

# **Sydänsairaiden kuntoutus ja sen tarve Etelä- Karjalassa**

LAB-ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti

2026

Joose Korhonen, Ville Kuntsi, Anton Strandman

## TEKOÄLYN KÄYTTÖ

Tämän opinnäytetyön kirjoittajat, Joose Korhonen, Ville Kuntsi ja Anton Strandman vastaavat koko opinnäytetyön oikeudellisuudesta, myös tekoälyllä tuotetun sisällön oikeudellisuudesta. Tässä työssä tekoälyä on käytetty kielen- ja tekstinhuoltoon sekä työn rakenteen ja työssä esitettyjen asioiden jäsentelyyn.

Kielen- ja tekstinhuollossa käytettiin tekoälyä edistämään tekstin selkeyttä, oikeellisuutta ja akateemista sävyä. Rakenteen ja asioiden jäsentelyssä pyydettiin kehitysehdotuksia lauserakenteisiin, sanavalintoihin ja työssä esitettyjen asioiden esitysjärjestykseen. Tekoälytyökaluina on hyödynnetty Copilotia (Microsoft Copilot: Your everyday AI companion) ja ChatGPT:tä (OpenAI ChatGPT-5). Käyttö on satunnaista läpi työn.

Generatiivisen tekoälyn tuotosta mukautettiin ja muokattiin lopullista vastausta varten, ja tekoälyn käyttö on noudattanut LAB-ammattikorkeakoulun tekoälyohjeistusta vastuullisesti.

Tämän opinnäytetyön aitous on tarkistettu Turnitin samankaltaisuuden tarkastusohjelmalla.

## Tiivistelmä

Tekijä(t) Korhonen, Joose Kuntsi, Ville Strandman, Anton	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 52 sivua, 8 liitettä	Valmistumisaika 2026
Työn nimi <b>Sydänsairaiden kuntoutus ja sen tarve Etelä-Karjalassa</b>		
Tutkinto Fysioterapeutti (AMK)		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio Etelä-Karjalan Sydänalue ry		
Tiivistelmä <p>Sydänsairauksiin sairastuneiden sairaalavaiheen jälkeinen kuntoutus on olennainen osa sekundaaripreventiota ja toimintakyvyn tukemista, mutta kuntoutuksen toteutumisessa ja sydänpotilaiden ohjautumisessa on todettu suuria puutteita suosituksiin peilaten. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten sydänkuntoutus toteutuu Etelä-Karjalassa ja millainen tarve sille alueella on. Tavoitteena oli tutkia tämänhetkistä sydänpotilaiden kuntoutusprosessia ja selvittää, millaisille muutoksille potilaiden sairaalavaiheen jälkeisessä sydänkuntoutuksessa olisi tarvetta tulevaisuudessa. Opinnäytetyö on toteutettu Etelä-Karjalan Sydänalue ry:n toimeksiantona.</p> <p>Työn teoriatieto koottiin useita tietokantoja, kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia sekä lainsäädäntöä hyödyntäen. Käytännön näkökulma muotoutui keskeisten toimijoiden haastatteluista ja kyselytutkimuksesta, jonka aineisto kerättiin Etelä-Karjalan Sydänalueen vertaistukiryhmissä.</p> <p>Tuloksissa korostui sairaalavaiheen jälkeisen kuntoutuksen toteuttaminen suunnitelmallisena ja moniammatillisena jatkumona, jossa keskeistä ovat ohjattu liikunnallinen kuntoutus, riskitekijöihin vaikuttaminen, potilaan ohjaus ja psykososiaalinen tuki. Kyselytutkimuksessa tuotiin esiin myös ryhmätoiminnan ja vertaistuen merkitys. Vähäiset sydänkuntoutusmahdollisuudet, ohjautuminen jatkokuntoutukseen ja ongelmat tiedon kulussa koettiin suurimpina haasteina, ja johtopäätöksenä esitetään, että tarve sydänsairaiden jatkokuntoutuksen kehittämiseksi Etelä-Karjalassa on keskeinen erityisesti hoitopolun jatkuvuuden, ohjauksen saatavuuden ja kuntoutusmuotojen monipuolisuuden osalta.</p>		
Asiasanat sydänkuntoutus, sydäntaudit, sairaalavaiheen jälkeinen kuntoutus, vertaistuki, palvelupolku, kyselytutkimus		

## Abstract

Author(s)	Type of Publication	Published
Korhonen, Joose	Thesis, UAS	2026
Kuntsi, Ville	Number of Pages	
Strandman, Anton	52 pages, 8 appendices	
Title of Publication		
<b>Cardiac rehabilitation and its need in South Karelia</b>		
Name of Degree		
Bachelor of Physiotherapy (UAS)		
Name, title and organization of the client		
Etelä-Karjalan Sydänaalue ry		
Abstract		
<p>Post-hospital rehabilitation for individuals diagnosed with a cardiac disease is an essential component of secondary prevention and the support of functional capacity. However, significant shortcomings have been identified in the implementation of rehabilitation and in the referral of cardiac patients when current practice is compared to guidelines. The aim of this Thesis was to find out how cardiac rehabilitation is implemented in South Karelia and what the regional need for it is. The objective was to examine the current rehabilitation pathway for cardiac patients and to identify what changes are needed in post-hospital cardiac rehabilitation in the future.</p> <p>The theoretical background was compiled by gathering data from multiple databases, national and international guidelines, and relevant legislation. The practical perspective was formed through interviews with key stakeholders and a survey study, the data for which were collected in peer support groups of the South Karelia Heart Association (Etelä-Karjalan Sydänaalue ry).</p> <p>The findings emphasized that post-hospital rehabilitation should be implemented as a planned, multiprofessional continuum, in which supervised exercise-based rehabilitation, risk factor management, patient counselling, and psychosocial support are central. The survey also highlighted the importance of group-based activities and peer support. Limited opportunities for cardiac rehabilitation, challenges in referral to follow-up rehabilitation, and problems in information flow were perceived as the main barriers. It is concluded that there is a substantial need to further develop follow-up cardiac rehabilitation in South Karelia, particularly about continuity of the care pathway, accessibility of counselling and guidance, and the diversity of rehabilitation formats.</p> <p>The Thesis was commissioned by the South Karelia Heart Association (Etelä-Karjalan Sydänaalue ry).</p>		
Keywords		
cardiac rehabilitation, cardiovascular diseases, post-hospital rehabilitation, peer support, care pathway, survey study		

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
1.1	Opinnäytetyön tausta.....	1
1.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	2
2	Sydänkuntoutus.....	3
2.1	Sydänkuntoutuksen määritelmä.....	3
2.2	Sydänkuntoutuksen muodot.....	3
2.3	Sydänkuntoutussuositukset.....	7
2.4	Sydänkuntoutuksen hyödyt.....	9
2.5	Sydänkuntoutus lainsäädännössä.....	12
2.6	Sydänkuntoutuksen saatavuus Etelä-Karjalassa.....	14
3	Tutkimushenkilöt ja -menetelmät.....	17
3.1	Tutkimusaineisto.....	17
3.2	Tutkimusasetelma.....	19
3.3	Tiedonkeruumenetelmät.....	21
3.4	Opinnäytetyön eettiset näkökulmat.....	23
3.5	Aineiston analysointi.....	23
4	Tulokset.....	27
4.1	Sydänpotilaiden sairaalavaiheen jälkeisen kuntoutuksen toteutus.....	27
4.2	Sydänkuntoutuksen toteutus Etelä-Karjalassa.....	29
4.3	Etelä-Karjalan sydänkuntoutusryhmien ja vertaistuen tarve tulevaisuudessa.....	30
5	Pohdinta.....	35
5.1	Aineisto.....	35
5.2	Menetelmät.....	36
5.3	Tulokset.....	37
5.4	Jatkotutkimusaiheet.....	42
6	Johtopäätökset.....	44
	Lähteet.....	45

## Liitteet

Liite 1. Sydänkuntoutuksen ydinkomponentit

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Suostumuslomake

Liite 4. Tietosuojailmoitus

Liite 5. Yhteistyösopimus

Liite 6. Kyselylomake

Liite 7. Tutkimuskyselyssä kerätyt demografiset tekijät

Liite 8. Sydänsairaudet ja kuntouttavaan toimintaan osallistuminen

# 1 Johdanto

## 1.1 Opinnäytetyön tausta

Sydän- ja verisuonitaudit muodostavat Suomessa suurimman yksittäisen kuolinsyiden ryhmän työikäisissä. Suomessa yleisimpiä sairauksia ovat sepelvaltimotauti, verenpainetauti, sydämen vajaatoiminta ja rytmihäiriöt, joiden hoidossa keskeistä on terveelliset elämäntavat. Näistä tavallisin on sepelvaltimotauti, jota sairastaa noin 200 000 suomalaista. (Terveyystalo.) 1960-luvulla työikäisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuus Suomessa oli suurinta koko maailmassa, mutta se on kuitenkin laskenut tästä riskitekijöiden vähenemisen, hoidon kehittymisen ja ennaltaehkäisyyn ansiosta. Vuoteen 2010 mennessä työikäisten miesten ja naisten kuolleisuus oli laskenut noin viidennekseen pahimmasta vaiheesta. (THL 2023a.)

Euroopan unionissa sydän- ja verisuonisairauksien vuosittaiset kustannukset ovat noin 169 miljardia euroa. Suomessa kustannukset ovat myös suuret, ja koska sydän- ja verisuonitautien hoito on kustannusvaikuttavaa, yhteiskunnan on kannattavaa tukea näiden sairauksien hoitoa. (THL 2023b.) Suomessa vuonna 2023 sydän- ja verisuonitautien lääkekorvauksia sai yli 1,8 miljoonaa henkilöä ja lääkekustannukset olivat yli 196 miljoonaa euroa (Kela 2024).

