ja proteesien puhdistaminen fluorihammastahnalla aamuin illoin, terveelliset ruokailutottomukset ja makeiden välipalojen välttäminen aterioiden välillä, veden käyttäminen janojuomana, fluoritablettien tai/ja ksylitolituotteiden käyttö tarvittaessa, sekä säännöllinen hammaslääkäriin suorittama suun ja hampaiden tutkimus (Suomen Hammaslääkäriliitto 2013).

Lisärasitusta sydämelle tuovat myös flunssa, kuumeet ja muut infektiot (Ahonen ym. 2016, 225). Erityisesti influenssa on vakava tauti 65-vuotiaille ja sitä vanhemmille kroonista koronaari oireyhtymää (CCS) sairastaville. Se lisää muun muassa sydäninfektin riskiä ja kuolleisuutta. Sen vuoksi influenssarokotetta suositellaan erityisesti iäkkäämmille sepelvaltimotautipotilaille. (ECS 2019, 25.) Kroonista oireita aiheuttavaa sydänsairautta, kuten esimerkiksi sepelvaltimotautia, sairastavalle THL suosittelee pneumokokkrokotetta (THL 2019).

4.4.9 Seksuaalinen aktiivisuus

Seksuaalisuus kuuluu ihmisen perustarpeisiin. Sydänpotilaita kumppaneineen voi huolettaa etenkin diagnoosin tai toimenpiteen jälkeen seksuaaliseen aktiivisuuteen liittyvät mahdolliset kardiovaskulaariset riskit, kuten äkkikuolema tai akuutti sydäninfarkti, sekä toisaalta myös mahdolliset seksuaaliset toimintahäiriöt, kuten erektiohäiriöt ja haluttomuus. Ohjauksessa on hyvä nostaa esille myös seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset ja tarjota tietoa. (Ahonen ym. 2016, 226; ECS 2019, 25.)

Tutkimusten mukaan kardiovaskulaariset riskit ovat kuitenkin hyvin matalia yhdynnän aikana, jos edeltävästi ei nauti alkoholia, syö raskaasti ja olosuhteet ovat stressittömät. Yhdynnän aikaisen akuutin sydäninfarktin riski on < 1% ja sydänperäisen äkkikuoleman riski on < 1-1,7 %. (ECS 2019, 25.) Myöskään väsyneenä, eikä kuumassa kannata elimistöä yhdynnällä rasittaa. Yleensä ottaen yhdyntä vastaa rasittavuudeltaan reipasta liikuntaa. Yhdynnän tuomaa rasitusta voi keventää sellaisilla asennoilla, joissa yläraajat eivät pääse pitkäaikaisesti kuormittumaan. Ennen yhdyntää sepelvaltimotautipotilas voi ottaa ennakoivasti lyhytvaikutteista nitroa (Nitro 0,5mg, Dinit-sumute tai Nitrosid 5-10mg) rintakipukohtauksen pelkoon. (Ahonen ym. 2016, 227.)

Seksuaalisten toimintahäiriöiden taustalla voi olla monia syitä. Ne voivat liittyä esimerkiksi verenkierron ongelmiin, lääkitykseen, psykologisiin tekijöihin, sekä muutoksiin parisuhteessa. Tiadididiureetit ja beetasalpaajat voivat vaikuttaa negatiivisesti erektioon. Vuoden 2011 jälkeen tehtyjen tutkimusten mukaan ei ole kuitenkaan osoitettu yhteyttä erektiohäiriöiden ja yleisesti käytettyjen kardiovaskulaaristen lääkkeiden välillä. (ECS 2019, 25.) Erektiohäiriöiden hoidossa sildenafili (Viagra) on turvallinen sydänpotilaille. Viagraa ei pidä ottaa yhdessä pitkävaikutteisen nitron (Isangina) kanssa, sillä yhteiskäytön seurauksena on liiallinen verenpaineen lasku. Naisilla halukkuus voi vähentyä estrogeenin vähydestä johtuvan limakalvojen kuivumisen seurauksena, jota voidaan hoitaa estrogeenivalmisteilla (esim. Ovestin). Ohentuneita limakalvoja voi suojata käyttämällä liukuvoidetta. (Sydänliitto 2017.)

4.4.10 Saunominen

Sepelvaltimotautipotilas voi sauna, kunhan saunan lämpötila pysyy < 80 °C. Saunominen ei ole kuitenkaan suotavaa sairaana ja huonovointisena lisääntyneen sydämen kuormituksen vuoksi. Myöskään nitroa ei tule saunaan mentäessä ottaa sen vasodilatoivan vaikutuksen vuoksi. Äkillisiä lämpötilanvaihteluita sepelvaltimotautipotilaan kannattaa myös varoa. Esimerkiksi ennen uimaan tai lumihankeen menemistä tulisi vilvoitella hetki. (Ahonen ym. 2016, 226.)

4.4.11 Matkustaminen ulkomaille

Sepelvaltimotautipotilasta tulee ohjata myös matkustamiseen liittyvissä asioissa. Huolellinen suunnitelma ja asioiden ennakointi tekevät matkasta turvallisen ja onnistuneen. Etenkin ulkomaanmatkan suunnittelussa tulee huomioida sydäntä kuormittavat ja mahdollisia sydänoireita lisäävät tekijät, kuten kohteen ilmanala, aikaero, korkeuserot, kiireiset koneenvaihdot ja lennon kesto, sekä matkatavaroiden kantaminen. Vakaassa vaiheessa oleva sepelvaltimotauti ei yleensä estä lentomatkustamista, mutta kuitenkin loppujen lopuksi lentoyhtiöllä on viimeinen sana asiaan. Yleisesti ottaen lentomatkustaminen

ei tule kyseeseen, jos angina pectoris-tyylistä rintakipua esiintyy levossakin. Pitkillä lentomatkoilla suositellaan lentosukkien käyttöä. Lisäksi jalkojen voimistelu ja kävely aika-ajoin ehkäisee laskimotukosten syntyä. Alkoholitomia juomia tulisi nauttia lennon aikana hiukan normaalia enemmän. (Ahonen ym. 2016, 226; Mäkijärvi ym. 2011, 131.)

Matkalle sepelvaltimotautipotilaan tulee pakata yllättävien tilanteiden varalta viimeisin sydänfilmi, lyhyt englanninkielinen seloste sairaudesta ja kardiologinen kertomus tai sydänkortti, mistä ilmenee ICD-10-koodin mukainen tautiluokitus tai sairauden latinankielinen diagnoosi. Käsimatkatavaroihin pakkattaessa lääkkeet, lääkelista ja reseptit ovat tarvittaessa helposti saatavilla. Lääkkeet tulisi ottaa mukaan alkuperäispakkausissaan. Lääkkeitä tulisi varata matkalle mukaan suunniteltuja matkapäiviä enemmän. (Ahonen ym. 2016, 226; Mäkijärvi ym. 2011, 131.) Eurooppalainen sairaanhoitokortti takaa Eu- tai Eta-maassa, sekä Sveitsissä lääketieteellisesti välttämättömän sairaanhoidon (hoito, joka ei voi odottaa) samoin kustannuksin kuin kyseisen maan oma väestö. Maksuttoman eurooppalaisen sairaanhoitokortin voi tilata Kelan asiointipalvelusta. (Ahonen ym. 2016, 226; Kela 2018; Mäkijärvi ym. 2011, 131-132.) Lisäksi sepelvaltimotautia sairastavalle suositellaan itselle sopivan erillisen matkavakuutuksen hankkimista ja vakuutusehtojen selvittämistä ennen matkaa. (Ahonen ym. 2016, 226; Mäkijärvi ym. 2011, 131-132.)

4.4.12 Sairauden vaikutus perheeseen

Sydänsairaus on useimmiten koko perhettä koetteleva henkinen kriisi, jossa sepelvaltimotautipotilaan omaiset käyvät samat kriisin vaiheet läpi kuin itse potilas. Äkillinen sairastuminen voi alkuun lamauttaa, jolloin arjen rutiinit eivät enää luonnistukaan. Tieto sairaudesta on voinut tulla yllättäen, jolloin mieli on järkkynyt. Ensimmäiset ajatukset liittyvät usein kuolemanpelkoon ja tulevaisuuteen. Omaisen henkisen tilan huomioon ottaminen on erittäin tärkeää. Omaiselle tulee tarjota tarvittaessa keskustelua ja ohjata häntä kriisiapua antaviin tahoihin. Kriisiapua tarjoaa esimerkiksi terveyskeskukset, seurakunnat ja valtakunnallinen kriisipuhelin. (Mäkijärvi ym. 2011, 129.) Valtakunnallisesta kriisipuhelimesta saa apua suomen lisäksi ruotsiksi, englanniksi ja arabiaksi. Suomenkielisen linjan numero on +358 9 2525 0111. (Suomen Mielenterveys ry s.a.)

4.4.13 Sosiaaliturva

Usein sairauksien hoito ja kuntoutuminen aiheuttaa merkittäviä taloudellisia kustannuksia kuntoutujalle. Kustannuksia syntyy muun muassa sairaala- ja poliklinikkakäynneistä, käyntimaksuista ja matkoista, sekä lääkkeistä. Näihin edellä mainittuihin kulueriin kuntoutujalla on oikeus saada sosiaaliturvalainsäädännön perusteella korvausta, kun ne ylittävät vuotuisen rajan. (Ahonen ym. 2016, 90.)

Sairausvakuutuslaista löytyy Kelan maksamat sairaanhoitokorvaukset. Kuntoutuja maksaa osan käydessään yksityislääkärillä ja siellä tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista. Kelan korvaus lääkärinpalkkioissa on 60 % Kelan taksasta. Vastaavasti tutkimuksista ja hoidoista Kelan korvaus on 75 % omavastuun (13,46€) ylittävältä osalta. Korvausta tulee hakea Kelalta viimeistään kuuden kuukauden kuluttua maksun suorittamisesta. (Ahonen ym. 2016, 90.)

Yksityissairaalan hoitokuluista korvaus tulee osittain sairausvakuutuksen kautta. Korvauksen piiriin ei kuitenkaan kuulu ehkäisevä hoito, leikkausmaksut, toimistomaksut, sekä hoitopäivä- ja poliklinikka-maksut. Myös lääkärintodistuksista peritään yleensä maksu. Muutamissa poikkeustapauksissa Kelalta voi hakea korvausta lääkärin kirjoittamista lausunnoista. Tällaisia tapauksia voivat olla esimerkiksi yksityislääkärin kirjoittamat lausunnot lääkekorvaus- ja sairauspäivärahaa varten tai todistukset, joihin Kela vaatii lisäselvityksiä. (Ahonen ym. 2016, 90-91.)

Kelalta on mahdollista hakea korvausta lääkärin määräämiin lääkkeisiin, perusvoiteisiin ja klinisiin ravintovalmisteisiin, jotka on tarkoitettu sairauden hoitoon. Korvausta ei siis voi saada lääkkeitä, jotka on määrätty terveydentilan ylläpitämiseksi tai sairauden ehkäisemiseksi. Kela-korttia näyttämällä apteekki vähentää Kela-korvauksen tuotteesta automaattisesti. Poikkeuksena ovat reseptilääkkeet, joihin hintalautakunta ei ole asettanut korvattavuutta ja kohtuullista tukkuhintaa. Kela korvaa korkeintaan kolmen kuukauden lääkkeitä kerralla. Lääkkeiden korvattavuusryhmiä on kolme: peruskorvattavat, alempi- ja ylempi erityiskorvattavuus. (Ahonen ym. 2016, 91.) Peruskorvattavaksi hyväksytyin lääkkeen korvaus on vuonna 2020 40 %, alempi erityiskorvattavuus on 65 % ja ylempi erityiskorvattavuus 100 % lääkkeen hinnasta 50 € alkuomastuu osuuden jälkeen. Ylemmän erityiskorvausluokan lääkkeitä peritään 4,50 € omavastuuosuus. (Kela 2020.) Pitkäaikaisessa ja vaikeassa sairaudessa on mahdollisuus hakea Kelalta erityiskorvattavuutta lääkärin kirjoittamalla B-lausunnona. Korvattavuusryhmä määräytyy sairauden ja sen vaikeusasteen mukaan. Lääkärin tekemällä B-lausunnona voidaan hakea peruskorvattavuutta myös rajoitetusti peruskorvattavista lääkkeitä. (Ahonen ym. 2016, 91.)

Vuotuisen lääkekaton (577,66€, vuonna 2020) täytyttyä potilaalla on oikeus lisäkorvaukseen, jotta lääkekustannukset pysyisivät kohtuullisina. Lääkekaton ylittyessä potilas maksaa jokaisesta korvattavasta valmisteesta 2,50 € omavastuuosuuden. Lääkekatto kerryttää reseptilääkkeet, perusvoiteet ja kliiniset ravintovalmisteet. (Kela 2020.) Vuosiomavastuuosuuden eli lääkekaton täytyttyä potilaan on mahdollista saada lisäkorvausta yleensä suoraan apteekista. Tällöin apteekissa tulee esittää Kelan lähettämä erillinen ilmoitus, sekä Kela-kortti lääkekatto kerryttävien ostojen yhteydessä. Korvausten hakeminen Kelasta onnistuu myös myöhemmin. Hakemus (SV 178) tulee tehdä Kelalle viimeistään puolen vuoden kuluttua sen kalenterivuoden päättymisestä, jolloin vuotuinen lääkekatto on täyttynyt. (Ahonen ym. 2016, 91.)

Nykyään monella on lääkkeitä apteekin maksullisessa koneellisessa annosjakelussa (Ahonen ym. 2016, 91). Esimerkiksi Kuopion Niiralan Apteekissa annosjakelupalvelu maksaa tällä hetkellä 8 euroa viikossa. (Niiralan apteekki s.a.) Kela korvaa 40 % osan annosjakelupalkkiosta, kuitenkin korkeintaan 1,26€ viikossa (Kela 2019a).

Matkakustannuksiin voi Kelalta saada korvausta sairauden tai kuntoutuksen vuoksi tehtyihin matkoihin, jotka potilas tekee lääkäriin, lääkärin määräämään tutkimukseen tai hoitoon terveyskeskukseen, sairaalaan tai yksityisille lääkäriasemille. Matkakorvaus maksetaan pääsääntöisesti halvimman kuluneuvon eli julkisen liikenteen mukaan. Korvausta voi myös saada oman auton tai taksin käytöstä, mikäli julkisen liikenteen käyttö ei ole mahdollista terveydentilan vuoksi tai liikenneolosuhteet ovat

puutteelliset. Vuonna 2019 matkan omavastuu on korkeintaan 25 euroa ja vuotuinen omavastuuosuus eli maksukatto on 300 euroa. Maksukaton ylittyessä omavastuuosuutta ei tarvitse maksaa loppuvuoden matkoista. Myös saattajan matkakulut korvataan siinä tapauksessa, mikäli saattaja on terveydenhuoltohenkilökunnan puolelta katsottu tarpeelliseksi. (Kela 2019b.) Lisäksi korvausta voi hakea yöpymisestä, mikäli matka on liittynyt esimerkiksi toistuvien päivittäisten matkojen välttämiseksi. Yöpymisraha on korkeintaan 20,18 euroa vuorokaudessa. Yöpymisrahaa hakiessa Kelalle tulee toimittaa kuitti yöpymiskustannuksista. (Ahonen ym. 2016, 93; Kela 2019c.)

Vuonna 2018-2019 kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuissa on 683 euron kalenterivuositainen maksukatto. Maksukaton määrää tarkistetaan joka toinen vuosi. Maksukaton täytyessä sen piiriin kuuluvat palvelut ovat yleensä ilmaisia ja lyhytaikainen laitoshoido maksaa korkeintaan 22,50 €/hoitopäivä (2018-2019). (STM s.a.)

Maksukattoon kuuluvat terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelut, fysioterapia, sarjahoito, sairaalan poliklinikamaksut, päiväkirurgian maksu, lyhytaikaisen laitoshoidon maksut terveydenhuollon ja sosiaalihuollon laitoksissa, yö- ja päivähoidon maksut, sekä kuntoutushoidon maksut. Sen sijaan hammashoito, sairaankuljetus, lääkärintodistukset ja yksityislääkärin tekemät läheteet laboratorio- ja kuvantamistutkimuksiin eivät kerrytä maksukattoa. (STM s.a.)

4.5 Sepelvaltimotautia sairastavan ennustetta parantava ja oireita helpottava lääkehoito

Sepelvaltimotaudin lääkehoito tähtää potilaan ennusteen ja elämänlaadun parantamiseen, sekä taudista johtuvien oireiden lievittämiseen. Asetyyylisilyliihappoa (ASA), statiinia ja tapauskohtaisesti myös ACE:n estäjiä käytetään pysyvästi potilaan ennusteen parantamiseen huolimatta taudin vaikeusasteesta tai toteutetusta kajoavasta hoidosta. Mahdollisten oireiden hoitoon käytetään lyhyt- ja pitkävaikutteisia nitraatteja, beeta- ja kalsiumsalpaajia. (Käypä hoito 2015a; Ilveskoski ja Airaksinen 2016a, 324.)

4.5.1 Ennustetta parantava lääkehoito

Antitromboottinen lääkehoito

Asetyyylisilyliihappo (ASA) vaikuttaa potilaan ennusteeseen myönteisesti sepelvaltimotaudissa. Se estää verihituleiden takertumista toisiinsa, mikä pienentää verisuonitukoksen (tromboosin) vaaraa. Näin ollen ASA vähentää sepelvaltimotautikohtausten ja sydänkuolemien vaaraa. Suomessa annoskoko on tavallisesti 100 mg vuorokaudessa. (Käypä hoito 2015a; Ilveskoski ja Airaksinen 2016b, 326.)

Kaikille asetyyylisilyliihappo ei sovellu ASA-allergian vuoksi. Silloin voidaan vaihtoehtoisesti käyttää antitromboottisena hoitona ADP-reseptorin salpaajia, kuten esimerkiksi klopidogreeliä. ASA:n klopidogreelin yhteiskäyttö tulee kyseeseen akuutin sepelvaltimotautikohtauksen (ACS) tai pallolaajennuksen (PCI:n) jälkihoidossa 3-12 kuukauden ajan. (Käypä hoito 2015b.) ADP-reseptorin salpaajat (klopidogreeli, prasugreeli ja tikagreloli) ehkäisevät pallolaajennuksen yhteydessä asennettuun stenttiin mahdollisesti syntyvää hyytymää (Ahonen ym. 2016, 218; Sydänliitto 2016c).

Pallolaajennuksen jälkeen yli vuoden kestävässä pitkäaikaiskäytössä yhdistelmähoito ei ole kuitenkaan hyödyllinen lisääntyneen verenvuotovaaran vuoksi vakaaoireisessa sepelvaltimotaudissa. Varfariinin (Marevan®) ja asetyylisalisyylihapon (esim. Aspirin®) yhtäaikainen käyttö on potilaalle vahingollista, sillä se lisää alttiutta verenvuodoille. Kuitenkin pallolaajennuksen jälkeen varfariinin ja ASA:n yhdistelmää voidaan käyttää yksilöllisen harkinnan mukainen määräaika. (Käypä hoito 2015a.)

Varfariini estää K-vitamiinia tarvitsevien hyytymistekijöiden muodostumista maksassa, jolloin veren luontainen hyytymistäipumus vähenee (Ahonen ym. 2016, 340). Varfariini ja uudet suorat antikoagulantit, kuten dabigatraani (Pradaxa®), rivaroksabaani (Xarelto®), apiksabaani (Eliquis®) ja edoksabaani (Lixiana®) eivät kuitenkaan automaattisesti kuulu sepelvaltimotautipotilaan lääkevalikoimaan (HUS s.a). Sepelvaltimotautipotilaalla varfariiniä käytetään antikoagulanttina estämään veren hyytymistä, mikäli potilaalla on eteisvärinä tai sydäninfarktin jälkeen vasemman kammion laaja vaurio, dyskinesia, trombi tai aneurysma. Infarktin jälkeen antikoagulaatiohoito kestää yleensä noin kolme kuukautta, kroonisessa eteisvärinässä antikoagulaatiohoito kestää läpi elämän. (Mäkikallio ja Laine 2016, 439.)

Dyslipidemian lääkehoito

Statiinit (esim. rosuvastatiini, atorvastatiini) ovat tavallisesti riittävä dyslipidemioiden eli veren poikkeavien rasva-arvojen hoidossa. Statiinit vähentävät seerumin LDL- ja triglyseridikolesterolipitoisuutta ja kasvattavat HDL-kolesterolipitoisuutta. (Syväne ja Kervinen 2016e, 299.) Rasva-arvojen hoidon lisäksi statiinit estävät tehokkaasti rasvakertymän eli plakin tulehdusta, jolloin plakin repeämiskaava laskee. Tämä ehkäisee sepelvaltimotaudin etenemistä. Plakkien kasvu pysähtyy veren plasman LDL-pitoisuuden ollessa 2 mmol/l ja ne alkavat pienentyä veren plasman LDL-pitoisuuden ollessa 1,5 mmol/l. (Pentikäinen ja Kovanen 2016, 375-378.) Statiinit ovat useimmiten hyvin siedettyjä. Osalle käyttäjistä (5-10%) voi tulla lieviä tai kohtalaisia lihaskivertä, jotka johtavat hoidon keskeyttämiseen. Pienellä osalla käyttäjistä (0,5-2%) maksaentsyymien pitoisuus veressä kasvaa. Mikäli maksaentsyymien pitoisuus kasvaa yli kolminkertaiseksi viitealueen ylärajaan nähden on hoito keskeytettävä toistaiseksi. Tämän jälkeen statiinihoitoa voidaan myöhemmin jatkaa entsyymejä seuraten. (Syväne ja Kervinen 2016e, 299.) Sepelvaltimotaudin pitkäaikaisennusteen kannalta tärkeintä on alentaa veren LDL-kolesterolipitoisuutta vähintään 50 % lähtötasosta tai saada LDL < 1,4 mmol/l (ECS 2019, 34). Varsinkin sepelvaltimokohtauksen jälkeen tehokas statiinihoito on potilaalle eduksi. Silloin potilaalle voidaan määrätä tapauskohtaisesti atorvastatiinia 40-80 mg/vrk tai rosuvastatiinia 20-40 mg/ vrk. (Syväne ja Kervinen 2016e, 299.)

Etsetimibi on kolesterolilääke, mikä ehkäisee tutkitusti valtimotautitapahtumia sepelvaltimokohtauksen jälkeen vähentämällä kolesterolin imeytymistä ohutsuoesta. Etsetimibi voidaan lisätä statiinihoidon rinnalle, mikäli statiinihoito ei yksin riitä. Näin saavutetaan 60 % pienempi LDL-kolesterolipitoisuudessa. Yksinään käytettynä etsetimibi laskee LDL-kolesterolia 20 %. (Syväne ja Kervinen 2016e, 299.)

Fibraatit (betsafibraatti, fenobibraatti ja gemfibrotsiili) vähentävät rasva-aineiden muodostumista, jolloin plasman triglyseripitoisuus pienenee ja HDL-kolesterolipitoisuus suurenee (Ahonen ym. 2016, 219; Mäkijärvi ym. 2011, 244). Fibraatteja käytetään ensijaisesti suurentuneen yli 4,5 mmol/l triglyseridipitoisuuden pienentämiseen statiinihoitoon yhdistettynä. Monoterapiana fibraatit tulevat kyseeseen silloin, kun statiinihoito ei sovellu. Tosin PCSK9:n estäjät syrjäyttänevät fibraatit lähitulevaisuudessa tässä käyttöaiheessa. (Syväne ja Kervinen 2016e, 300.)