Alueelliset erot sairastuvuudessa ja kuolleisuudessa ovat suuret. Etelä-Karjalassa sepelvaltimotauti-indeksi oli korkein Suomen maakunnista vuosina 2020–2022. Indeksillä kuvaa sairaalahoitoa vaatineiden ja sairaalan ulkopuolella kuolemaan johtaneiden sepelvaltimotautitapahtumien ilmaantuvuutta 35–79-vuotiaiden väestössä verrattuna koko maan tasoon. (Kansallinen terveysindeksi 2020–2022.) Etelä-Karjalan alueella ei tällä hetkellä ole sydän-sairaille kohdennettua kuntoutusta hyvinvointialueen kautta. Vuosina 2006–2019 alueella toimi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksoten) kautta sydänsairaille kohdennettu TULPPA-kuntoutusryhmä. Se korvattiin ELO-elämäntaparyhmällä, jossa pääpainopiste oli kokonaisvaltaisessa elämäntapamuutoksessa.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Etelä-Karjalan Sydänalue ry, joka on maakunnallinen sydänyhdistys ja tukee potilaita vertais- ja ryhmätoiminnalla. Toimeksiantaja halusi selvittää sydänsairaiden kokemuksia kuntoutuksesta ja sen tarpeesta, sekä tutkia, onko alueella tarvetta nykyistä laajemmin toteutettuun sydänpotilaiden kuntoutukseen.

## 1.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia sydänsairaiden sairaalavaiheen jälkeistä kuntoutusta ja sen tarvetta Etelä-Karjalan hyvinvointialueella. Työn tavoitteena oli tutkia tämänhetkistä sydänsairaiden kuntoutusprosessia ja selvittää, millaisille muutoksille sydänpotilaiden sairaalavaiheen jälkeisessä sydänkuntoutuksessa olisi tarvetta tulevaisuudessa. Opinnäytetyössä toteutettiin Etelä-Karjalan Sydänalue ry:n toimintaan osallistuville sydänsairaille kyselytutkimus, jossa selvitettiin, millaisena saatu kuntoutus on koettu ja millaisia tarpeita tai toiveita sydänsairailla on.

Tutkimusta varten muodostettiin kolme tutkimuskysymystä:

1. Miten sydänpotilaiden sairaalavaiheen jälkeinen kuntoutus tulee toteuttaa kirjalliseen tietoon, tutkimustuloksiin ja lakiin perustuen?
  - 1.1. Miten sydänpotilaiden sairaalavaiheen jälkeinen kuntoutus tulee toteuttaa kirjallisuuteen perustuen?
  - 1.2. Mitä hyötyjä sydänkuntoutusryhmästä on siihen osallistuville?
  - 1.3. Mitä lainsäädäntö ohjeistaa kuntoutuksen järjestämisen vastuusta hyvinvointialueiden osalta?
2. Miten Etelä-Karjalan sydänkuntoutuksen toteutus on muuttunut aktiivisen sydänkuntoutusryhmätoiminnan päättymisen jälkeen?
  - 2.1. Miten Etelä-Karjalan sydänkuntoutus toteutettiin sydänkuntoutusryhmän ollessa aktiivinen?
  - 2.2. Miten Etelä-Karjalan sydänkuntoutus toteutuu nykyisin?
3. Millainen tarve Etelä-Karjalan sydänkuntoutustoiminnalle on tulevaisuudessa nykyisten sydänsairaiden kokemusten perusteella?
  - 3.1. Millaisena nykyiset sydänsairaajat ovat kokeneet saamansa sydänkuntoutuksen?
  - 3.2. Millaisena nykyiset sydänsairaajat näkevät spesifin kuntoutuksen tarpeen tulevaisuudessa sairautensa liittyen?

## 2 Sydänkuntoutus

### 2.1 Sydänkuntoutuksen määritelmä

Sydänkuntoutuksella tarkoitetaan moniammatillista ja suunnitelmallista prosessia, joka toteutetaan potilaille, joille on joko diagnosoitu sydän- tai verisuonitauti, esimerkiksi sydämen vajaatoiminta, sydäninfarkti, sepelvaltimotauti tai synnynnäinen sydänsairaus, tai jotka ovat toipumassa kardiovaskulaarisesta toimenpiteestä, esimerkiksi pallolaajennuksesta, ohitusleikkauksesta tai läppäleikkauksesta (Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito -suositus 2022.). Kuntoutus tavoittelee fyysisen ja psyykkisen kuormituksen vähenemistä, sydämen toiminnan ja yleisen elämänlaadun paranemista, pyrkii ehkäisemään sairaalahoidon uusiutuvaa tarvetta ja pienentämään sydän- ja verisuoniperäistä kuolleisuusriskiä (Tessler ym. 2025.). Sydänkuntoutus nähdään lähtökohtaisesti sekundaariprevention muotona, mikä tarkoittaa sitä, että kuntouttavilla toimenpiteillä pyritään vähentämään riskiä jo diagnosoituun sydänsairauteen liittyvien komplikaatioiden uusiutumiselle ja lieventämään niiden vaikutuksia (Keyes ym. 2025.).

Tesslerin ym. (2025) mukaan sydänkuntoutusprosessi on kolmivaiheinen, ja siihen lukeutuvat sairaalavaihe, avohoitovaihe sekä pitkäaikainen jatkokuntoutusvaihe. Sairaalahoidossa heti sydämdiagnoosin tai toimenpiteen jälkeen potilaan tilasta tehdään alkuarviointi, joka muodostaa pohjan itse kuntoutukselle. Hoidossa keskeistä ovat aikaisin alkava potilaan mobilisointi, potilaan kunnon heikkenemisen ehkäisy ja edukaatio liittyen elämäntyylin muovaamiseen kohti terveellisempiä elämäntapoja. Avohoitovaihe alkaa potilaan tilan ollessa vakaa, ja se keskittyy ohjattuihin tai valvottuihin fyysisiin harjoitteisiin, riskitekijöiden hallintaan ja elämäntapoihin liittyvään tukemiseen. Vaiheen aikana tehdään potilaskeskäinen hoito- tai kuntoutussuunnitelma ja se pyrkii muodostamaan kestävästi pohjan itsenäiselle kuntoutumiselle samalla sitouttaen potilasta jatkamaan prosessia. Vaihe kestää useimmiten 3–6 viikkoa, mutta saattaa tapauskohtaisesti jatkua suunnitelmallisena 12 viikon ajan. Jatkokuntoutusvaihe painottaa kestävästi elämäntapamuutosta etenkin säännöllisen liikunnan, aerobisen harjoittelun ja terveellisten elämäntapojen kautta, joihin yhdistetään itsenäistä ja ammattilaisen toteuttamaa seuranta prosessin etenemisen varmistamiseksi sekä kuntoutukselle asetettujen lopullisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

### 2.2 Sydänkuntoutuksen muodot

Sydänkuntoutus koostuu ohjatusta tai valvotusta fyysisestä harjoittelusta ja aktiviteeteista, jotka suunnitellaan potilaan tarpeiden mukaisesti. (Tessler ym. 2025.) Esimerkiksi Bellmann

ym. (2020) jakavat sydänkuntoutuksen kolmeen osaan, jotka ovat liikunnallinen harjoittelu, elämäntapojen muutos ja psykologinen interventio. Brown ym. (2024) määrittelevät sydänkuntoutuksen osa-alueiksi ravitsemusneuvonnan ja painonhallinnan, riskitekijöiden arvioinnin, psykososiaalisen hoidon, aerobisen harjoittelun, voimaharjoittelun ja fyysisen aktiivisuuden neuvonnan. Riskitekijöiksi he määrittelevät kohonneen verenpaineen, veren poikkeavat rasva-arvot (dyslipidemiat), diabeteksen ja tupakoinnin. Näihin liittyen Cuccurullo ym. (2024) sekä Garcia-Sanchez ym. (2025) tuovat esiin vielä psykososiaalisten tekijöiden ja etenkin stressin vaikutuksen altistavana tekijänä sydänsairauksille. Fyysinen harjoittelu ja liikunta ovat sydänkuntouksessa keskeisessä roolissa, mutta esimerkiksi Bellmann ym. (2020) painottavat myös elämäntapamuutosten ja psykologisen hyvinvoinnin merkitystä. Elämäntapamuutokset, kuten fyysisen aktiivisuuden lisääminen tai terveellisempi ruokavalio vähentävät kokonaisuudessaan sydänsairauksien riskitekijöitä, kun taas esimerkiksi koetusta vertaistuesta seuraava psykologisen hyvinvoinnin paraneminen edesauttaa sydänpotilaiden sopeutumista uuteen terveydelliseen tilanteeseensa ja tukee heitä kestävään muutokseen heidän terveyteensä liittyen (Brown ym. 2024.).

Sydänkuntoutus voidaan jakaa karkeasti laitospuotoiseen sydänkuntoutukseen (center-based cardiac rehabilitation), kotioloissa toteutuvaan sydänkuntoutukseen (home-based cardiac rehabilitation) tai näiden muotojen yhdistelmiin (hybridimuotoiseen sydänkuntoutukseen). Kuntoutus voi toteutua tilanteen ja menetelmän mukaan yksilö- tai ryhmämuotoisena sydänkuntoutuksena, ja kuntoutusta on mahdollista ohjata tai valvoa myös digitaalisesti tai etänä. (Brown ym. 2024; Mueller & Kim 2025.) Koendersin ym. (2025) mukaan sydänkuntoutus etenkin reaaliaikaisesti ohjattuna toteutuu lähes aina ryhmämuotoisena käytännöllisten ja taloudellisten syiden takia, mikä helposti johtaa siihen, ettei jokainen sydänkuntoutuja saa yksilöityä kuntoutusta jokaisen kuntoutuskerran aikana. Heidän mukaansa yksilöity sydänkuntoutus ei ole kuitenkaan mahdottomuus ryhmälle ohjatussakaan kuntouksessa, mutta se vaatii ohjaajilta ymmärrystä ja tietoa paikalla olevien sydänkuntoutujien sairausspesifeistä tarpeista sekä osaamista soveltaa tai ohjeistaa kuntoutusta niin, että kuntoutujat pystyvät toteuttamaan sitä omien tarpeidensa mukaan. Hancockin ym. (2024) mukaan tieteellinen näyttö on vielä riittämätöntä ottamaan kantaa siihen, onko yksilö- vai ryhmämuotoinen kuntoutus tehokkaampaa sydänpotilaiden terveyden edistämisen osalta, kun taas digitaalisella ohjauksella tai valvonnalla perinteisiin menetelmiin verrattessa on Ansarin ym. (2025) mukaan mahdollista parantaa potilaiden elämänlaatua esimerkiksi kuntoutuksen saavutettavuuden ja siihen sitoutumisen osalta.