Resiinejä käytetään yhdessä statiinien kanssa tai vaihtoehtona tilanteessa, jossa statiini- tai etsetimibilääkitys ei potilaalle sovellu. Resiinihoito laskee suurentunutta LDL-kolesterolipitoisuutta rajoittamalla sappihappojen imeytymistä elimistöön. Maha-suolikanavan ongelmat ovat perinteisesti olleet resiinilääkityksen haittavaikutuksia. (Ahonen ym. 2016, 219-220; Käypä hoito 2017.)

PCSK9- proteiinia sitovat vasta-aineet ovat melko uusi lipidilääkeryhmä. Tällä hetkellä Suomen markkinoilla on PCSK9-vasta-aineista evolokumabi ja alirokumabi. PCSK9-vasta-aineet estävät PCSK9-proteiinin sitoutumisen maksasolun LDL-reseptoriin estäen näin sen (LDL-reseptorin) vahingoittumisen. LDL-reseptorien pysyessä vahingoittumattomina niiden takaisinkierätyks maksasolun pinnalle lisääntyy, jolloin plasman LDL-kolesterolipitoisuus ja kokonaiskolesterolipitoisuus samalla laskee. Näitten lääkkeiden annostelu tapahtuu ihonalle kerran tai kahdesti kuukaudessa. PCSK9- proteiinia sitovat vasta-aineet tulevat kyseeseen erityisesti sekundaaripreventiossa hyvin suuren riskin potilaille. Niitä voidaan harkita myös, jos statiinihoito ei sietämättöminen haittavaikutusten vuoksi sovellu tai potilaille, joiden LDL-kolesterolipitoisuus ei laske tavoitteeseen suurimmalla siedetyllä statiiniannoksen ja etsetimibin yhdistelmällä. (Käypä hoito 2017.)

Kohonneen verenpaineen lääkehoito

Kohonnutta verenpainetta hoidetaan ensijaisesti angiotensiinikonvertaasientsyymin estäjillä (ACE:n estäjät), angiotensiinireseptorin salpaajilla (ATR, tyyppi 1), beeta-adenergisten reseptorien salpaajilla (beetasalpaajat), diureeteilla ja kalsium kanavan salpaajilla (Käypä hoito 2014a). Verenpaineen nousun taustalla on reniini-angiotensiinijärjestelmän toiminnasta aiheutuva verisuonten supistuminen, sekä natriumin ja nesteen kertyminen elimistöön. ACE:n estäjät alentavat verenpainetta estämällä reniini-angiotensiinijärjestelmässä muodostuvaa angiotensiini 1 muuttumasta angiotensiini 2 ja samanaikaisesti verisuonia rentouttavan bradykiniinin hajoamista. Tämän seurauksena verenpaine laskee valtimoiden laajenemisen seurauksena, sekä natriumin ja nesteen lisääntyneenä erittymisenä pois elimistöstä. (Saano ja Taam-Ukkonen 2015, 347-349.)

ACE:n estäjähoitoa käytetään monissa eri sairaustiloissa ja erityistilanteissa. (Käypä hoito 2014b.). ACE:n estäjien kytkeminen vakaan sepelvaltimotaudin hoitoon suuren riskin potilaille parantaa ennustetta, mikäli potilaalla on heikentynyt vasemman kammion supistuvuus eli sydämen systolinen vajaatoiminta vasemman kammion toimintahäiriö, verenpainetauti tai diabetes. (Käypä hoito 2015a; Ilveskoski ja Airaksinen 2016a, 325.) Myös sydäninfarktin jälkeen kehittyvässä sydämen vajaatoiminnassa ACE:n estäjillä on ennustetta parantava vaikutus (Lommi ja Harjola 2016, 734).

ATR-salpaajat estävät verenpainetta kohottavan angiotensiinin sitoutumisen angiotensiini (AT) reseptoreihin. ATR-salpaajia voidaan käyttää kohonneen verenpaineen hoitoon silloin, mikäli ACE-estäjä ei

sovellu potilaalle. ACE:n estäjät ja ATR:n salpaajat ovat molemmat hyvin siedettyjä. Kuiva yskä vaivaa useimmiten ACE:n estäjähoidon piirissä olevia. (Saano ja Taam-Ukkonen 2015, 349.)

4.5.2 Oireita helpottava lääkehoito

Nitraatit kuuluvat osaltaan sepelvaltimotautipotilaan rintakipuoireita hoitavaan ja ennaltaehkäisevään lääkehoitoon. Nitraattien verisuoniin kohdistuva vaikutus laukaisee laskimoiden ja valtimoiden laajenemisen eli vasodilataation. Verisuonivaikutuksen seurauksena sydänlihaksen tekemä työ pienenee, kun sydämeen palaava verimäärä vähenee, jolloin sydämen hapentarve laskee. Toisaalta sepelvaltimoiden laajentuminen ja sen johdosta verenvirtauksen parantuminen sepelvaltimoissa lisää hapentarjontaa sydänlihakselle. Lisäksi nitraatit estävät verihituleiden takertumista toisiinsa ja tarttumista suonten seinämiin. (Ilveskoski ja Airaksinen 2016c, 330.) Lyhytvaikutteisia nitraatteja otetaan tarvittaessa rintakipukohtauksen hoitoon. Pitkävaikutteisia nitraatteja käytetään usein toistuvien sydänpepäristen rintakipujen estoon säännöllisesti 1-2 kertaa päivässä. Nitraattitoleranssi voi kehittyä pitkäaikaisen nitraattihoidon seurauksena. Tämän vuoksi vuorokaudessa pitää olla 10-12 tunnin jakso, jottei elimistöön pääse kehittymään nitraattitoleranssia ja lääke menetä tehoaan. (Ilveskoski ja Airaksinen 2016c, 330; Käypä hoito 2015a.) Nitraattihoidon haittoihin kuuluu yleisesti päänsärky ja etenkin nopeavaikutteiset nitraatit voivat aiheuttaa ohimenevää verenpaineen laskua ja jopa romahdusta (Ilveskoski ja Airaksinen 2016c, 331).

Beetasalpaajat helpottavat iskemia oireita tehokkaasti, jonka vuoksi ne muodostavat sepelvaltimotaudin anti-iskeemisen hoidon perustan. Ne ovat myös tärkeässä osassa ennustetta parantavana lääkkeenä vasemman kammion toimintahäiriön hoidossa. (Käypä hoito 2015a.) Beetasalpaajat vaikuttavat elimistön sympaattisen hermoston toimintaan beetareseptoreita salpaamalla, jolloin oireet lieventyvät, kun sydämen syketaajuus hidastuu, sekä supistusvireys ja verenkierron vastus vähenee. Beetasalpaajat voidaan ryhmitellä kolmeen ryhmään: selektiivisiin, epäselektiivisiin ja vasodilatoiviin, niiden farmakologisten ominaisuuksien mukaan. Haittavaikutuksia esiintyy enemmän epäselektiivisiä beetasalpaajia käytettäessä, sillä ne salpaavat beeta 1 -reseptoreiden lisäksi myös beeta 2 -reseptoreita, joita esiintyy esimerkiksi hengitysteiden lihaksistossa. Beetasalpaajat voivat aiheuttaa muun muassa heikotusta ja kaatumisriskin suurenemista verenpaineen liiallisesta laskusta johtuen, raajojen verenkiertohäiriöitä, hypoglykemiaa ja painajaisia. (Saano ja Taam-Ukkonen 2015, 345-346.) Astmaatikoilla astmaoireet voivat pahentua keuhkoputkia supistavan vaikutuksen takia beeta 1 -selektiivisiä beetasalpaajia (esimerkiksi betaksololi, bisoprololi, metoprololi) käytettäessä. Beetasalpaajien vasta-aiheita ovat muun muassa matala verenpaine, vaikea bradykardia tai toisen ja kolmannen asteen AV-katkos. (Ilveskoski ja Airaksinen 2016d, 327-328.)

Kalsiumkanavan salpaajat parantavat sydänlihaksen hapensaantia laajentamalla sepelvaltimoita ja lisäämällä verenkiertoa niissä. Kalsiumkanavan salpaajia käytetään, mikäli beetasalpaajien käyttö ei sovellu potilaalle. Kalsiumkanavan salpaajat voidaan eritellä kolmeen ryhmään:

- dihydropyridiinijohdoksiin esim. amlodipiini,
- fenyylialkyyliamiineihin esim. verapamiili ja

- bentsodiatsepiineihin esim. diltiatseemi. Ne vähentävät kalsiumin virtausta solun sisään ja sen vapautumista solun sisältä. (Ilveskoski ja Airaksinen 2016d, 328.)

Dihydropyridiinijohdoksia käytettäessä sydänlihaksen hapenkulutus laskee valtimoiden laajentuessa, minkä seurauksena verenkierron ääreisvastus heikkenee ja verenpaine laskee. Myös fenyylialkyyliamiineihin kuuluva verapamiili laajenta valtimoita, mutta ei niin paljoa kuin dihydropyridiinijohdosten amlodipiini. Bentsodiatsepiineihin kuuluva diltiatseemi sijoituu hemodynaamisilta ominaisuuksiltaan näiden kahden ryhmän väliin. Verapamiilin ja diltiatseemin vasta-aiheisiin kuuluu sydämen systolinen vajaatoiminta, sairas sinus -oireyhtymä, sekä toisen ja kolmannen asteen eteis-kammiokatkos. Nifedipiiniä ei suositella sydämen vajaatoiminnassa, eikä vasemman kammion toimintahäiriössä. Amlodipiini käy myös sydämen vajaatoiminta tilanteessa rasisrintakipujen hoitoon. Verapamiilin ja diltiatseemin käytön tavallisimpiin haittoihin kuuluu ummetus. Dihydropyridiinien haittoja ovat mm. nilkkojen turvotus, ihon kuumotus ja punoitus, sekä päänsärky. (Ilveskoski ja Airaksinen 2016e, 328-329.)

5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämistyön tarkoituksena oli uudistaa Harjulan sairaalan poliklinikalla käytettävä sepelvaltimotautipotilaan ohjauksen tarkistuslista. Tarkistuslistan (LIITE 1) tavoitteena on parantaa ohjauskeskustelujen laatua sekä edistää potilasturvallisuutta.

Tarkistuslista toimii ohjaajan tukena ohjauskeskustelussa etenkin silloin, kun työn toimenkuva tai asiakassuhde on uusi. Tarkistuslista tukee asiakaslähtöisyyttä sekä tehokkuutta. Esimerkiksi tarkistuslistan avulla käydään läpi kaikki tarpeelliset asiat ja samalla se parantaa ohjaajan tehokkuutta. Ohjaajan ei tarvitse miettiä myöhemmin unohtuiko jotain kysyä. Tarkistuslistan tavoitteena on jäsentää ohjausprosessia keskeisiin omahoidon ohjauksen alueisiin, joihin potilas voi omilla valinnoillaan vaikuttaa.

Opinnäytetyön tekijöiden tavoitteena on oppia lisää sepelvaltimotaudista ja perehtyä ohjauskeskusteluun sekä ohjaamiseen prosessina. Lisäksi tavoitteena on kehittyä tiedon etsinnässä, sekä tutkimustiedon hyödyntämisessä käytännön työn valintojen pohjana sekä perusteena. Ammatilaisen tulee osata lukea kriittisesti uutta tutkimustietoa, sekä omaksua uusia tapoja käytännön työhön. Ammatilaisen tulee jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. (ETENE 2011, 5-7.)

6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää käytännön toimintaa työelämässä. Toiminnallinen opinnäytetyö voidaan jakaa aiheanalyysin, suunnitelman teon toteutuksen ja raportoinnin vaiheisiin (Vilkkä ja Airaksinen 2003, 9-10, 23). Seuraavissa luvuissa kerrotaan tarkemmin opinnäytetyöprosessista, tutkimussuunnitelman luomisen eri vaiheista, opinnäytetyön toteuttamisesta sekä teorioista, jonka pohjalte uusi tarkistuslista (LIITE 1) on rakennettu. Tarkistuslista on sähköisessä muodossa.

6.1 Toiminnallinen kehittämissyö

Toiminnallisen opinnäytetyön perusta on työelämälähtöisyydessä. Tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen sekä kehittäminen tai toiminnan järjestäminen. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ohje, ohjeistus tai opastus. Se voi olla myös jonkin tapahtuman konkreettinen toteuttaminen. Toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohtana on asia tai aihe, jonka kehittäminen yhdistää toimeksiantajan sekä aiheesta kiinnostuneen työntekijän. Aiheena voi olla jokin kehitettävä vasta keksitty uusi asia tai vanha asia, jota parannetaan. (Vilkkä ja Airaksinen 2003, 9-10.) Opinnäytetyön tekijöitä kiinnostaa perehtyä laajemmin ohjaamiseen ja ohjausprosessiin sekä sepelvaltimotautiin.

Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen rajautuu neljään eri vaiheeseen. Nämä ovat aiheanalyysi, toimintasuunnitelman teko, toteutus ja raportointi. Toiminnallisen opinnäytetyön ensimmäinen vaiheessa aiheanalyysissä eli aiheen ideointi vaiheessa valitaan itseä kiinnostava aihepiiri ja otetaan yhteyttä ammattialan ihmisiin, joita sama aihe saattaisi kiinnostaa opinnäytetyönä. (Vilkkä ja Airaksinen 2003, 23.)

Seuraava opinnäytetyönvaihe on toimintasuunnitelman tekeminen. Aluksi perehdytään lähtötilanteeseen, jossa kartoitetaan aikaisemmat tutkimukset sekä perehdytään lähteisiin. Toiminnallisessa opinnäytetyössä teoreettiseksi viitekehikseksi valitaan usein jokin käsite ja sen määrittely. Työssä ei tarvitse välttämättä esittää koko laajaa teoriaa, joka on työn taustalla, vaan oleellista on rajata tausta tärkeimpiin käsitteisiin. Toimintasuunnitelmaan kirjataan opinnäytetyön aihe ja tavoitteet sekä keinot tavoitteisiin pääsemiseen. (Vilkkä ja Airaksinen 2003, 26-27, 43.)

Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustavalla tarkoitetaan keinoja, joilla materiaali hankitaan sekä keinoja, joita varsinaiseen toteutukseen käytetään. Lopullinen toteutustapa määrittyy toimeksiantajan toiveiden, omien resurssien, kohderyhmän tarpeiden ja oppilaitoksen opinnäytetyötä koskivien vaatimusten mukaan. (Vilkkä ja Airaksinen 2003, 56-57.)

Toiminnallista opinnäytetyötä toteuttaessa on ensiksi tärkeää määrittellä kohderyhmä ja toteuttaa työ muodossa, joka palvelee kohderyhmää parhaiten. Samalla tulee arvioida tuotteen ulkonäköä, laajuutta sekä mahdollisia kustannuksia. Usein kustannukset sekä aika vaikuttavat siihen, millainen tuote voidaan toteuttaa. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotosta voidaan arvioida esimerkiksi pohtimalla tuotteen käytettävyyttä kohderyhmässä ja -ympäristössä, tuotteen uutuutta, informatiivisuutta, selkeyttä

sekä johdonmukaisuutta. Erityisesti ohjeistusten ja oppaiden kohdalla tärkeäksi muodostuu lähdekriittikki ja tieto, jonka pohjalta tuotos muodostuu. (Vilka ja Airaksinen 2003, 51–53.)

Mikäli toiminnallista opinnäytetyötä tekee useampi henkilö, on tärkeää määrittää työnjako. Opinnäytetyössä jokaisen tekijän tulisi pystyä tarkastelemaan omaa osaamistaan ja ammatillista kasvua suhteessa opinnäytetyön prosessiin ja tämä tulisi tuoda esille työssä. (Vilka ja Airaksinen 2003, 56.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportissa tulee tulla selkeästi esille mitä työssä on tehty sekä perustelut valinnoille. Lisäksi raportissa tuodaan esille työskentelyprosessi ja sen tulokset sekä johtopäätökset. Lisäksi toiminnallisessa opinnäytetyössä liitteenä on tuotos. Tärkeää on huomioida, että tuotoksen tekstissä tulee puhutella kohderyhmää, jolla se on tehty. Raportin kirjoittaminen tapahtuu vaiheittain ja se jäsentyy varsinaisen tutkimustyön tekemisen rinnalla. Se ei ole siis karkeasti oma vaiheensa, vaikka se voidaan eritellä omakseen. (Vilka ja Airaksinen 2003, 65–67.)

6.2 Opinnäytetyön toimeksiantaja ja kohderyhmä

Opinnäytetyön toimeksiantajana on perusterveydenhuollon alla toimiva erikoislääkäreiden poliklinikka Harjulan sairaalassa. Erikoisaloista edustettuna ovat neurologia, geriatria, sisätaudit, kardiologia ja ostopalveluna neuropsykologia. Harjulan sairaalan poliklinikalla työskentelee osastonhoitajan lisäksi kuusi sairaanhoitajaa ja kolme lähihoitajaa. (Björn 19.3.2018.)

Opinnäytetyön tuotoksen kohderyhmänä on Harjulan sairaalan sairaanhoitajat, jotka käyttävät tarkistuslistaa sepelvaltimotautipotilaan ohjauskeskustelun tukena. Tärkeäksi teoriaksi muodostui ammatillisesta näkökulmasta ohjauskeskustelun periaatteet sekä kulku, jota tarkistuslistalla pyritään tukemaan. Lisäksi tärkeää oli huomioida ohjauksen kohderyhmä. Ohjaustilanteeseen tulevat sairastavat sepelvaltimotautia. Tarkistuslistan tehtävänä on auttaa ohjaaja tukemaan asiakasta omassa valinnoissaan.

6.3 Opinnäytetyöprosessi

Ensimmäinen vaihe työssä oli aiheen valinta. Aiheeksi valikoitui sepelvaltimotautia sairastavien potilainen kontrollikäynnin aikana käytettävän tarkistuslistan päivittämisen. Valinta perustuu Harjulan sairaalan henkilökunnan esittämään tarpeeseen tällaiselle työlle sekä opinnäytetyön tekijöiden omaan mielenkiintoon aihetta kohtaan.

Toiminnallinen opinnäytetyö sopi tilaajan tarpeeseen. Tämän opinnäytetyön tekijät oppivat parhaiten saadessaan soveltaa teoriaa käytännön toimintaan. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu konkreettinen soveltaminen ja tuotoksen tekeminen. Tämän vuoksi toiminnallinen opinnäytetyö oli luonnollinen vaihtoehto.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin alkupalaverilla toimeksiantajan kanssa Harjulan sairaalan poliklinikalla keväällä 2018. Palaverissa keskusteltiin toimeksiantajan toiveista opinnäytetyölle. Hoitohenkilökunnan toiveena oli vanhan tarkistuslistan (LIITE 3) uudistaminen sekä selkeyttäminen. Palaverin

lomassa tutustuttiin osastonhoitajan opastuksella myös yksikön toimintaan sekä käytössä oleviin tiloihin.

Aiheen valinnan jälkeen aloitettiin kirjallisuuskatsauksen laatiminen rajaamalla asiasanoja sekä oleellisia käsitteitä aiheesta. Hakua tehtiin asiasanoilla: asiakaslähtöisyys, ohjauskeskustelu, vuorovaikutus ohjauskeskustelussa, sepelvaltimotauti, potilasturvallisuus, sepelvaltimotaudin hoito. Hakukoneena käytettiin Finna tiedonhaku palvelua, kaupungin kirjastojen sekä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen hakukoneita: Helmet; Helka; Savonia-finna; Finlex; THL; Anderslib; Hotus.

Lopulliseen lähteiden valintaan vaikutti julkaisuajankohta. Lähdemateriaalin suhteen kannattaa huomioida asioita, kuten kirjallisuuden ikä ja myös kattavuus, eli onko aihetta tutkittu kuinka laajasti ja eri näkökulmista ja onko tieto jo kuinka vanha. Opinnäytetöissä kannattaa käyttää uusinta saatavilla olevaa tietoa. (Kankkunen ja Julkunen- Vehviläinen 2013, 92–93.) Monella alalla tutkimustieto myös muuttuu ja uudistuu nopeasti ja tämän vuoksi kannattaa valita uusin lähde. Usein uuteen lähteeseen sisältyy myös vanha paikkaansa pitävä tutkimus taustateoriana. (Vilka ja Airaksinen 2003, 73.)

Joidenkin teoksien kohdalla luotettavuutta arvioitiin myös tekijän useasti toistumisen kautta alan ammattikirjallisuudessa. Tämän perusteella lähde valittiin käyttöön, vaikka se ei julkaisuvuodeltaan ollut kovin uutta. Näin tehtiin esimerkiksi etsittäessä tietoa toiminnallisesta opinnäytetyöstä tai lähteiden käytöstä. Usein saman tekijän toistuminen useissa lähteissä merkitsee auktoriteettia ja tunnettavuutta alalla (Vilka ja Airaksinen 2003, 72). Kirjallisuuden valinnassa kannattaa myös käyttää vain alkuperäislähteitä, jos haluaa lisätä työn luotettavuutta. Mikäli käyttää toisen käden lähteitä on aina olemassa riski, että alkuperäisteosta on esimerkiksi siteerattu väärin ja nämä virheet siirtyvät sen takia eteenpäin. (Kankkunen ja Julkunen-Vehviläinen 2013, 92-93.) Tämän vuoksi opinnäytetyöhön on valittu alkuperäislähteitä, vaikka teos on julkaisuvuodeltaan yli 10 vuotta vanha.

Lähteitä valittaessa eroteltiin itse taustakirjallisuus, joka johdattaa varsinaisen lähteen äärelle. Taustakirjallisuuden tehtävänä on auttaa avartamaan näkemystä, mutta siihen ei viitata varsinaisessa työssä. Lähdeluettelossa oleellista ei ole lukumäärä vaan lähteiden laatu ja sovellettavuus. Tämän vuoksi on tärkeää pohtia, mihin kannattaa viitata tekstissä ja mikä on lukijalle oleellisinta tietoa. Lähteiden tulisi tukea ja perustella varsinaista tuotosta sekä opinnäytetyön tekemistä. (Vilka ja Airaksinen 2003, 76-77.)

Taustateoriaa rakennettaessa keskusteltiin ohjaajan sekä toimeksiantajan kanssa valituista aihepiireistä sekä niiden tukevuudesta tarkistuslistan teossa. Pohdittiin myös, mitkä ovat oleellisimmat käsitteet työmme kannalta lukemalla aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja rajaamalla tämän perustella käsitteitä niiden toistuvuuden perusteella. Lisäksi olemme luetuttaneet tekstiä ammattialan ulkopuolisilla henkilöillä, jotta teksti pysyisi mahdollisimman ymmärrettävänä ja selkeänä. Tämä on parantanut myös oleellisen sisällön hahmottamista, sillä myös ammattialan ulkopuolisen henkilön on tullut ymmärtää lukemansa.

Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen hyväksyimme hankkeistamissopimuksen toimeksiantajalla. Kuopion perusturvan ja terveydenhuollon antamat tutkimusluvut ovat maksuttomia. Opinnäytetöiden toivotaan painottuvan kehittämistoimintaan. (Björn 17.9.2019.) Tässä opinnäytetyössä painottuu osaston toiminnan ja ohjauskeskustelun kehittäminen.

Tarkistuslistaa tehdessä pyysimme kommentteja myös työn toimeksiantajalta. Seuraavassa luvussa avaamme tarkemmin tarkistuslistan taustalla olevia teorioita, sen sisältöä ja rakennetta. Tarve tarkistuslistan rakenteen ja otsikoinnin taustan avaamisesta luvuksi opinnäytetyöhön tuli ehdotuksena myös toimeksiantajalta.