Laitospuotoinen sydänkuntoutus on sydänkuntoutuksen muodoista perinteisin ja eniten toteutuva (Shields ym. 2023), ja se muodostaa perustan valvotulle sydänkuntoutukselle useimmissa maailman valtioissa. Siinä sydänpotilaan kuntoutus tapahtuu paikan päällä

esimerkiksi sairaalassa tai terveyskeskuksessa terveydenhuollon ammattilaisen ollessa läsnä, ja kuntoutus voi olla luonteeltaan esimerkiksi liikunnallista, teoriapohjaista tai terapeuttista, joskin pääpainopiste on liikunnallisessa kuntoutuksessa. Liikunnallinen kuntoutus voi sisältää esimerkiksi juoksumattoharjoitteita, kuntopiirimäistä liikuntaa tai voimaharjoitteita. Kuntoutus tähtää matalan ja korkean intensiteetin suorituksiin. Laitosmuotoista kuntoutusta suositetaan tyypillisesti etenkin sydänsairauden aiheuttaman akuutin vaiheen jälkeisessä sairaala- tai avohoitovaiheessa. (McDonagh ym. 2023.)

Kotioloissa toteutuva sydäntuntoutus on mallina laitospuolesta sydäntuntoutusta modernimpi ja ainakin toistaiseksi vähemmän tutkittu, joskin menetelmän suosio on kasvussa esimerkiksi sen tarjoamien joustavuuden ja helpomman saatavuuden (Thomas ym. 2019) sekä kustannussäästöpotentiaalin (Shields ym. 2023) vuoksi. Sydäntuntoutus painottuu eniten liikunnalliseen kuntoutukseen, ja liikuntamuodot voidaan suunnitella pitkälti sydänpotilaiden arkeen sopiviksi. Esimerkiksi Antoniou ym. (2022) sisällyttivät tutkimuksessaan kotioloissa toteutuvaan sydäntuntoutukseen matalan intensiteetin aerobista liikuntaa, aerobista vastusharjoittelua ja tasapainoharjoitteita. Batalik ym. (2021) suosivat kotipohjaisessa kuntoutuksessaan aerobisen liikunnan muotona reipasta kävelyä ja pyöräilyä sykevälillä 70–80 % maksimisykkeestä. Kotioloissa toteutuvaan sydäntuntoutukseen tulisi kuulua itsenäisen harjoittelun lisäksi myös kuntoutusprosessin valvonta tai seuranta terveydenhuollon ammattilaisen toimesta esimerkiksi etäseurannan, satunnaisten kotikäyntien, puhelinsoittojen tai kuntoutuspäiväkirjan avulla (Dalal ym. 2010), ja seurantaan tai puhelinsoittoihin voidaan yhdistää esimerkiksi ammattilaisen tarjoamaa painonhallintaneuvontaa tai kuntoutusprosessiin liittyvää psykologista tukea (Thomas ym. 2019.). On myös huomion arvoista, että Nkonde-Pricen ym. (2022) toteuttamassa seurantatutkimuksessa sydäntuntoutusta kotioloissa toteuttaneiden sydänpotilaiden todennäköisyys sairaalahoitoon uudelleenjoutumisesta 12 kuukauden kuluessa oli 21 % pienempi kuin laitospuoleisessa kuntoutuksessa olleiden sydänpotilaiden.

Hybridimuotoisella sydäntuntoutuksella tarkoitetaan välimuotoista sydäntuntoutusmallia, joka yhdistää lyhytaikaisen laitospuoleisen sydäntuntoutusmallin ja kotioloissa toteutuvan sydäntuntoutusmallin esimerkiksi niin, että sydänpotilaat osallistuvat avohoitovaiheensa alussa lyhytaikaiseen laitospuoleiseen kuntoutusjaksoon, jonka jälkeen he vaihtavat kotioloissa toteutuvaan sydäntuntoutukseen, tai vastaavasti osallistuvat molempiin kuntoutusmalleihin lyhyissä sykleissä tai vuorotellen (Imran ym. 2019.). Tutkimustieto hybridimuotoisesta sydäntuntoutuksesta on yhä hyvin vähäistä, mutta esimerkiksi Thomas ym. (2019) uskovat, että hybridimuotoisessa sydäntuntoutusmallissa voi olla enemmän potentiaalia kuin laitospuoleisessa tai kotimallissa, sillä malli pystyy lähtökohtaisesti tarjoamaan sydänpotilaalle parhaat puolet kahdesta muusta mallista. Seron ym. (2024) taas tutkivat hybridimallista

sydänkuntoutusta ympäristössä, jossa resurssit olivat rajalliset, ja löysivät hybridimuotoisen kuntoutuksen lisäävän sydänpotilaiden sitoutumista valvottuun kuntoutukseen ja mahdollistivat useamman sydänpotilaan tavoittamisen alhaisempien kustannusten takia verrattuna perinteisiin sydänkuntoutusmenetelmiin.

Beatty ym. (2021) tutkivat sydänkuntoutusmuotojen malleja ja terminologiaa, ja huomasivat, ettei malleille ole varsinaisesti standardoitua terminologiaa, mikä aiheuttaa sekaannusta uusien sydänkuntoutusmallien kehittämisessä ja käyttöönotossa. Heidän mukaansa sydänkuntoutusmallit ovat tähän asti nimetty pitkälti sen mukaan, missä kuntoutus toteutuu, joten vaihtoehtoiseksi menetelmäksi he ehdottivat, että kuntoutusmallit nimettäisiin sen mukaan, kuinka sydänkuntoutuja vastaanottaa kuntoutukseen liittyvän ammattiavun. He jakavat ehdotuksessaan kuntoutusmuodot synkroniseen, eli samanaikaisesti ja kasvotusten toteutuvaan kuntoutukseen, jossa terveydenhuollon ammattilainen ohjaa tai valvoo kuntoutusta paikan päällä, synkroniseen ja reaaliaikaisesti, mutta virtuaalisesti toteutuvaan kuntoutukseen, jossa terveydenhuollon ammattilainen ohjaa tai valvoo kuntoutusta etänä reaaliaikaisen audio-visuaalisen yhteyden avulla ja asynkronisesti toteutuvaan kuntoutukseen, jossa sydänkuntoutus toteutuu muulloin kuin potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen ollessa suorassa vuorovaikutuksessa, ja potilas välittää ylös kirjattua dataa kuntouttavan toiminnan ajalta terveydenhuollon ammattilaiselle vaikka puhelimen välityksellä.

Tutkimusten (Grace ym. 2021; Cardoso ym. 2017; Anderson ym. 2016) mukaan, toteutuneen sydänkuntoutuksen määrä maailmanlaajuisella tasolla on riittämätöntä, ja esimerkiksi Stefanakis ym. (2022) toteavat, että kuntoutukseen tulisi kehittää uusia menetelmiä perinteisten menetelmien tueksi. Thomas ym. (2019) ehdottavat kotipohjaista hybridisydänkuntoutusmenetelmää, jossa sydänkuntoutus tapahtuisi kokonaan tai lähes kokonaan kuntoutujan kannalta tutussa ympäristössä, valvonta olisi epäsuoraa ja ohjeistus tapahtuisi etäteknologiaa hyödyntäen. He näkevät menetelmän olevan tehokas etenkin niiden henkilöiden kohdalle, joilla on akuutti tarve sydänkuntoutukselle, mutta jotka eivät osallistu siihen. He toteavat tämänkaltaisen sydänkuntoutuksen sisältävän myös riskejä, ja pitävät sitä varteenotettavana vaihtoehtona vain matalan- ja keskisuuren riskin omaaville sydänpotilaille, jotka eivät pysty ottamaan osaa suoraan valvottuun sydänkuntoutukseen. Stefanakis ym. (2022) tutkivat kotipohjaisen sydänkuntoutuksen tuloksia ja menetelmän riskejä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kautta, ja suosittelivat sydänkuntoutujia olemaan aktiivisempia myös kotioloissaan, sillä heidän löydöksiinsä perustuen, haittatapahtumien esiintymistodennäköisyys on pieni jopa korkean riskin sydänkuntoutujilla, joille kuntoutusta useimmiten suositellaan tehtäväksi vain suoran valvonnan alaisuudessa.

Myös Mueller & Kim (2025) näkevät virtuaaliavusteiset, kotipohjaiset ja hybridimalliset sydänkuntoutusmenetelmät tulevaisuuden suuntana vaihtoehdoksi perinteisille menetelmille sydänkuntoutuksen saatavuuden ja saavutettavuuden edistämiseksi. Heidän mukaansa vaihtoehtoisilla menetelmillä olisi mahdollista puuttua rakenteellisiin ongelmiin liittyen sydänkuntoutukseen osallistumiseen, ja edesauttaa niiden sydänpotilasryhmien, esimerkiksi ikäihmisten, maaseudun asukkaiden ja omaishoitajien, osallistumista, jotka ovat perinteisessä sydänkuntoutuksessa aliedustettuja. He myös korostavat koulutuksen ja teknologian edistämistä kohti monimuotoisempia menetelmiä, jotta rakenteellisen ja kestäväan edistysaskeleen ottaminen olisi mahdollista.

### 2.3 Sydänkuntoutussuositukset

Sydänkuntoutuksen osalta kansainväliset ja kansalliset sydänkuntoutussuositukset muodostavat viitekehyksen sille, mitä sydänpotilaiden kuntoutuksen tulisi kokonaisuudessaan olla. Sydänkuntoutusprosessi on aina potilas- ja tapauskohtainen, ja sen lopullinen sisältö määräytyy potilaan sydänsairauden ja henkilökohtaisten tavoitteiden kautta (Hautala ym. 2022), mutta esimerkiksi eurooppalaiset sydänkuntoutussuositukset (Ambrosetti ym. 2021) esittelevät kuntoutusprosessiin ydinkomponenttien joukon, joka on sovellettavissa minkä tahansa sydänsairauden kuntoutussuunnitelmaan. Näihin komponentteihin lukeutuvat potilaan arviointi ja sen kautta määriteltävät kuntoutuksen potilaskohtaiset tavoitteet, yksilöllisesti suunniteltu ja ohjattu liikuntaharjoittelu, sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden hallinta ja valvonta, liikuntaneuvonta, ravitsemusohjeistus ja psykososiaalinen tuki. Suosituksissa suurimman painoarvon saa liikunnallinen kuntoutus, mutta jo edellä mainittujen komponenttien lisäksi, suositukset korostavat myös omahoidon vahvistamisen merkitystä ja sydänpotilaan aktiivista osallistumista pitkäjänteiseen kuntoutusprosessiin. Suositukset kokonaisuudessaan ovat nähtävissä Liitteessä 1.

Ydinkomponentit kattavat suurimman osan sydänkuntoutussuosituksista sairausspesifillä tasolla, mutta eivät kaikkia. Ambrosettin ym. (2021) suosituksissa käydään läpi myös sydänsairauksien yksityiskohtaisemmat, spesifit piirteet ja niiden perusteella muodostetut sydänkuntoutusohjeet. Sairausspesifit ohjeet antavat yleisiä suosituksia tarkemmat ohjeistukset esimerkiksi erityisriskien, lääkityksen ja sen vaikutuksen, kuntoutuksen ”punaisten lip-pujen” sekä komorbiditeettien, eli useampien kuin yhden samaan aikaan ilmenevien sairauksien osalta.

Suomalaiset Käypä hoito -suositukset (Hautala ym. 2022; Liikunta, sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus ja sydänvalmennus: Käypä hoito -suositus 2022;

Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito -suositus 2022; Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus: Käypä hoito -suositus 2022; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2023) sydänkuntoutuksen osalta noudattavat pitkälti samoja periaatteita, sillä ne ovat rakennettu eurooppalaisia kuntoutussuosituksia hyödyntäen. Suositukset korostavat etenkin liikunnallisen kuntoutuksen merkitystä, mutta myös vertaistuen merkitys tuodaan esiin. Liikuntaharjoittelua pidetään turvallisena sydänkuntoutujille, ja Miettisen ja Mattilan (2014) toteuttamassa näytönastekatsauksessa annetaan paras mahdollinen näytön aste (A) liikuntapainotteisen kuntoutuksen vaikutukselle sepelvaltimotautipotilaiden sydänkuolleisuuden vähenemiseen ja sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden tason laskuun. Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus: Käypä hoito -suositus (2022) taas antaa A-tason näyttöä sille, että säännölliseen liikuntaan perustuvalla sydänkuntoutuksella on mahdollista vähentää uusien sairaalahoitojen tarvetta verrattuna tavanomaiseen hoitoon, ja vähentynyt tarvetta selittää liikunta.

Käypä hoito -suositusten mukaan, sydänkuntoutus tulee aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tapauskohtaisesti, fyysinen kuormitus aloitetaan kevyesti, ja sitä lisätään progressiivisesti mutta maltillisesti kuntoutuksen edetessä. Kuntoutuksen ja kuntoutusvaiheiden kestot vaihtelevat diagnoosin mukaan, mutta suosituksissa kuntoutusprosessi jaetaan joko toipilasvaiheeseen ja toipilasvaiheisen jälkeiseen aikaan tai sairaalahoitoon, avohoitoon ja pitkäaikaiseen ylläpitoon. Seurannan merkitystä korostetaan etenkin fysiologisten, psykososiaalisten ja elintapatekijöiden osalta (Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä: Käypä hoito -suositus 2022), ja ensimmäistä sairaanhoitajan tai fysioterapeutin seuranta suositellaan 2–4 viikon kuluttua potilaan kotiutumisesta. Seurannan jatkuessa perusterveydenhuollossa, ensimmäisen seurantäkäynnin tulisi toteutua 1–2 kuukauden kuluessa, mutta jatkoseurannan tulisi toteutua yksilöllisesti. (Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito -suositus 2022.)

Sydänkuntoutukseen liitännäisenä suomalaisissa suosituksissa (Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä: Käypä hoito -suositus 2022) nähdään myös sydänvalmennus, jolla tarkoitetaan potilaslähtöistä ja suunnitelmallista palveluketjua, joka pyrkii siihen, että sydänpotilas tiedostaisi sairautensa luonteen ja ymmärtäisi ennaltaehkäisevien toimenpiteiden merkityksen myös sairautensa oireettomassa vaiheessa. Sydänvalmennuksen tavoitteena on lisätä potilaan tietämystä omasta sydänsairaudestaan, kannustaa häntä kohti liikunnallisempia ja terveellisempiä elämäntapoja sekä tarjota psykososiaalista tukea sydänsairauden aikaansaamiin tuntemuksiin esimerkiksi vertaistukihenkilöiden kautta. On huomion arvoista, että kansallisissa ja kansainvälisissä suosituksissa (Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito -suositus 2022; Liikunta, sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus ja sydänvalmennus: Käypä hoito -suositus 2022; Ambrosetti ym. 2021; Brown ym. 2024) korostuu

moniammatillisuuden merkitys sydänkuntoutusprosessin jokaisessa vaiheessa, ja moniammatillisen tiimin koetaan edesauttavan myös sitä, että sydänpotilaat löytäisivät tiensä sydänkuntoutuksen pariin nykytilannetta tehokkaammin (Liikunta, sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus ja sydänvalmennus: Käypä hoito -suositus 2022.).

## 2.4 Sydänkuntoutuksen hyödyt

Dibben ym. (2023) tutkivat meta-analyysissään RCT- (randomized controlled trial) eli satunnaistetuista tutkimuksista saatua dataa yli 23000 sepelvaltimotautipotilaan osalta liittyen fyysisen harjoittelun kautta toteutuvaan sydänkuntoutukseen, ja vahvistivat kuntoutuksen hyödyt sydänperäisen kuolleisuusriskin, sydäninfarktien ja sairaalahoidossa olemisen osalta. He myös totesivat, että etenkin sairaalahoitotarpeen vähenemisellä on keskeinen vaikutus taloudellisesti organisaatio ja yksilötasolla, ja nopeammalla kotiutumisella on positiivinen vaikutus terveyteen liittyvään elämänlaatuun potilaiden keskuudessa. Shields ym. (2018) tutkivat sydänkuntoutuksen taloudellista tehokkuutta systemaattisessa katsauksessaan, ja totesivat konsensuksen olevan se, että sydänkuntoutuksen toteuttaminen saa aikaan taloudellisia säästöjä. Keskeisimmiksi säästötekijöiksi he mainitsivat uusiutuvan sairaalahoidon riskin ja interventioriskin vähenemisen. Myös Ambrosetti ym. (2021) toteavat kokonaisvaltaisen sydänkuntoutuksen olevan sekundaariprevention muotona kustannustehokkain vaihtoehto hoitotulosten paranemiseksi esimerkiksi sydänperäisen kuolleisuuden, sairastuvuuden ja yleisen elämänlaadun osalta.

Taloudellinen näkökulma sydänkuntoutukseen liittyen on olennainen tekijä myös Suomessa, sillä esimerkiksi Hautala & Laukkanen (2023) tunnistavat liikunnallisen sydänkuntoutusmuodon tarjoaman säästöpotentiaalin tavanomaiseen jatkohoitoon verrattessa terveydenhuoltopalveluihin liittyvissä vuoden aikana kertyneissä kuluissa. Knuuti ym. (2019) linkittävät kuntoutuksen suoraan vähentyvään sairaalahoidon tarpeeseen. Säännölliseen liikuntaan perustuvan sydänkuntoutuksen kustannussäästöpotentiaalista terveydenhuollon resurssien osalta on myös A-tason näyttöä verrattaessa tavanomaiseen sydänpotilaan jatkohoitoon (Hautala ym. 2022.). Sydänkuntoutuksen säästöpotentiaali Suomessa on euroääräisesti arvioituna 22 miljoonaa euroa vuodessa. Liikunnalliseen sydänkuntoutukseen osallistuneiden potilaiden terveydenhuollon kustannukset vuoden seurannassa olivat keskimäärin 1652 euroa potilasta kohden, kun tavanomaisessa jatkohoidossa kustannukset olivat 2629 euroa potilasta kohden (Hautala & Laukkanen 2023.).

Yksilötasoa tarkastellessa, sydänkuntoutuksella on useita spesifejä fysiologisia hyötyjä ja vaikutuksia sydänpotilaan terveydentilaan. Sydänkuntoutuksen alkuvaiheen kuntoutuksella

on mahdollista vaikuttaa esimerkiksi sairaalahoidossa vietettyyn aikaan ja toiminnallisiin ominaisuuksiin sairaalahoitovaiheen aikana ja sen jälkeen (Damluji ym. 2025.). Kuntoutusprosessin edetessä keskeistä on vähentää sydänsairauden riskitekijöitä, ja oleellisimpana menetelmänä pidetään vaikuttamista fysiologisiin tekijöihin. Mueller & Kim (2025) jakavat fysiologiset vaikutukset sydänkuntoutuksen näkökulmasta sydämeen ja hemodynaamiikkaan, eli veren virtaukseen kohdistuviin vaikutuksiin, neurohormonaaliseen ja autonomiseen säätelyyn liittyviin vaikutuksiin, muutoksiin luustolihaksissa, verisuoniin liittyviin vaikutuksiin ja aineenvaihduntaan liittäisiin vaikutuksiin. Vaikutukset ovat tarkemmin esiteltynä Taulukossa 1, ja ne edistävät sydänpotilaan sydämen ja verenkiertoelimistön toimintaa sekä fyysistä kapasiteettia.