6.4 Tarkistuslista ja ohjauskeskustelun kulku

Tarkistuslistan tehtävänä on ensisijaisesti tukea potilaan ja asiakkaan etua, hoidon laatua sekä laadukkaampaa palvelua (ETENE 2011, 5–7). Oleellista on, että tarkistuslistan avulla pystytään varmistamaan, että asiakas saa hänelle kuuluvan tiedon sekä on tietoinen palveluista, joita hänelle on tarjolla. (ETENE 2011, 5–7; THL 2018b.) Samalla ohjauskeskustelussa voidaan huomata, mikäli palveluissa tai tiedoissa on puutteita tai asiakas tarvitsee uuden palvelun. Tarkistuslistan taustalla on terveydenhoidon pyrkimys taata parempi terveys ja hyvinvointi sekä sairauksien ennaltaehkäisy (ETENE 2011, 5–7). Asiakkaalle tulee antaa riittävästi tietoa, jotta hän pystyy toimimaan terveyttään edistävasti (Vänskä ym. 2011, 10).

Tarkistuslista perustuu myös ihmisarvon kunnioitukselle (ETENE 2011, 5–7) sekä potilaan itsemääräämisoikeuteen ja mahdollisuuteen osallistua hoidon suunnitteluun (Helavuo ym. 2011, 177–179; Sosial och hälsovårdsministeriet 2009, 15). Tämän vuoksi tarkistuslistan eri vaiheissa on tarkoitus korostaa katalysoivaa tyyliä (Eloranta ja Virkki 2011, 67), jossa asiakkaan tilannetta kartoitetaan avoimen keskustelun avulla. Ohjaaja kuuntelee keskustelussa asiakasta aktiivisesti ja esittää tarkentavia kysymyksiä.

Tarkistuslistan järjestys perustuu ohjauksen kuuteen vaiheeseen, jotka ovat ohjaustarpeen määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, ohjauksen suunnitteleminen, toteuttaminen, arvioiminen ja kirjaaminen (Eloranta ja Virkki 2011, 26–27). Tarkistuslistan ensimmäisessä vaiheessa selvitetään ohjattavan tulosy sekä määritellään ohjaustarvetta avoimen keskustelun kautta.

Ohjauksen lähtökohtana on asiakkaan taustatekijöiden tunnistaminen, sillä ne vaikuttavat koko ohjausprosessin ajan. Niiden tunnistaminen on merkittävää myös asiakkaan hoitoon sitoutumisen edistämässä. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä ympäristöön liittyviin taustatekijöihin. (Kyngäs ja Hentinen 2008, 83.)

Asiakkaan kanssa käydään läpi fyysisiä tekijöitä, kuten nykyinen terveydentila, sairauden laatu, lääketys (Kyngäs ja Hentinen 2008, 84–87). Psyykkisiä tekijöitä ovat esimerkiksi asiakkaan omat kokemukset oireista ja ohjauksen tarpeesta. Ohjattavan omat kokemukset oireista ja tilanteista ovat erittäin tärkeitä, sillä ne vaikuttavat motivaatioon. (Kyngäs ja Hentinen 2008, 89.) Tärkeää on kysyä myös

sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä taustatekijöitä, kuten ympäristöstä saatavaa tukea, kotona olevaa tukea ja käytössä olevia palveluita, sillä ne ovat merkittävä osa onnistunutta arkea (Kyngäs ja Hentinen 2008, 93–94.)

Ohjauskeskustelun ensimmäinen vaihe on nimetty tarkistuslistassa alkukartoitukseksi. Tässä vaiheessa on hyvä selvittää myös asiakkaan muutoshalukkuus eli missä vaiheessa asiakas on elämäntapamuutoksessa. Muutoshalukkuus määrittää sävyä, jolla asiakkaan kanssa lähdetään pohtimaan myöhemmin elämäntapoja sekä muodostamaan tavoitteita. Muutoshalukkuutta on aikaisemmin hahmoteltu muutosvaihemallin avulla (luku 3.4). Mikäli asiakas ei ole tiedostanut muutoksen tarvetta ei hän välttämättä sisäistä konkreettisia toimia vaan keskustelun tavoitteena on ainoastaan asioiden pohtiminen ja mahdollisesti muutaman asian muuttamisen kokeileminen (Eloranta ja Virkki 2011, 33).

Alkukartoituksessa on hyvä myös varmistaa, että asiakkaan lääkehoito on ajankohtainen sairauteen nähden ja asiakas on tietoinen muutoksista. Ohjaaja kirjaa tarkasti käytössä olevat lääkkeet, mahdolliset lääkärin määräämät muutokset tai mahdolliset tarpeet lääkityksen tarkistamisesta lääkärin toimesta. Ohjaaja kysyy myös, käyttääkö muita valmisteita, kuten luontaistuotteita.

Alkukartoitus on hyvä tehdä perusteellisesti, sillä sen kautta saattaa selvitä tilanteita ja asioita, joihin asiakas kaipaa tukea. Tärkeää on, että ohjaaja malttaa kuunnella ja esittää tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä (Eloranta ja Virkki 2011, 55). Sen avulla ohjaaja saa myös tietoa, kuinka hyvin asiakas on perillä palveluista sekä missä tilanteessa esimerkiksi konkreettinen tuki on. Lisäksi asiakas saattaa avata jo tehtyjä elintapamuutoksia sekä saamia ohjeita. Tässä vaiheessa ei tarvitse vielä neuvoa asiakasta muutoksissa vaan poimia oleelliset asiat varsinaiseen ohjaukseen. Tarkistuslistassa (LIITE 1) nämä asiat kirjataan kohtaan alkukartoitus, jossa kysytään laboratoriotuloksia, tehtyjä toimenpiteitä, muita sairauksia, aikaisempaa ohjausta ja käytössä olevia palveluita, lääkitystä sekä ympäristöstä saatavaa tukea kuten läheisten tukea sekä muuta kotona tarvittavaa tukea, kuten käytössä olevia apuvälineitä.

Ohjauskeskustelun toisessa vaiheessa voi tehdä mittaukset asiakkaan kanssa, mikäli niitä ei ole tehty. Mittauksia ei sijoitettu käynnin alkuun, jotta käynnille saataisiin keskustelun kautta ensiksi rennompia ja parempia ilmapiiriä. Tämä on myös asiakaspalvelun kannalta miellyttävämpää.

Ohjauskeskustelun kolmannessa vaiheessa tulitaisiin käymään läpi asiakkaan elintapoja. Tarkasteltaviksi asioiksi valikoitui tupakointi, terveelliset ruokavalinnat, liikunta, lihavuus ja ylipaino, kohonnut verenpaine sekä kolesteroli, sillä nämä on huomattu tärkeimmiksi asioiksi terveellisissä elämäntavoissa sepelvaltimotautien hoidossa (Käypä hoito 2015a).

Ohjaajan olisi hyvä ottaa käyttöön elintavoista keskusteltaessa taustatueksi asiakkaan kanssa tehdyt mittaukset sekä tieto sairauden vaiheesta. Näitä voi käyttää pohjana keskusteltaessa asiakkaan kanssa siitä, mitkä ovat keskustelun painopisteet. Esimerkiksi mikäli asiakas ei tupakoi, ei tästä osa-alueesta tarvitse käydä pitkää keskustelua. Ohjaaja sen sijaan voi korostaa tätä hyvänä asiana ja huomata näin

asiakkaan onnistuneet valinnat. Mikäli esimerkiksi kolesteroli ja verenpaine ovat koholla, on syytä käsitellä liikuntaa, ruokavaliota sekä mahdollista ylipainoa perusteellisemmin.

Keskustellessa elämäntavoista on hyvä ottaa huomioon asiakkaan oma ajatus muutoksista. Mikäli asiakas on itse huomannut muutoksen tarpeen, tulisi ohjaajan antaa tietoa sekä vaihtoehtoisia keinoja muutoksen toteuttamiseen. Tärkeää on tukea asiakkaan pystyvyyden tunnetta sekä voimavaroja. Asiakkaan kanssa tulisi miettiä konkreettisia toimia, jotka toteutuvat arjessa; esimerkiksi ei tulisi puhua vain liikunnan lisäämisestä vaan konkretisoida tavoite kuten kävelen 30 minuuttia päivässä. Elintapaohjauksen keskustelusta olisi hyvä tehdä lopuksi yhteenveto. (Eloranta ja Virkki 2011, 36-37.)

Tarkistuslistassa painotetaan psykososiaalisia tekijöitä sekä elämäntilannetta (kotona pärjääminen sekä korvaukset), sillä esimerkiksi masennuksen ja elämäntilanteen on todettu vaikuttavan sepelvaltimotaudin riskiin (Mäkijärvi ym. 2011, 259–260). Esimerkiksi taloudellinen tilanne sekä kotona saatava apu vaikuttavat suuresti asiakkaan tarvitsemiin palveluihin. Masentuneisuus, alakuloisuus sekä siitä johtuva unettomuus vaikuttaa suuresti myös liittänsairauksien kuten tyypin 2 diabeteksen, kohonneen verenpaineen sekä ylipainon syntyyn (Ahonen ym. 2016, 211), joten sairauden kannalta on ensiarvoisen tärkeää käsitellä näitä tekijöitä. Ohjaajan on hyvä ottaa huomioon, että esimerkiksi taloudellisesta tilanteesta tai omista mielialoista keskustelu voi olla asiakkaalle arkaluontoinen asia. Tämän vuoksi on tärkeää painottaa asiakkaalle ehdotonta luottamuksellisuutta.

Ohjauskeskusteluissa on hyvä selvittää myös asiakkaan tarvitsemia palveluja. Asiakkaalle on tarjolla esimerkiksi Itäisen sydänalueen kuntoutumiskursseja ja teemapäiviä. Kuntoutumiskursseja tarjotaan esimerkiksi uusille sydänpotilaille sekä henkistä hyvinvointia tukemaan. Teemapäivien aiheina on esimerkiksi tahdistimen kanssa eläminen, pallolaajennus potilaan toipiminen, vajaatoiminna vaikutukset arjessa, läppäleikkauksen vaikutukset arjessa sekä valtimopotilaille suunnattu luento. Luentojen tarjoajana on Sydänliitto. (Björn 29.11.2019.)

Sydänliitto tarjoaa myös yhteistyössä avoterveydenhuollon kanssa Tulppa-ryhmän, jota ohjaa Harjulan sydänhoitaja. Ryhmässä käsitellään muun muassa sydänpotilaan liikkumista, omahoitoa, lääkkeitä, mielialaa sekä ravitsemusta, päihteitä (tupakointi, alkoholi), ensiapua sekä palveluja kuntoutumisen tukena. (Björn 29.11.2019.) Mikäli ohjauskeskustelussa ohjaaja huomaa asiakkaan tarpeita elämäntapojen muutokseen ja/tai tiedon lisäämiseen aiheissa voi ohjattavaa ohjata myös ryhmään (Eloranta ja Virkki 2011, 36). Ryhmässä käynti voi edistää tavoitteiden saavuttamista sekä auttaa sairauden kanssa elämisessä arjessa. Ryhmistä asiakas voi saada myös vertaistukea. (Eloranta ja Virkki 2011, 78).

Ohjauskeskustelun neljännessä vaiheessa käydään läpi hoitoon sitoutumista sekä kerrataan asiakkaan kanssa tavoitteet. Tähän ohjaaja kirjaa lyhyesti asiakkaan kanssa muotoillut tavoitteet esimerkiksi tavoitteena tupakoinnin vähentäminen. Lisäksi kirjataan keinot sekä asiakkaan oma motivaatio ja pystyvyyden tunne muutokseen keskustelujen päätteeksi. Tavoitteiden on tarkoitus auttaa seuraavalla asiakastapaamiskerralla keskustelua, antamalla pohjatiedot edellisen kerran keskusteluista. Samalla saadaan dokumentoitua asiakastapaamisissa sovittuja asioita.