Vaikutusalue	Keskeiset vaikutukset	Sydänkuntoutuksellinen merkitys
Sydän ja hemodynaamiikka	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lepo- ja submaksimaalisen sykkeen madaltuminen</li> <li>Verenpaineen alentuminen rasituksessa</li> <li>Sydänlihaksen sähköisen vakauden, minuuttitilavuuden ja kammioiden täyttymisen paraneminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parantaa sydämen toimintatehoa ja kuormituksensietoa</li> <li>Vähentää rytmihäiriöalttiutta ja iskeemistä kuormitusta</li> </ul>
Neurohormonaalinen ja autonominen säätely	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sympaattisen hermoston reaktioiden vaimentuminen ja parasympaattisen tonuksen vahvistuminen</li> <li>NT-proBNP-tasojen lasku</li> <li><math>\beta</math>-reseptorien herkkyyden ja noradrenaliinitasojen säätely.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parantaa autonomista tasapainoa</li> <li>Vähentää rytmihäiriöriskiä</li> <li>Pienentää iskemian riskiä</li> </ul>
Luustolihakset	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lihasten hapenkäyttökyvyn ja mitokondrioiden biogeneesin lisääntyminen</li> <li>Anaerobisen aineenvaihdunnan lisääntyminen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lisää maksimaalista hapenottokykyä ja kestävyyttä</li> <li>Parantaa fyysistä suorituskykyä</li> </ul>
Verisuonet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verisuonien uusiutumisen, laajenemisen ja angiogeneesin edistäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parantaa sydänlihaksen hapensaantia</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sepelvaltimoiden ja mikroverenkierron toiminnan paraneminen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pienentää iskemian riskiä</li> <li>• Hidastaa verisuonisairauksien etenemistä</li> </ul>
Aineenvaihdunta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energiankulutuksen lisääntyminen</li> <li>• Viskeraali- ja maksarasvan vähentyminen</li> <li>• Insuliiniherkkyyden ja lipidiprofiilin parantuminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vähentää sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä</li> <li>• Tukee kokonaisvaltaista terveyttä</li> </ul>

Taulukko 1. Sydänkuntoutuksen fysiologiset hyödyt mukailen Mueller & Kim (2025)

Sydänkuntoutuksen fysiologiset hyödyt eivät rajoitu ainoastaan sydänspesifiin näkökulmaan, sillä esimerkiksi Paneroni ym. (2022) tutkivat sydämen vajaatoiminnasta kärsivien ikäihmisiä sydänkuntoutusta ja sen vaikutuksia heidän arjen toimintoihinsa, ja huomasivat, että jo lyhytaikaisella sydänkuntoutuksella on positiivinen vaikutus arjen toimien tehostumiseen. Dibbenin ym. (2018) toteuttamassa systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä taas tutkittiin sydänpotilaiden päivittäistä askelmäärää ja sitä kautta sydänkuntoutuksen sekä toteutuneen fyysisen aktiivisuuden lisääntymisen välistä yhteyttä, ja he löysivät eron sydänkuntoutukseen osallistuvien potilaiden sekä kontrolliryhmän välillä. Löydös on tärkeä, sillä vaikka pitkän aikavälin tietoa aiheesta ei ole, antaa se viitteitä siitä, että sydänkuntoutuksella olisi vaikutusta myös arjen liikunnallisuuteen ja sitä kautta kestävään elämäntapojen muutokseen.

Psykososiaalisella tasolla, Moreira ym. (2024) tutkivat systemaattisessa katsauksessaan sydänkuntoutuksen vaikutuksia potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin ja totesivat sydänkuntoutukseen osallistumisen parantavan sydänpotilaiden kokonaisvaltaista elämänlaatua ja vähentävän heidän kokemiaan masennusoireita. Myös Garcia-Sanchez ym. (2025) puoltavat tätä näkemystä, ja he painottavat psykososiaalisen kuntoutuksen tärkeyttä etenkin sydänkuntoutuksen alkuvaiheessa, jotta sydänsairausdiagnoosin aiheuttama ahdistus tai masennus ei pääsisi vaikuttamaan kuntoutusprosessin aikana tapahtuvien elämänlaadullisten tekijöiden, kuten henkisen hyvinvoinnin tai sosiaalisen toimintakyvyn edistymiseen.

Koenders ym. (2025) tutkivat sydänpotilaiden kokemia tarpeita sydänkuntoutuksessa 94 tutkimusta kattaneessa systemaattisessa katsauksessaan, ja toivat esiin sydänkuntoutuksen hyötyjä liittyen muiden sydänkuntoutujien tarjoamaan vertaistukeen. Heidän mukaansa vertaistuki on koettu kuntoutujien toimesta erittäin tärkeänä, ja on johtanut usein toveruuteen tai ystävyyteen. Vertaistuesta on koettu olleen hyötyä myös esimerkiksi

sydänpotilaiden henkisen hyvinvoinnin edistymisen ja motivaation säilymisen kannalta, ja he mainitsevat, että kuntoutumisprosessin reflektointi yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten ja vertaistuen kanssa on koettu lisänneen sydänpotilaiden itsetietoisuutta sekä helpottaneen henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista lopun kuntoutuspolun ajalle.

## 2.5 Sydänkuntoutus lainsäädännössä

Sydänkuntoutuksen toteutuminen Suomessa perustuu lainsäädännöllisesti useaan eri lakiin, joiden avulla säännellään esimerkiksi kuntoutuksen kokonaisuutta, järjestämisvastuuta, kuntoutusprosessiin kuuluvaa ammattihenkilöstöä ja turvataan kuntoutusasiakkaan oikeuksia. Sydänkuntoutus voidaan jakaa lainsäädännössä karkeasti lääkinälliseen ja toiminnalliseen kuntoutukseen. Lääkinällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan hyvinvointialueiden järjestämiä kuntoutuksen palveluita, joihin kuuluvat esimerkiksi toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, apuvälinepalvelut, kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa ja kuntoutusneuvonta ja -ohjaus (Sosiaali- ja terveysministeriö). Sen järjestämisvastuu kuuluu terveydenhuollolle, ja sitä sääntelee terveydenhuoltolaki (1326/2010).

Toiminnallinen kuntoutus tarkoittaa enemmän käytännön ja arjen kuntoutusta. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen toiminnallisen kuntoutuksen tavoitteina on esimerkiksi omien voimavarojen tunnistaminen ja vahvistaminen, arjenhallinnan tukeminen, omassa elinympäristössä selviäminen, onnistumisen kokemusten mahdollistaminen ja itsetunnon vahvistaminen (Ekhva). Tätä sääntelevät esimerkiksi sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja laki kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista (566/2005). Toiminnallinen kuntoutus toteutuu Suomessa usein kolmansien osapuolten toimesta, ja se enemmän täydentää lääkinällistä kuntoutusta tai rakentaa sille jatkumoa.

Hyvinvointialueiden lakisääteinen vastuu järjestää tarpeenmukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut asukkailleen määritellään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (6 / 2021, 4§). Lain mukaan kyseisten palvelujen toteutumisen on oltava yhdenvertaista, otettava huomioon paikallisen väestön tarpeet ja tarjottavana ne yhtenäisinä sekä asiakkaiden lähellä. Lain 8. §:n mukaan hyvinvointialueilla tulee olla riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen osalta ja sen on kaikissa tilanteissa huolehdittava sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden saatavuudesta asukkaidensa palvelutarpeiden mukaisesti. Lain 9. § ja 10. § velvoittavat hyvinvointialuetta soveltamaan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä suuremmiksi kokonaisuuksiksi yhden tai useamman toimijan tai hyvinvointialueen järjestämäksi, ja lain 10. §:n mukaan hyvinvointialueen on huolehdittava kyseisten palveluiden yhteensovittamisesta alueen muiden

palvelujen tai palveluja tuottavien toimijoiden ja kunnallisten, sekä valtion palveluiden kanssa. Osaamista ja valmiutta kuntoutusprosessissa säätelee myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), jossa määritellään se, kuka on laillisesti pätevä toteuttamaan kuntoutusta osana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010, 24 §, 29 §, 30§.) täydentää lakia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä määrittämällä sen, että hyvinvointialueen on huolehdittava asukkaidensa sairaanhoitopalveluista (24. §), sairaanhoitoon liittyvästä lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä (29. §) ja huolehdittava siitä, että asianomainen saa tietoja muiden tahojen järjestämistä kuntoutusvaihtoehdoista ja mahdollisuuksista, mikäli kuntoutus ei ole suoraan säädetty hyvinvointialueen kautta toteutettavaksi (30. §). Lain 29. § velvoittaa hyvinvointialueen suunnittelemaan ja toteuttamaan potilaan lääkinällisen kuntoutuksen siten, että kuntoutus ja hoito yhdessä muodostavat potilaalle tarpeenmukaisen kokonaisuuden.

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) täydentää edellä mainittuja lakeja velvoittamalla hyvinvointialueiden järjestettäväksi tarpeenmukaisen erikoissairaanhoidon, ja tämä sisältää myös erikoissairaanhoitoon liitännäisen kuntoutuksen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää potilaalle oikeuden laadukkaaseen hoitoon ja mahdollisuuteen osallistua ja vaikuttaa omaa kuntoutumisprosessiaan koskeviin päätöksiin.

Kelan järjestämää kuntoutusta kokonaisuudessaan sääntelee laki kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2025). Lain 1. §:ssä ja 3. §:ssä veloitetaan Kelaa järjestämään kuntoutuspalveluja ja korvaamaan kuntoutuksesta aiheutuvia kuluja ammatillisen kuntoutuksen, vaativan lääkinällisen kuntoutuksen, kuntoutuspsykoterapian ja muun harkinnanvaraisen kuntoutuksen osalta. Lain 2 luvun 9. §:n mukaan Kelan tulee järjestää vaativaa lääkinällistä kuntoutusta vakuutuksen omaavalle, ei julkisessa laitoshoidossa olevalle potilaalle, jolla sairaus, vamma tai niihin liittyvä osallistumisrajoite aiheuttaa huomattavia vaikeuksia selviytyä jokapäiväisestä arjesta. Lain 10. § määrittää kuntoutuksen muodoksi terapiat ja moniammatilliset kuntoutuspalvelut, joiden tulee noudattaa hyviä kuntoutuskäytäntöjä ja perustua yhteistyöhön sekä erityisasiantuntemukseen. Näiden lisäksi, Kela voi lain 12. §:n mukaan järjestää harkinnanvaraista kuntoutusta, joka ei suoraan sisälly sen järjestämisvelvollisuuden alaisiin ammatilliseen tai lääkinälliseen kuntoutukseen. Tähän Kelan on käytettävä vuosittain vähintään rahamäärä, joka on yhtä suuri kuin kaksi prosenttia kaikkien Suomessa vakuutettujen sairausvakuutusmaksuina kertyneestä summasta.

Lainsäädäntöä täydentävät kansalliset ja kansainväliset sydänkuntoutukseen liittyvät suositukset, kirjoitukset ja ohjeistukset (Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito -suositus 2022; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2023; Ambrosetti ym. 2021; Brown ym.

2024). Nämä ovat kuitenkin suosituksia, eivätkä ole rinnastettavissa lain määrittämään velvoitteeseen.

## 2.6 Sydänkuntoutuksen saatavuus Etelä-Karjalassa

Etelä-Karjalassa sydänkuntoutus alkaa Etelä-Karjalan hyvinvointialueen (Ekhvan) järjestämänä tai ohjeistamana. Etelä-Karjalan keskussairaalassa kaikki toimenpiteessä käyneet potilaat ja toimenpiteen jälkeistä seurantaan tarvitsevat sydänsairaat siirtyvät K5- sydänosastolle tarkkailuun, jossa toipumisaika vaihtelee toimenpiteen mukaan muutamasta päivästä kymmeneen päivään. Sydänosastolla suoritetaan hoitajien ja lääkärin toimesta haa- vanhoitoa, rytmihäiriöseuranta ja varmistetaan potilaan kotikuntoisuus ennen kotiutusta. Osa potilaista käy sydänosaston fysioterapeutin vastaanotolla ennen kotiutumista. Fysioterapian tarve arvioidaan sydänosastolla yksilöllisesti hoitajien ja lääkäreiden toimesta. Ekhvalta saa kotiutuessaan mukaansa sairauden mukaiset yksilölliset ohjeet ja ohjeistuksen lääkehoitoa varten. (Osasto K5, sisä-, sydän- ja ihotaudit 2025.)

Etelä-Karjalan hyvinvointialueella työikäiset sairastuneet saavat kutsun ensimmäiselle kontrollikäynnille kuukauden kuluttua sydäntapahtumasta. Jos sairaus ei tarvitse seurantaan kardiologian poliklinikalla, niin seurantakäynti toteutetaan perusterveydenhuollossa omalla hyvinvointiasemalla ja aika varataan itse. Yleensä sairaanhoitaja tekee oireiden kartoituksen ja arvioi riskit, sekä tarvittaessa lääkärille varataan vastaanottoaika. Kardiologian poliklinikka on ajanvarauspoliklinikka, jonne potilaat tulevat aina saamallaan lähetteellä. Yli 65-vuotiailla ensimmäinen kontrollikäynti on 1–2 kuukauden kuluessa sydäntapahtumasta. Jatkok seurantakäynnit toteutuvat yksilöllisesti sairauden ja tarpeen mukaan. Kontrollikäynnin sisältö on jokaisella kuntoutujalla yksilöllinen. Kontrollikäyntejä toteuttavat kardiologit ja hoitajien vastaanotoilla saa tukea hoitoon. Ensimmäisen kontrollikäynnin jälkeen tulevien seurantakäyntien määrä suunnitellaan yksilöllisesti sairauden ja tarpeen mukaan. (Osasto K5, sisä-, sydän- ja ihotaudit 2025; Etelä-Karjalan hyvinvointialue 2025.)

Ekhvan mukaan sydänpotilaille tarjotaan esimerkiksi liikuntaneuvontaa ja elintapaohjausta osana perusterveydenhuoltoa (Etelä-Karjalan hyvinvointialue 2025). Jatkokuntoutuksen saatavuudessa ja hoitopolun jatkuvuudessa on kuitenkin havaittu puutteita (Sydänliitto 2021). Erityisesti hoitopolun katkeaminen akuuttivaiheen jälkeen ja yksilöllisen tuen rajallinen saatavuus ovat ongelmia, jotka ilmenevät hyvinvointialuekohtaisesti myös valtakunnallisella tasolla (Sydänliitto 2023). Ekhvan toimesta jatkokuntoutukseen kuuluvat vastaanotokäynnit useimmiten 1–2 vuoden välein, joissa kartoitetaan sydänsairauteen liittyvät oireet ja riskitekijät tapauskohtaisesti, tarkistetaan verikokeet ja suositellaan seuranta

verenpaineiden osalta. Potilaille tehdään myös hänen tavoitteisiinsa ja tuen tarpeeseen pohjautuva henkilökohtainen terveys- ja hoitosuunnitelma, joka tulee näkyviin OmaKantaan. Mikäli potilaalle jää kysyttävää, annetaan hänelle yhteystiedot omahoitajaa varten. (Etelä-Karjalan hyvinvointialue 2025.)

Jatkokuntoutuksena Kela järjestää sydänsairautta sairastaville aikuisille kuntoutuskursseja, joista saa tukea elämäntilanteen hallintaan, keinoja sairaudesta aiheutuvien haasteiden ymmärtämiseen ja käytännön ongelmien ratkaisemiseen. Kurssi järjestetään palvelutuottajan toimipisteessä. Kurssille voi hakea, kun sairauden ensivaiheen hoitajakso on päättynyt ja tilanne vakiintunut, jotta pystyy osallistumaan ryhmämuotoiseen kuntoutukseen. Kurssilla vaaditaan riittävää itsenäistä toimintakykyä, jotta pystyy toimimaan kurssilla ilman jatkuvaa avustamista. (Kela 2025.)

Tukea omahoitoon tarjoaa myös maakunnallinen sydänyhdistys, eli Etelä-Karjalan Sydänalue ry. Sydäntuki-toiminta sisältää vertaistukea, ryhmätoimintaa ja avoimia tilaisuuksia. (Etelä-Karjalan Sydänalue ry 2025a.)

TULPPA-ryhmä ja ELO-elämäntaparyhmä olivat entisen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksoten) ja nykyisen Etelä-Karjalan hyvinvointialueen (Ekhvan) järjestämiä jatkokuntoutusryhmiä sydänsairauteen sairastuneille sairaalavaiheen jälkeiseen kuntoutukseen. TULPPA-ryhmä oli suunnattu sydän- ja valtimosairaille ja sen loputtua tilalle tuli ELO-elämäntaparyhmä, joka oli suunnattu sydänsairaiden lisäksi myös muille pitkäaikaissairastuneille ja henkilöille, joilla on paljon riskitekijöitä sairastumiselle. ELO-elämäntaparyhmä on järjestetty edellisen kerran vuonna 2023 ja sen jälkeen vastaavaa toimintaa ei ole ollut Etelä-Karjalan hyvinvointialueen toimesta. (Etelä-Karjalan Sydänalue ry 2025b).

TULPPA-ryhmät alkoivat Sydänliiton koordinoimana hankkeena Etelä-Karjalassa vuonna 2006. TULPPA-ohjaajia koulutettiin noin 40, ja he olivat fysioterapeutteja, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja lähihoitajia. Lisäksi ryhmässä oli vertaistukihenkilöitä. Hankkeen aikana järjestettiin 8–12 ryhmää vuosittain. (Etelä-Karjalan Sydänalue ry 2025c).

Sydänliiton hanke kesti vuoteen 2011, jonka jälkeen Eksote jatkoi toimintaa. Ryhmiä järjestettiin noin kaksi kertaa vuodessa. Ryhmäläiset ohjautuivat lääkärin tai hoitajan vastaanotoilta. Ryhmässä puhuttiin sepelvaltimotaudin itsehoidosta ja ryhmässä kävi esimerkiksi farmaseutti puhumassa sydänlääkkeistä ja jokaisella kerralla liikuttiin ryhmän toiveiden mukaan. Ryhmäläisille toteutettiin myös esimerkiksi kuuden minuutin kävelytesti. Ryhmien ja ohjaajaresurssien määrä väheni pikkuhiljaa. TULPPA-ryhmä lopetettiin säästösyistä ja COVID-19 epidemian vuoksi vuonna 2020. (Kosonen 2025.)

TULPPA-ryhmän päätyttyä, tilalle tuli ELO-elämäntaparyhmä. Ryhmä toimi entisen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksoten ja nykyisen Etelä-Karjalan hyvinvointialueen Ekhvan aikana. Nykyisin ryhmää ei enää ole. Ryhmäläiset ohjautuivat ryhmään oma-aloitteisesti tai hoitohenkilökunnan suosituksesta. Ryhmässä oli jokaiselle yksilöllinen alkukartoitus. Ryhmä oli tarkoitettu sepelvaltimotautia sairastaville, pallolaajennetuille ja / tai ohitusleikatuille, lievää aivoverenkiertohäiriötä sairastaville, diabeetikoille ja henkilöille, joilla oli paljon valtimotautien vaaratekijöitä (esimerkiksi korkea verenpaine tai huomattava ylipaino). Ryhmässä opeteltiin terveellisiä elämäntapoja ravitsemukseen, liikuntaan ja mielen hyvinvointiin liittyen, seurattiin terveysarvojen muutoksia sekä tuettiin ja kannustettiin muita samassa elämäntilanteessa olevia. Ryhmä toteutui etä- ja lähiryhminä. Osallistuminen oli maksutonta. Ryhmät kokoontuivat kerran viikossa yhteensä kuusi kertaa ja seurantakäynti oli 6 kk:n kohdalla. Osallistujien määrä oli noin 12 henkilöä per ryhmä. Kevään 2023 ELO-ryhmässä oli kahdeksan osallistujaa. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri.)

Näiden lisäksi, Sydänliitto pilotoi myös digitaalisen Tulppa-verkkovalmennuksen potentiaalliseksi osaksi kansallista sydänkuntoutusta vuosien 2019–2021 aikana ja sai mallin valmiiksi loppuvuodesta 2021. Tulppa-valmennus on kokonaan verkkototeutuksena toimiva sydänkuntoutusmalli, jonka avulla terveydenhuollon olisi mahdollista tarjota Käypä hoito -suositusten mukaista tutkittuun tietoon pohjautuvaa, laadukasta ja kattavaa tukea omahoidon ja elämäntapamuutosten toteuttamiseksi sepelvaltimopotilaille. Tulppa-verkkovalmennus rakentuu 12 itsenäisesti suoritettavasta valmennuspolun osasta, terveydenhuollon ammattilaisten ohjaamista etätapaamisista ja matalan kynnyksen yhteydenottomahdollisuudesta terveydenhuoltohenkilöihin, ja valmennuksen kokonaiskesto on noin 4 kuukautta. Malli olisi valmiina hyvinvointialueiden käyttöön, mutta toistaiseksi ainoastaan Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon hyvinvointialueet ovat integroineet sen käyttöönsä. (Sydänliitto 2025a.)