Viimeiseksi on tärkeää, että ohjaaja kirjaa seuraavan tapaamiskerran. Tähän kohtaan voi kootusti kirjata myös muut sovitut palvelut esimerkiksi fysioterapiat tai tulevat lääkärikäynnit. Tämän voi myös kirjata asiakkaan tarvitsemat rokotukset, rokotuskäynnit tai hammaslääkärikäynnit.

7 POHDINTA

Kehittämistyön tarkoituksena oli uudistaa Harjulan sairaalassa käytössä oleva tarkistuslista. Tarkistuslistan (LIITE 1) tavoitteena on parantaa ohjauskeskustelujen laatua sekä edistää potilasturvallisuutta. Vahvuudeksi työssä osoittautui yhteinen kiinnostuksen kohde aiheeseen sekä opinnäytetyön tekijöiden joustavuus ja avoimuus toisia kohtaan.

Opinnäytetyöprosessin aikana opimme sen eri vaiheista sekä työskentelyn yhdistämisestä erilaisiin elämäntilanteisiin vaiheisiin. Haasteita prosessissa toi muut opinnot, työelämä sekä opinnäytetyön tekijöiden asuminen eri paikkakunnilla. Tämän takia työn tekemisen intensiteetti vaihteli. Onnistuimme kuitenkin hyvin hyödyntämään erilaisia sähköisiä työskentelyalustoja sekä etäyhteyksiä kommunikoinnissa opinnäytetyön tekijöiden keskeisessä vuorovaikutuksessa, mutta myös keskusteluissa toimeksiantajan ja ohjaajan kanssa. Uskomme, että erilaisten kommunikointitapojen hallitseminen on hyödyksi meille myös tulevaisuudessa työssä sekä erilaisissa projekteissa.

7.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyön eettisyyttä sekä luotettavuutta parantaa alussa hyvin ja perusteellisesti tehty tutkimussuunnitelma. Hyvin laaditun tutkimussuunnitelman avulla on helpompi hahmottaa kokonaisuuksia tutkimustyössä (Kankkunen ja Julkunen-Vehviläinen 2013, 85). Tutkimussuunnitelmassa rajattiin työn kannalta oleellimmat aihealueet sekä käsitteet. Lähteiden sekä taustakirjallisuuden valinnassa noudatettiin aikaisemmin kerrottuja perusteluita sekä valintoja (katso luku 6.3.). Työtä tehdessä perehdyttiin myös toimeksiantajan toiveisiin tiiviimmästä ja asiakaslähtöisemmästä tarkistuslistasta. Opinnäytetyötä tehdessä tutustuttiin kohderyhmään sekä aikaisempaan tarkistuslistaan.

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön ammattieettisistä velvollisuuksista 15 § todetaan, että "Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat." (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 15§.)

Opinnäytetyötä tehdessä tutustuimme hyvin keskeisiin käsitteisiin kuten ammattietiikkaan, ohjauskeskustelun kulkuun sekä sepelvaltimotautiin. Nämä asiat otettiin huomioon tarkistuslistaa uudistaessa sekä avatessa sitä ja ohjauskeskustelun kulkua. Kaikki tieteellinen tutkimustoiminta tulee perustua eettisyyteen. Hoitotieteellisessä, ja muidenkin tieteenalojen tutkimuksissa, tutkimusetiikka ja sen kehittäminen ovat olleet jo kauan keskeisiä aiheita. (Kankkunen ja Julkunen-Vehviläinen 2013, 211-213.)

Kehittämistyön eettisenä heikkoutena ja laatua heikentävänä tekijänä on tekijöiden ensikertalaisuus opinnäytetyön sekä toiminnallisen työn tekijöinä. Kehittämistyön tekeminen on myös oppimistilanne,

jossa pohditaan jatkuvasti valintojen oikeellisuutta. Tämä vaikuttaa osaltaan työn luotettavuuteen sekä aikatauluun. Esimerkiksi seuraavissa tutkimusprosesseissa tekijät tietävät tutkimusprosessin vaiheet, osaavat käyttää paremmin eri hakukoneita sekä muodostaa asiasanoja lähteiden etsimiseen. Tällöin myös asiasältöön päästään perehtymään nopeammin syvällisemmin.

7.2 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyön tekemisessä haastavinta oli tiedonhaku ja kirjoittaminen tieteellisesti. Olimme koulutehtävissämme aiemmin hakeneet tietoa eri hakumenetelmiä käyttäen. Työssä jouduimme kuitenkin hakemaan tietoa laajemmin kuin aiemmissa koulutehtävissä. Kehityimme luotettavien ja uusimpien lähteiden haussa. Hoitoalalla on koko ajan osattava kehittää itseään, sillä jatkuvasti julkaistaan uutta tutkimustietoa eri aiheista.

Opinnäytetyöprosessin kautta saimme teoriatietoa ohjauskeskustelun pohjalle. Kaikilla meillä oli ohjauskokemusta aiemmista harrastuksistamme ja työkokemuksistamme saatuna. Tulevassa työssämme osaamme havainnollistaa teoriatietoa hyödyntäen asiakkaan lähtökohtia sairaudessa sekä tarvittavaa ohjausta. Ymmärrämme ohjauksessa luottamuksen ja vuorovaikutuksen merkityksen nyt paremmin.

Opinnäytetyöprosessin aikana perehdyimme tarkemmin myös sepelvaltimotautiin. Opimme tästä uutta tietoa, jota voimme hyödyntää työssämme. Ymmärrämme, kuinka keskeistä asianmukainen lääkehoito ja omahoidon toteuttaminen sepelvaltimotaudissa on. Osaamme arvioida sairauden kulkua sekä tarvittavia hoitotoimenpiteitä. Osaamme tukea paremmin asiakkaan hyvinvointia. Tiedämme, millaisia asioita tulisi ottaa huomioon elämäntavoissa erityisesti sepelvaltimotautia sairastavalla. Saimme myös tietoa erilaisista palveluista sekä tukiryhmistä, joita tarjotaan asiakkaille niin paikallisesti kuin valtakunnallisesti. Tutustuimme esimerkiksi Sydänliiton toimintaan ja sen tarjoamaan tukeen, joka on saatavilla asiakkaille asuinpaikasta riippumatta. Näitä tietoja voimme hyödyntää tulevaisuudessa ohjatesamme asiakasta.

Tarkistuslistan laadinnasta meillä ei ollut aiempaa kokemusta. Saimme toimeksiantajalta aiemman listan käyttöön sekä tietoa heidän kokemuksistaan listan käytöstä, minkä avulla osasimme lähteä suunnittelemaan parannuksia. Tarkistuslistan tärkeys on suuri, sillä sen avulla tulee käytyä kaikki oleelliset asiat ohjauskeskustelussa. Listan avulla on myös myöhemmin helppo tarkistaa, jos jokin kohta on unohtunut käsitellä keskustelun aikana. Ammatillisesti opimme kehittämään tarkistuslistan sekä ymmärrämme, miten hyvä tarkistuslista rakentuu. Kehityimme vuorovaikutuksessa ja työn parantelussa opettajalta ja toimeksiantajalta saadun palautteen avulla.

7.3 Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteet

Tarkistuslistan on tarkoitus auttaa Harjulan sairaalan henkilökuntaa työssä sekä ohjauskeskusteluissa. Sen toimivuus mitataan tulevaisuudessa. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia tarkistuslistan toimivuudesta. Myös asiakkaiden kokemuksia ohjauskeskustelusta, ilmapii-ristä sekä ohjauskeskustelujen kulusta olisi mielenkiintoista selvittää. Asiakkaiden kokemukset ovat

tärkeä osa asiakaspalvelun kehittämistä. Tämän pohjalta tarkistuslistaa voisi kehittää edelleen toimivammaksi. Tarkistuslistasta voisi myöhemmin kehittää sähköisesti täytettävän ja käytettävän version, jonka voisi liittää potilaskertomuksiin.

8 LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AHONEN, Outi, BLEK-VEHKALUOTO, Mari, EKOLA, Sirkka, PARTAMIES, Sanna, SULOSAARI, Virpi ja USKI-TALLQVIST, Tuija 2016. Kliininen hoitotyö. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

AALTONEN, Leena-Maija ja ROSENBERG, Per 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

AWANIC 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä [verkkodokumentti]. Awanic. [Viitattu 2019-12-02.] Saatavissa: <http://awanic.com/haipro/>

BJÖRN, Laila. 19.3.2018. Poliklinikan osastonhoitaja. Harjulan sairaala. Henkilökohtainen tiedonanto.

BJÖRN, Laila. 17.9.2019 Opinnäytetyö. Sähköpostikeskustelu henkilön laila Björn ja Alexander Haga välillä

BJÖRN, Laila. 29.11.2019. Sydänalueen kuntoutumiskurssit ja tuetut lomat 2020. Harjulan sairaala. Henkilökohtainen tiedonanto.

BLOMGREN, Karin ja PAUNIAHO, Satu-liisa. 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisut. Teoksessa. AALTONEN, Lena-Maija ja ROSENBERG, Per. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy duodecim.

ESC 2019. Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes [verkkodokumentti]. European Society of Cardiology. [Viitattu 2019-11-19.] Saatavissa: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehz425/5556137>

ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Etene- julkaisu 32. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE: Saatavilla: <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfcdce9841>

ELORANTA, Tuija ja VIRKKI, Sari. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi

HELOVUO, Arto, KINNUNEN, Marina, PELTOMAA, Karoliina ja PENNANEN, Pirjo. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita prima Oy.

HUS S.A. Sepelvaltimotautien lääkehoito [verkkodokumentti]. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 2020-02-02.] Saatavissa: <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/sydan-sairaudet/sydanpotilaan-tietopankki/sepelvaltimotauti/sepelvaltimotautien-laakehoito/Sivut/default.aspx>

HOTUS 2019. Sepelvaltimotautia sairastavan osallistuminen sydänkuntoutukseen [verkkodokumentti]. Hoitotyön tutkimussäätiö. [Viitattu 2020-01-26.] Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/nayttovinkki5-2019.pdf>

ILVESKOSKI, Erkki ja AIRAKSINEN Juhani 2016a. Vakaaoreisen sepelvaltimotautien lääkehoidon tavoitteet ja toteutus. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 324-325.

ILVESKOSKI, Erkki ja AIRAKSINEN Juhani 2016b. Ennusteeseen vaikuttava lääkehoito vakaaoreisessa sepelvaltimotautissa. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 326-327.

ILVESKOSKI, Erkki ja AIRAKSINEN Juhani 2016c. Nitraatit vakaaoreisen sepelvaltimotautien hoidossa. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 330-331.

ILVESKOSKI, Erkki ja AIRAKSINEN Juhani 2016d. Beetasalpaajat vakaaoireisen sepelvaltimotaudin hoidossa. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 327-328.

ILVESKOSKI, Erkki ja AIRAKSINEN Juhani 2016e. Kalsiumkanavan salpaajat vakaaoireisen sepelvaltimotaudin hoidossa. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 328-330.

KANKKUNEN, Päivi ja JULKUNEN-VEHVILÄINEN, Katri. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. Uudistettu painos. Helsinki. Sanoma pro OY.

KARLSSON, Hasse 2014. Masennus ja sydäninfarkti. [verkkodokumentti]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2019-02-02] Saatavissa: https://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00115

KELA 2018. Eurooppalainen sairaanhoitokortti. [verkkodokumentti]. Kansaneläkelaitos. [Viitattu 2019-12-07.] Saatavilla: <https://kela.fi/eurooppalainen-sairanhoitokortti>

KELA 2019a. Annosjakelu [verkkodokumentti] Kansaneläkelaitos. [Viitattu 2020-02-02] Saatavissa: https://www.kela.fi/laakkeet_annosjakelupalkkio?inheritRedirect=true

KELA 2019b. Kuka voi saada matkakorvausta [verkkodokumentti]. Kansaneläkelaitos. [Viitattu 2019-12-07.] Saatavissa: <https://www.kela.fi/matkakorvaus-kuka-voi-saada>

KELA 2019c. Korvaus yöpymisestä [verkkodokumentti]. Kansaneläkelaitos. [Viitattu 2019-12-07.] Saatavissa: <https://www.kela.fi/yopymisraha>

KELA 2020. Kela ja lääkekorvaukset [verkkodokumentti]. Kansaneläkelaitos. [Viitattu 2020-02-09.] Saatavissa: https://www.kela.fi/documents/10180/7504113/Kela_ja_l%C3%A4%C3%A4kekorvaukset_2020_Kela/e95325d3-1304-41db-8aa4-d2ef611264e8

KINNUNEN, Marina. 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa. AALTONEN, Lena-Maija ja ROSENBERG, Per. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: kustannus Oy duodecim.