### 3 Tutkimushenkilöt ja -menetelmät

#### 3.1 Tutkimusaineisto

Opinnäytetyön tutkimusaineisto koostui kolmesta osasta, teoriapohjaisesta kirjallisesta aineistosta, haastattelujen avulla kerätystä suullisesta ja kirjallisesta tiedosta sekä kyselytutkimusaineistosta. Työn teoriapohjainen kirjallinen tieto sisälsi vertaisarvioituja tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita, kansallisia ja kansainvälisiä sydänhoito- ja sydänkuntoutusohjeita sekä suosituksia ja Suomessa toteutuvaan sydänkuntoutukseen liitännäisiä lakeja ja ohjeistuksia. Tutkimusten valinnassa suosittiin ensisijaisesti laadukkaita RCT-tutkimuksia sekä systemaattisia kirjallisuuskatsauksia ja sydänkuntoutusohjeissa sekä suosituksissa laadukkaiksi todistettuja ja Suomen Sydänliitto ry:n suosittelimia kansallisia ja kansainvälisiä lähteitä. Teoriapohjaisen tiedon valinnassa suosittiin myös ajankohtaista tietoa, ja tutkimusten sekä suositusten osalta priorisoitiin mahdollisuuksien mukaan 2020-luvulla julkaistua tietoa. Tiedonhaku tapahtui sähköisesti hyödyntäen sekä tieteellisiä tietokantoja että hakukoneita. PubMed-, Scopus-, Cochrane Library- ja Terveystietokanta -tietokantoja hyödynnettiin tutkimustiedon etsimiseen kirjallisuuskatsausta varten, kun taas Google- sekä Google Scholar -hakuja toteutettiin katsauksen alkuvaiheessa aiheen rajaamiseen yleistiedon etsimiseen, mutta myös täydentämään tutkimustietoa esimerkiksi etsimällä kansainvälisiä sydänkuntoutussuosituksia, joita ei välttämättä tieteellisistä tietokannoista olisi löytynyt.

Pubmed-, Scopus- ja Cochrane Library -tietokantoja hyödynnettiin kansainvälisen tutkimustiedon etsimiseen. Tutkimuksia etsittiin englannin kielellä, ja hakusanoja alettiin yhdistämään Boolean operaattoreilla (AND, OR, NOT) tulosten rajaamiseksi. Haku aloitettiin rajamalla tutkimukset vuonna 2015 tai sitä myöhemmin tehtyihin tutkimuksiin ja hakusanaksi kirjoitettiin "cardiac rehabilitation", joka antoi yhteensä 37693 tulosta. Haut rajattiin kokonaan saatavilla oleviin vertaisarvioituihin tutkimuksiin, Meta-analyysiin, RCT-tutkimuksiin, kirjallisuuskatsauksiin ja systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin, jolloin tulosten määrä putosi 5265 tutkimukseen. Tämän jälkeen hakusanoihin lisättiin "secondary prevention" ja "exercise" ja ne yhdistettiin hakuun AND-komennon avulla, jolloin hakusanoilla "cardiac rehabilitation AND secondary prevention AND exercise" tulokset rajautuivat 238 tutkimukseen, ja kaksoiskappaleiden poistamisen jälkeen 144 tutkimukseen. Näistä tutkimuksista lähdettiin valikoimaan tähän opinnäytetyöhön sopivia tutkimuksia tiivistelmien avulla, ja lopullisissa valinnoissa suosittiin tutkimuksen soveltuvuuden ja laadun lisäksi pääsääntöisesti 2020-luvulla toteutettuja eurooppalaisia tutkimuksia. Työhön valikoitui tietokannoista lopulta 33 kansainvälistä tutkimusta.

Näiden lisäksi tietoa etsittiin myös oikeusministeriön omistamaa oikeudellisen aineiston julkista Internet-palvelu Finlexiä ja Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ylläpitämää Käypä hoito -sivustoa hyödyntäen. Finlexin haussa suosittiin ajantasaista lainsäädäntöä ja tietoa etsittiin hyvinvointialueiden järjestämisvastuista, kuntoutuspalveluiden lakisääteisyydestä ja niiden sisällöstä sekä potilaiden oikeuksista. Käypä hoito -sivustoa taas hyödynnettiin kansallisten sydänkuntoutussuositusten etsimiseen, joita työhön lopulta valikoitui 6 kappaletta.

Työssä hyödynnetty haastattelujen avulla kerätty tieto hankittiin Etelä-Karjalan hyvinvointialueen työntekijöiltä sekä Suomen Sydänliitto ry:n ja Etelä-Karjalan Sydänalue ry:n työntekijöiltä tai toiminnassa mukana olevilta henkilöiltä. Haastateltavaksi saatiin kuusi henkilöä, joista kaksi Sydänalueen, kaksi Sydänliiton ja kaksi Ekhvan kautta. Haastattelutiedon hankinnassa ja valinnassa priorisoitiin haastateltavien henkilöiden omakohtaisia kokemuksia ja asiantuntemusta, ja haastateltavaksi pyrittiin saamaan henkilöitä, jotka joko olivat olleet tai olivat yhä itse konkreettisesti mukana haastattelun aiheessa, esimerkiksi TULPPA-toiminnassa, sydänkuntoutusosastolla tai Etelä-Karjalassa tällä hetkellä toteutuvassa vertaistuellisessa toiminnassa. Haastatteluista kolme toteutettiin suullisesti ja kolme sähköpostitse.

Työn kyselytutkimusaineisto muodostui Etelä-Karjalan Sydänalueen vertaistuellisissa ryhmissä toteutetusta kyselytutkimuksesta ja sen avulla kerätystä tiedosta. Ryhmät, joista kerättiin tuloksia kyselylomakkeen avulla, olivat Lappeenrannan sydänkerho, liikkuvat sydämet -ryhmä, työikäisten Sydänilta-ryhmä, ukkokahvila ja urheilutalon jumppa. Kyselytutkimusaineisto valikoitui satunnaisesti sen mukaan, ketkä vertaistuellisiin ryhmiin osallistuvista henkilöistä olivat paikalla niillä ryhmäkerroilla, joilla heille jaettiin tutkimuskyselyitä.

Lappeenrannan sydänkerho on Lappeenrannan sydänyhdistyksen järjestämä, kaikille avoin vertaistuellinen ryhmä. Ryhmässä keskustellaan hyvinvointiin liittyvistä asioista ja se pidetään Etelä-Karjalan sydänalueen toimistolla. (Lappeenrannan Sydänyhdistys Ry 2025a.)

Liikkuvat sydämet on syksyllä 2024 aloittanut Lappeenrannan Sydänyhdistys ry:n liikunta-ryhmä, joka toteutetaan yhteistyössä LiikuntaTilulan kanssa. LiikuntaTilula on lappeenrantalainen yritys, joka tarjoaa liikunnan- ja liikkuvuusohjauksen palveluja. Ryhmä on tarkoitettu sydäntapahtuman kokeneille työikäisille, mutta tunneille voi ilmoittautua kaikki aikuiset. Ryhmän teemoina ovat liikkuvuuden, tasapainon ja voiman kehittäminen eli fyysisen suorituskyvyn parantaminen. (LiikuntaTilula 2023.)

Sydänilta työikäisille on Lappeenrannan sydänyhdistyksen vertaistukiryhmä työikäisille sydänsairaille. Ryhmään voivat osallistua kaikki valtimoterveysasioista kiinnostuneet. Ryhmä kokoontuu Etelä-Karjalan sydänalueen toimistolla kerran kuukaudessa. (Lappeenrannan Sydänyhdistys ry 2025b.)

Ukkokahvila on miehille tarkoitettu vertaistuellinen keskusteluryhmä. Tapaamiset järjestää Etelä-Karjalan Sydänalue ry. Ryhmässä keskustellaan ajankohtaisista aiheista. Tapaamisen teemat valitaan ryhmäläisten kesken. Tapaaminen järjestetään arkisin, kerran viikossa sydänalueen toimistolla. (Etelä-Karjalan Sydänalue ry 2025d.)

Urheilutalon jumppa on Lappeenrannan Sydänyhdistyksen järjestämä monipuolinen kehonhuoltoa ja -hallintaa sisältävä jumppa. Jumppa järjestetään kerran viikossa Lappeenrannan urheilutalolla. (Lappeenrannan sydänyhdistys ry 2025c.)

Tämän opinnäytetyön kyselytutkimukseen määriteltiin mukaanottokriteereiksi osallistuminen Etelä-Karjalan Sydänalue ry:n järjestämiin vertaistuellisiin ryhmiin. Kyselyyn saivat osallistua kaikki edellä mainittuihin ryhmiin osallistujat, jotka asuvat Etelä-Karjalan alueella. Poissulkukriteeriksi määrittyi, ettei henkilöllä ollut todettua sydänsairautta. Kyselyyn osallistui 30 henkilöä, joista miehiä oli 19 ja naisia 11. Poissulkukriteerien vuoksi tähän opinnäytetyöhön hyväksyttiin 26 vastauslomaketta, joista 18 oli miehiä ja 8 naisia. Vastaajien keski-ikä oli 73 vuotta. Molemmat sukupuolet olivat edustettuna vastanneiden keskuudessa (miehiä 69 %, naisia 31 %), nuorin kyselyyn vastanneista oli 51-vuotias, vanhin vastanneista 100-vuotias, ja vastaajien keski-ikä oli hieman yli 73 vuotta. Vastanneista kaksi ei halunnut kertoa omaa ikäänsä. Tutkimuksessa kerätyt demografiset tekijät näkyvät Liitteessä 7.

Sydänsairauksiin liittyen, tietoa kerättiin siitä, mikä sydänsairaus vastaajalla on todettu, milloin sairaus on todettu, kauanko hän on ollut sen seurauksena mukana sydänkuntoutukseen liitännäisessä toiminnassa ja kuinka usein hän osallistuu toimintaan keskimäärin. Kysymyksiä hyödynnettiin myös tarkasteluun siitä, onko todetulla sydänsairaudella vaikutusta saatuihin jatkokuntoutussuosituksiin hyvinvointialueen toimesta ja siitä, miten suurelle osalle vastaajista vertaistuellisesta toiminnasta on tullut kestävä osa heidän arkeaan. Yleisin sydänsairaus vastanneiden keskuudessa oli sepelvaltimotauti. Vastanneista yli puolet on ollut yli viisi vuotta mukana sydänvertaistoinnassa tai kuntouttavassa toiminnassa ja keskiarvollisesti käyvät toiminnassa noin kerran kuussa. Nämä tiedot ovat nähtävissä Liitteessä 8.