KOVANEN, Petri ja PENTIKÄINEN, Markku 2016. Sepelvaltimotaudin vaaratekijät ja ateroskeleroosi. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 284.

KYNGÄS, Helvi ja HENTINEN, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy

KÄYPÄ HOITO 2013. Lihavuus (aikuiset). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2019-01-22.] Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010#s4>

KÄYPÄ HOITO 2014a. Kohonnut verenpaine. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2019-01-22.] Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04010>

KÄYPÄ HOITO 2014b. Sydäninfarktin diagnostiikka. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2019-01-09.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04050>

KÄYPÄ HOITO 2015a. Stabiili sepelvaltimotauti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2019-01-19.] Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50102#s9_1

KÄYPÄ HOITO 2015b. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2019-01-09.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04058>

KÄYPÄ HOITO 2016. Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2019-01-30.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>

KÄYPÄ HOITO 2017. Dyslipidemiat. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2019-01-21.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50025>

KÄYPÄ HOITO 2018. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2019-01-27.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi40020#s7>

KÄYPÄ HOITO 2020. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2020-01-27.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi40020#s7>

LAINÉ, Mika ja LAUKKANEN, Jari 2016. Liikunta ja sydänsairauksien ehkäisy ja hoito. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 1134-1135.

LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ. 28.6.1994/559,15 §. Ammattieettiset velvollisuudet. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-02-04.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

LEVY, Elisabeth 2013. Hemsjukvård. Stockholm: Sanoma utbildning AB.

MATTILA, Kimmo. 2013. Potilasturvallisuuden mittarit. Teoksessa. MUSTAJOKI, Marianne, ALILA, Anja, MATILAINEN, Elina, PELLIKKA, Minna ja RASIMUS, Mirja 2018. Sairaanhoidajan käsikirja. 9. Uudistettu painos. Tallinna: Printon.

MUSTAJOKI, Marianne, ALILA, Anja, MATILAINEN, Elina, PELLIKKA, Minna ja RASIMUS, Mirja 2018. Sairaanhoidajan käsikirja. 9. Uudistettu painos. Tallinna: Printon.

MÄKIJÄRVI, Markku, KETTUNEN, Raimo, KIVELÄ, Antti, PARIKKA, Hanna ja YLI-MÄYRY, Sinikka 2011. Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

MÄKIKALLIO, Timo ja LAINE, Mika 2016. Lääkehoito sepelvaltimotautikohtauksen jälkeen. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 439.

MÖNKKÖNEN, Kaarina 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus Oy.

NIIRALAN APTEEKKI S.A. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu. [verkkodokumentti] Niiralan apteekki. [Viitattu 2019-12-09.] Saatavissa: <https://www.niiralanapteekki.fi/palvelut/22>

PARKKILA, Seppo 2016. Sydämen verenkierto. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 15-16.

PENTIKÄINEN, Markku ja KOVANEN, Petri 2016. Plakin repeämä. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 375-378.

PORELA, Pekka ja ILVA, Tuomo 2016. Sepelvaltimotautikohtausten luokittelu. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 388.

PORELA, Pekka ja ILVA, Tuomo 2016. Sepelvaltimotautikohtauksen diagnoosi. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 388.

PORELA, Pekka ja ILVA, Tuomo 2016. Sepelvaltimotautikohtauksen diagnoosi. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 389.

PUTTONEN, Johanna. 2018. Väkivaltaisen, uhkaavan potilaan kohtaaminen. Teoksessa. MUSTAJOKI, Marianne, ALILA, Anja, MATILAINEN, Elina, PELLIKKA, Minna ja RASIMUS, Mirja 2018. Sairaanhoidajan käsikirja. 9. Uudistettu painos. Tallinna: Printon.

RUOTSALAINEN, Eeva ja TURPEINEN, Anu 2018. Endokardiitti. [verkkodokumentti]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2019-12-04.] Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00195&p_haku=endokardiitti

SAANO, Susanna ja TAAM-UKKONEN, Minna 2015. Lääkehoidon käsikirja. 1.-4. painos. Helsinki: Sanna Pro Oy.

SEIKKULA, Jaakko ja ARNKIL, Tom Erik. 2009. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN ASETUS. laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. 341/2011. Finlex. Lainsäädäntö.

SOCIAL OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET. 2009. Vi främjar patientsäkerheten tillsammans. Den finländska patientsäkerhets strategin 2009-2013. Helsingfors: Universitetstryckeriet.

SUOMEN HAMMASLÄÄKÄRILIITTO 2013. Yleistietoa suunterveydestä. Sydänsairaudet ja suu. [verkkodokumentti] Suomen Hammaslääkäriliitto. [Viitattu 2019-12-04.] Saatavissa: <https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta/suu-ja-yleisterveys/sydansairaudet-ja-suu#.XegWSJMzbOR>

SUOMEN MIELENTERVEYS RY S.A. Tukea ja apua. [verkkodokumentti] Suomen Mielenterveys ry. [Viitattu 2019-12-07.] Saatavissa: <https://mieli.fi/fi/tukea-ja-apua/kriisipuhelin-keskusteluapua-numerossa-09-2525-0111>

STM S.A. Terveydenhuollon maksukatto [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2019-12-09.] Saatavissa: <https://stm.fi/terveydenhuollon-maksukatto>

SYDÄNLIITTO 2016a. Sydänliiton ravitsemussuositus. [Viitattu 2019-01-28.] Saatavissa: <https://sydanliitto.fi/ammattilaisnetti/ravitsemus/suosituksia/sydanliiton-ravitsemussuositus#ylijp>

SYDÄNLIITTO 2016b. Kestävyyssiikunta kuormittaa sopivasti sydäntä. [Viitattu 2019-01-28.] Saatavissa: <https://sydan.fi/kestavyysliikunta-kuormittaa-sopivasti-sydanta/>

SYDÄNLIITTO 2016c. Pallolaajennus avaa suonen tukoksen. [Viitattu 2019-12-02.] Saatavissa: <https://sydan.fi/fact/pallolaajennus-avaa-suonen-tukoksen/>

SYDÄNLIITTO 2017. Sepelvaltimotauti ja seksi. [Viitattu 2019-12-04.] Saatavissa: <https://sydan.fi/question/sepelvaltimotauti-ja-seksi/>

- SYDÄNLIITTO 2018a. Sydänpotilaan kuntoutus ja vertaistoiminta. [Viitattu 2019-12-10.] Saatavissa: <https://sydan.fi/fact/sydanpotilaan-kuntoutus-ja-vertaistoiminta/>
- SYDÄNLIITTO 2018b. Liikunta sepelvaltimon pallolaajennuksen jälkeen. [Viitattu 2019-02-01.] Saatavissa: <https://sydan.fi/fact/liikunta-sepelvaltimon-pallolaajennuksen-jalkeen/>
- SYDÄNLIITTO 2018c. Liikunta sepelvaltimon ohitusleikkauksen jälkeen. [Viitattu 2019-02-01.] Saatavissa: <https://sydan.fi/fact/liikunta-sepelvaltimon-ohitusleikkauksen-jalkeen/>
- SYDÄNLIITTO 2019a. Kuitu monipuolisen ruoan osana. [Viitattu 2020-02-01] Saatavissa: https://sydan.fi/fakta/kuitu-monipuolisen-ruoan-osa-na/?gclid=EAIaIQob-ChMTha7ymvav5wIVT6WaCh1ytgr3EAAAYASAAEgLBPD_BwE
- SYDÄNLIITTO 2019b. Ravitsemus painonhallinnassa. [Viitattu 20-02-01] Saatavissa: <https://sydan.fi/fakta/ravitsemus-painonhallinnassa/>
- SYVÄNNE, Mikko ja KERVINEN, Kari 2016a. Tupakointi sepelvaltimotaudin vaaratekijänä. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 302-303.
- SYVÄNNE, Mikko ja KERVINEN, Kari 2016b. Tupakoinnin lopettaminen ja tupakasta vieroitus. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 304-306.
- SYVÄNNE, Mikko ja KERVINEN, Kari 2016c. Dyslipidemian määritelmä ja luokittelu. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 297.
- SYVÄNNE, Mikko ja KERVINEN, Kari 2016d. Valtimosairauksien ehkäisy ja riskinarvio. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 296.
- SYVÄNNE, Mikko ja KERVINEN, Kari 2016e. Dyslipidemian hoitotavoitteet ja hoito. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 298-300.
- THL 2014. Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. [verkkodokumentti] Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. [Viitattu 2019-02-06.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>
- THL 2018a. Lihavuus. [verkkodokumentti] Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. [Viitattu 2019-02-01.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus>
- THL 2018b. Potilasturvallisuus. [verkkodokumentti] Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. [Viitattu 2019-01-30.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>
- THL 2019. Riskiryhmien pneumokokkirokotukset. [verkkodokumentti] Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. [Viitattu 2020-02-02] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/infektioaudit-ja-rokotukset/rokotteet-a-o/pneumokokkirokotteet/riskiryhmien-pneumokokkirokotukset>
- TERVEYDENHUOLTOLAKI. laatu ja potilasturvallisuus. 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-01-30]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- TILASTOKESKUS 2017. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-5051. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu: 22.3.2019]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_kat_001_fi.html

TIERALA, Ilkka, ROMPPANEN, Hannu ja NIEMELÄ, Matti 2016. ST-nousuinfarktin epidemiologia ja diagnostiikka. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 414.

TIERALA, Ilkka, ROMPPANEN, Hannu ja NIEMELÄ, Matti 2016. ST-nousuinfarktin ensiarvio ja -hoito. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 415.

TIERALA, Ilkka, ROMPPANEN, Hannu ja NIEMELÄ, Matti 2016. ST-nousuinfarktin suonta avaavan hoidon valinta. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 417-418.

TIERALA, Ilkka, ROMPPANEN, Hannu ja NIEMELÄ, Matti 2016. Liutushoidon toteutus ja vaikutuksen arviointi. Teoksessa: AIRAKSINEN, Juhani, AALTO-SETÄLÄ, Katriina, HARTIKAINEN, Juha, HUIKURI, Heikki, LAINE, Mika, LOMMI, Jyri, RAATIKAINEN, Pekka ja SARASTE, Antti (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 419.

TURPEINEN, Anu ja HIPPELÄINEN, Mikko 2014. Endokardiitin hoito. [verkkodokumentti]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2019-12-04.] Saatavissa: https://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00234

VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi

VRN 2014. Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014 [verkkodokumentti]. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. [Viitattu 2020-01-26.] Saatavissa: https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisu/ravitsemussuositukset_2014_fi_web_versio_5.pdf

VÄNSKÄ, Kirsti, LAITINEN- VÄÄNÄNEN, Sirpa, KETTUNEN, Tarja ja MÄKELÄ, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus. Sosiaali- terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima

LIITE 1: UUSI TARKISTUSLISTA

Tarkistuslista sepelvaltimotautipotilaan ohjauskeskusteluun

Potilaan tunnistaminen

- nimi, henkilötunnus, ikä

Alkukartoitus

- nykyinen terveydentila (suorituskyky, rasituksen sieto ja sen muutokset)
- tarkista nykyinen lääkitys ja luontaistuotteiden käyttö
- viimeisimpien laboratoriotutkimusten tulokset
- omat kokemukset, huomiot ja tuntemukset (motivaatio/ muutoshalukkuus)
- mieliala (DEPS-seula, yli 65-vuotiaille GDS-15)
- aiemmin saatu ohjaus ja omat kuntoutus mahdollisuudet
- omaisilta/läheisiltä saatava tuki ja muu kotona tarvittava apu

Mittaukset

- verenpaineen mittaaminen ja tavoitetasojen määrittäminen
- pulssi ja pulssin muutokset (tarv. beetasalpaaja annoksen tarkistaminen)
- paino ja pituus → BMI
- vyötärönympäryys ja tavoitteet

Lääkehoidon ohjaus

- lääkehoidon tavoite (ennusteen parantaminen ja mahdollisten oireiden lievittäminen)
- käytössä olevien lääkkeiden vaikutukset ja mahdolliset haittavaikutukset
- lääkityksen toteutuminen (annostus, ottoajat) ja motivointi säännölliseen käyttöön
- kotona ajantasainen lääkelista
- lääkärin B-lausunnolla erityiskorvausta lääkekuluihin

Omahoidon ohjaus ja hoitoon sitoutuminen

- omat riskitekijät ja niiden hoito, sekä omahoitoon motivointi
- terveellinen ruokavalio
- liikunta (kestävyys- ja lihaskuntoharjoittelu)
- tupakointi (Viiden A:n toimintamalli) ja alkoholi
- tulehdusten ehkäisy ja hoito (influenssa, -ja pneumokokkirokotteet, hammastarkastukset/ suun päivittäinen hoito, haavat)
- arkielämän asiat (esim. seksuaalinen aktiivisuus, saunominen, matkustaminen, sairauden vaikutus perheeseen, sosiaaliturva)
- sovi seuraava ohjauskeskustelu-aika

LIITE 2: OHJEITA TARKISTUSLISTAN KÄYTTÄJÄLLE

Alkukartoitus: Käy kiirettömästi läpi toimenpiteen jälkeinen terveydentila: suorituskyky, rasituksen sieto ja sen muutokset, sekä potilaan omat kokemukset, huomiot ja tuntemukset arjessa. Mahdollista masennusta voi kartoittaa esimerkiksi DEPS-seulan tai yli 65-vuotiailta GDS-15-testin avulla. Kartoita potilaan nykyinen lääkitys, sekä selvitä sen ajankohtaisuus ja mahdollinen luontaistuotteiden käyttö. Pyydä tarvittaessa lääkäriltä päivitys asiakkaan lääkkeisiin ja toimita päivitetty lääkelista potilaalle/kotiin. Käy myös läpi viimeisimpien laboratoriotutkimusten tulokset. Kartoita keskustelemalla potilaalle aiemmin annettu ohjaus ja esitele tarjolla olevia kuntoutusmahdollisuuksia, kuten esimerkiksi Sydänliiton Tulppa-ryhmä, Savon sydänpiiri, Kelan järjestämä kuntoutus (huom. tarvitaan lääkärin B-lausunto ja kuntoutussuunnitelma), liikunnallista kuntoutusta tarjoavat yksityiset fysioterapiayritykset, sekä sydänfysioterapeutit PSSHP:n alueella. Huomioi, että tässä vaiheessa asiakas voi kertoa tietoa jo haluamastaan tuesta tai puutteista tuessa.

Mittaukset: Suorita potilaan kanssa alkukeskustelun jälkeen tarvittavat mittaukset. Mittausten tuloksia voit käyttää tukena perustellessasi potilaalle muutostarvetta. Mahdollista muutostarvetta ja riskitekijöitä ja niiden omahoitoa käydään tarkemmin läpi → omahoidon ohjaus ja hoitoon sitoutuminen-otsikon alla.

Lääkehoidon ohjaus: Kertaa 1. ohjauskerralla potilaalle lääkehoidon tavoite: mitkä lääkkeet ovat ennustetta ja elämänlaatua parantavia ja mitä lääkkeitä käytetään mahdollisiin oireisiin. Käy läpi käytössä olevien lääkkeiden vaikutukset ja haittavaikutukset. Selvitä toteutuuko lääkitys niin kuin lääkäri on sen määrännyt. Varmista, onko annostus, ottoajat oikeat → kotona ajantasainen lääkelista käytössä? Tärkeää on myös potilaan motivointi lääkkeiden säännölliseen käyttöön. Selvitä myös, saako potilas lääkekuluihin korvausta (tarvitaan lääkärin kirjoittama B-lausunto) Kelalta. Lisäksi potilaalla oikeus lisäkorvaukseen vuotuisen lääkekaton ylityessä (577,66€, vuonna 2020), jolloin potilas maksaa jokaisesta korvattavasta valmisteesta 2,50 € omavastuusuuden.

Omahoidon ohjaus ja hoitoon sitoutuminen: Käy potilaan kanssa läpi hänen tämänhetkiset riskitekijänsä ja omahoidon toteutuminen. Sovi tavoitteet ja kannusta, sekä motivoi omahoitoon. Muutoshalukkuuden määrittämisessä voi apuna käyttää muutosvaihemallia (luku 3.4). Kirjaa ylös, mikäli sovitte asiakkaan kanssa muutoksista ja kirjaa myös asiakkaan oma näkemys tarpeesta muutoksille. Kerro ja anna tietoa terveellisen ruokavalion, liikunnan, tulehdusten ehkäisyn merkityksestä sepelvaltimotaudin hoidossa. Selvitä, onko potilaan rokotukset ja hammashuolto ajantasalla. Tupakoitsijan lopettamishalukkuutta voidaan selvittää Viiden A: toimintamallin avulla. Ohjaa arkielämän asioissa yksilöllisen tarpeen mukaan.

Seuraava käynti: Sovi seuraava ohjauskeskustelu-aika. Merkitse itsellesi muistiin ja tee potilaalle lopuksi yhteenveto laboratoriotutkimuksista, sovitusta lääkärikäynneistä ja kuntoutuksista.

LIITE 3: HARJULAN SAIRAALAN EDELLINEN TARKISTUSLISTA

SYDÄN

Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus

Päivä: _____

Nimi: _____ Hetu: _____ Ikä: _____

Tulosyy _____

Aiemmat sairaudet: _____

Lääkitys: _____

Aiemmin saadun ohjauksen kartoitus: Yksilöohjaus: _____

Ryhmäohjaus: _____

Ensietopäivä / Kys: _____

Diabeteshoitajan ohjaus: _____

Fysioterapia ryhmä Kys: _____

Muu: _____

Riskitekijät:

Sukurasite: _____

Tupakointi: _____ Lopetus _____ Halu lopettaa _____ Ohjaus: _____

Hyperkolesterolemia: _____ kol: _____ ldl: _____ hdl: _____ trigly: _____

Hypertonia: _____ RR: _____ pulssi: _____

RR: _____ pulssi: _____

Diabetes: _____ P-gluk: _____ Sokerirasitus: _____

Ylipaino: _____ Pituus: _____ Paino: _____

Alkoholin käyttö: _____ Määrä: _____

Stressi: _____

Liikunta tottumukset: _____

Mieliala: _____

Bdi mittaus: _____

Muuta huomioitavaa: _____

Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus:

Sepelvaltimotauti sairautena: _____

Lääkeohjaus: _____

Lääkekorvaus: _____

Nitrojen käyttö: _____ hoitoon hakeutuminen: _____

Marevan ohjaus: _____

Kolesterolia alentava ruokavalio: _____ Sydänmerkki: _____

Elämäntapaohjaus: Ravitsemus: _____ Sauna: _____ Autoilu: _____

Alkoholi: _____ Stressi: _____ matkustus: _____

Seksuaalisuus: _____ Tulehdusten hoito: _____

Hammashoito: _____ influenssarokotus: _____

Liikunta: _____

Tarvittaessa lähete fysioterapeutille: _____

Teemapäivät: Pallolaajennuspotilaiden päivä: _____

Tahdistin potilaan päivä: _____

Läppäleikattujen potilaiden päivä: _____

Valtimotauti potilaan päivä: _____

Sydämen vajaatoimintapotilaiden päivä: _____

Vertaistuki: _____

Sydänliito: _____ Sydänpiiri: _____ Sydänyhdistys/kerhot: _____

Kuntoutus: Tulpparyhmä: _____

Kelan sova - kurssi: _____

Muu: _____

B-todistus lääkäriltä: _____

Liikunta ryhmät: _____

Nuorten ryhmä: _____

Omaterveyteni: _____

Kotiapu asiat yms: _____

Ikäihmisten toimintakyky kartoitus yms: _____

Ohitus-/ läppäleikattu potilas: Haavat: _____
Kivunhoito: _____
Uni: _____
Ruokahalu: _____
Bdi mittaus: _____

Muut esille tulvat asiat: _____

Sydämen vajaatoiminta potilas: Kirjallinen ohje: _____
Lääkehoito: _____
Nesteet: _____
Suolan käyttö: _____
Hoitoon hakeutuminen: _____
Liikunta: _____
Kotimittaukset: _____

Jatkohoito suunnitelma: _____

Seuraava kontrolli: _____

Lääkärin vastaanotto: _____

Avainriskitekijä: _____

Motivaatio: _____

Muuta huomioitavaa: _____

SYDÄNPOTILAAN OHJAUS

Nimi: _____ Ikä: _____ Tulossy: _____

Toimenpide: _____

Nykytila: _____

Aikaisemmat sairaudet: _____

Käy läpi: Valtimonkovettumataudin kulku: _____ Valtimotaudit: _____ Kipu/Ensiapu _____

Nitrojen käyttö: _____ Hoitoon hakeutuminen: _____

Riskitekijöiden tarkastus ja ohjaus:

Sukurasite: _____ Ikä: _____ Sukupuoli: _____

Tupakointi: _____ Verenpainetauti: _____ Verensokerit: _____

Kolesterolit: _____ Ylipaino: _____ Liikuntatottumukset: _____

MBO: _____ Stressi/elämäntilanne/mieliala: _____ Alkoholin käyttö: _____

Sukurasite: _____ Ikä: _____ Sukupuoli: _____

Avainriskitekijä: _____

Sepelvaltimotaudin hoito: _____

Aiemman ohjauksen kartointus:

Yksilöohjaus: _____ Ryhmäohjaus: _____ Ensitetopäivä KYS: _____ Fysioterapiaryhmät KYS:llä: _____

Elintapaohjaus:

Tupakointi: _____

Ohjaus lopettamiseen: _____

Kotimittaukset RR: _____ Syke: _____

Vastaanotolla: RR: _____ Pulssi: _____ RR: _____

KOL-arvot Kontrolloitu: _____ KOL: _____ HDL: _____ LDL: _____ Trigly: _____ fb-gluk: _____

Sokerirasitus: _____

Ylipaino Paino: _____ BMI: _____ Pituus: _____ Vyötärön ymp. _____

Liikunta (kannusta, tarv. lääk.lähete ft:lle): _____

Sydänystävällinen ruokavalio: _____

Pehmeärasva: _____

Sauna, autoilu, alkoholi, stressi, matkustaminen, seksuaalisuus: _____

Tulehdusten hoito: _____ Rokotusasiat: _____ Hammashoito: _____ Kotiapuasiat: _____

Ongelmat: _____

Lääkitys:

Lääkeohjaus: _____ Mitä ja miksi!! Marevan: _____ Kipulääkkeet: _____ Vitamiinit: _____

Lääkkeiden korvattavuuden tarkistus KELA kortista: _____

Kuntoutusasiat

Sydänliitto / sydänpiiri ja – yhdistys/ kerhot: _____ -> Vertaistuen löytäminen

KELAN sova-kurssi _____ -> B-todistus lääkäriltä: _____

Tulpparyhmä: _____ Muut tuetut lomat: _____

Liikuntaryhmien esittely (soveltuva liikunta): _____

Pumppufoorumi (sydänpiiri): _____ Nuortenryhmä: _____

Jatkokontrollit: _____

Vajaatoimintapotilas:

Suola, paino (1kg<->), nesteet lääkitys, RR, liikunta (EF): _____

Vajaatoiminnan pahenemisoireet: _____ Ohjelehtinen: _____