### 3.2 Tutkimusasetelma

Opinnäytetyön pääpaino oli laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimisessa, mutta siihen yhdistyi myös määrällinen eli kvantitatiivinen datan analysointi ja olemassa olevaan kirjallisuuden perustuva tiedonkeruu. Opinnäytetyössä hyödynnettiin myös Etelä-Karjalan Sydänalue ry:n henkilöstöltä saatua tietoa, Suomen Sydänliitto ry:ltä saatua informaatiota, Etelä-Karjalan hyvinvointialueen työntekijöiltä saatua tietoa ja aiemmista tutkimuksista, kirjallisuudesta sekä laista kerättyä teoreettista tietoa ja ohjeistuksia.

Tutkimus oli epäkokeellinen poikittaistutkimus, sillä tietoa kerättiin yhtenä ajankohtana, eikä tutkimuksen tavoitteena ollut seurata muutosta tai kehitystä. Kerättyä aineistoa hyödynnettiin tutkittavien asioiden kuvaamiseen, vertailemiseen ja niiden taustalla vaikuttavien tekijöiden selittämiseen.

Työn tutkimusasetelma on kuvattuna Kuviossa 1. Tutkimusasetelman ytimessä ovat tutkimusongelmat, joiden selvittämistä varten muodostettiin työn tutkimuskysymykset ja valittiin niitä varten soveltuvat tutkimusmenetelmät. Tutkimusprosessia tukee teoreettinen viitekehys, joka antoi pohjan tutkimuskysymyksille, aineiston analysoinnille, lopullisten tulosten tulkinnalle ja tutkimuskysymyksiin annettavien vastausten perusteluille. Viitekehys muotoutui läpi koko tutkimuksen, tarjosi teorian tietoa, käytänteitä ja lakiin liittyviä perusteluja tutkimuskysymyksiin liittyen, ja mahdollisti kerätyn tiedon kytkemisen laajempaan asiayhteyteen.



Kuvio 1. Opinnäytetyön tutkimusasetelma

### 3.3 Tiedonkeruumenetelmät

#### Kirjallisuuskatsaus

Tässä opinnäytetyössä tietoa kerättiin monimenetelmällisesti yhdistämällä tutkimuksiin, suosituksiin, ohjeistuksiin ja lakeihin perustuva teoriapohjainen tiedonhaku, haastattelut ja käytännönläheinen kyselyaineisto. Kirjallista tietoa työn teoreettisen viitekehyksen raameissa kerättiin sydänkuntoutuksesta ja sen lainsäädännöllisistä vastuista. Tiedonhaun tavoitteena oli löytää kattava ja perusteltu vastaus työn ensimmäiseen tutkimuskysymykseen sekä tarjota teoriapohjaista ja lainsäädännöllistä tukea työn toisen ja kolmannen tutkimuskysymyksen aikana ilmeneviin mahdollisiin ristiriitoihin teorian ja nykyisten käytäntöjen välillä.

#### Haastattelu

Kyselylomakkeen ja teoreettisen viitekehyksen lisäksi aineistoa kerättiin haastattelemalla nykyisen Etelä-Karjalan hyvinvointialueen työntekijöitä sähköpostitse ja puhelimitse. Tietoa kerättiin myös Etelä-Karjalan Sydänalue ry:n henkilöstöltä sähköpostitse ja ennalta sovitulla tapaamisilla sekä Suomen Sydänliitto ry:n henkilöstöltä sähköpostien välityksellä. Haastatteluaineistot litteroitiin tarpeen mukaan ennen aineiston analysointivaihetta. Taulukossa 2. on kuvattu opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmien vastaavuus tutkimusongelmiin.

Tutkimusongelma	Kyselylomake	Kirjallisuuskatsaus	Haastattelut
1	X	XX	
2	X		XX
3	XX	X	

XX = ensisijainen tiedonkeruumenetelmä

X = toissijainen tiedonkeruumenetelmä

Taulukko 2. Tutkimusongelmien ja tiedonkeruumenetelmien vastaavuus.

#### Kyselytutkimus

Opinnäytetyö on laadulliselta osaltaan kvalitatiivinen kyselytutkimus, jossa hyödynnettiin avoimien kysymysten lisäksi myös strukturoituja kysymyksiä. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, jonka osallistujat täyttivät itsenäisesti. Aineisto kerättiin standardoidussa muodossa ennalta määritellyltä joukolta, josta muodostui tutkimuksen otos. Kyselyn tuloksissa hyödynnettiin määrällisiä menetelmiä kysymyksissä, joissa vastaajille oli annettu valmiit vastausvaihtoehdot.

Aineiston keruu tapahtui kahdessa osassa, kohderyhmistä kerättyä tietoa ja Etelä-Karjalan alueen sydänkuntoutuksesta vastanneita henkilöitä hyödyntäen. Kohderyhmistä osallistujat rekrytoitiin Etelä-Karjalan Sydänalue ry:n kautta toimittamalla vertaistuellisiin ryhmiin osallistuville saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja esiteltiin tietosuojailmoitus (Liite 4). Vapaaehtoiset osallistujat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (Liite 3), vastasivat kyselyyn omalla ajallaan ja heitä pyydettiin toimittamaan kyselylomake takaisin seuraavalle ryhmäkerralle. Kyselylomakkeella kerätty aineisto mahdollisti määrällisen ja laadullisen tarkastelun sydänkuntoutuksen toteutumisesta ja kokemuksista.

Kerätyn tiedon pohjalta ja tutkimuskysymysten perusteella suunniteltiin kyselylomake. Lomakkeen kysymyksiä ohjasi tavoite löytää vastauksia ensisijaisesti työn kolmanteen tutkimuskysymykseen, mutta myös tukea tutkimuskysymyksen kaksi vastauksia. Kyselytutkimuksen perusjoukon koostuessa pääasiassa iäkkäistä, kysely haluttiin pitää yksinkertaisena ja selkeänä. Lomakkeeseen haluttiin tarjota vastaajille mahdollisuus kertoa vapaasti omia kokemuksia tai ehdotuksia sydänkuntoutukseen liittyen. Kysely toteutettiin (Liite 6) Webropol-ohjelmalla. Kyselyssä käytettiin strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Kysymyksiä oli 12, joista strukturoituja kysymyksiä kuusi, avoimia kysymyksiä viisi ja yksi strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuoto. Kyselytutkimuksessa selvitettiin osallistujan sairaustaustaa ja mikä sydänsairaus on kyseessä, jotta voitiin verrata, onko tapahtuneissa kuntoutuksissa sairauksien tai henkilöiden iän välillä eroja. Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka suuri osa vastaajista on saanut Ekhvalta tai Eksotelta ohjeistuksen sydänkuntoutukseen tai vertaistukitoimintaan. Lisäksi tästä tarkasteltiin, onko eroja sen perusteella, milloin sydänsairaus on todettu. Lomakkeiden vastauksista analysoitiin, miten suuri osa on kokenut kuntoutuksen positiivisena ja eroja sukupuolen, iän ja sairauden keston mukaan, sekä, kuinka paljon joukossa on pitkäaikaiskävijöitä, jotka ovat kokeneet kuntoutuksen hyvänä. Avoin kysymys mahdollisti laadullisen tarkastelun siitä, millaisia henkilökohtaisia kokemuksia vastaajat ovat saaneet sydänalueen kuntoutuksesta. Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka usein vastaajat osallistuvat kuntouttavaan toimintaan ja tuloksia verrattiin voimassa oleviin sydänkuntoutuksen suosituksiin. Tämän lisäksi analysoitiin, kuinka suuri osa vastaajista kokee, että sydänkuntouttavaa toimintaa tulisi lisätä. Tästä tarkasteltiin erikseen, millaista toimintaa haluttaisiin lisää, liikunnallista, vertaistuellista, molempia vai jotain muuta.

Kysely oli muodoltaan informoitu kysely. Kyselylomakkeet jaettiin henkilökohtaisesti menemällä paikkoihin, joissa suunnitellut kohdejoukot olivat henkilökohtaisesti tavoitettavissa. Samalla kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, selitettiin kyselyä ja vastattiin kohdejoukon kysymyksiin. Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeet toimitettiin henkilökohtaisesti Etelä-Karjalan Sydänalueen toimintaan osallistuville paikan päälle ryhmien kokoontumisten

yhteydessä. Kyselyyn vastattiin joko paikan päällä tai vastaajien omalla ajalla ja täytetyt lomakkeet palautettiin seuraavalla Etelä-Karjalan Sydänalueen ryhmän tapaamiskerralla.

### 3.4 Opinnäytetyön eettiset näkökulmat

Opinnäytetyö noudattaa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäiltyjen käsitteleminen Suomessa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.). Kerätyt tiedot kyselyyn osallistuvilta ovat luottamuksellisia ja vain tutkimukselliseen käyttöön. Osallistuminen oli kyselyyn vastaaville vapaaehtoista ja heidän oli mahdollista missä vaiheessa vain keskeyttää osallistumisensa näin halutessaan. Kerätyt tiedot olivat luottamuksellisia ja työssä noudatettiin salassapitovelvollisuutta. Osallistujia informoitiin työstä ja sen tarkoituksesta saatekirjeessä (Liite 2). Tietosuojailmoituksessa (Liite 4) informoitiin aineiston keräämiseen liittyvästä henkilötietojen käsittelystä ja turvallisesta säilyttämisestä. Osallistujille välitettiin suostumuslomake (Liite 3), jossa he allekirjoittivat vapaaehtoisuuden ja suostumuksen tietojen keräämiseen. Toimeksiantajan kanssa allekirjoitettiin yhteistyösopimus (Liite 5).

Tietosuojailmoitus ja saatekirje toimitettiin kyselyyn osallistuville heidän ryhmäkäynneilleen. Suostumuslomakkeet jaettiin ja osallistujat allekirjoittivat ne ennen kyselyyn vastaamista. Kyselyissä kerätyt tiedot säilytettiin lukitussa tilassa opinnäytetyön tekijällä turvallisessa paikassa ja hävitettiin, kun opinnäytetyö valmistui ja julkaistiin. Osallistujien nimiä ja henkilötietoja ei kerätty. Opinnäytetyön tuloksista ei käy ilmi mukaan osallistuvien henkilöiden henkilöllisyydet.

### 3.5 Aineiston analysointi

#### **Määrällinen aineisto**

Opinnäytetyön määrällisen aineiston analysoinnissa hyödynnettiin Webropol-ohjelmaa ja Microsoft Exceliä. Webropolia käytettiin kyselylomakkeen laatimiseen, vastausten käsitteelyyn ja tulosten analysointiin, ja Exceliä kyselyn tulosten analysointiin, avointen kysymysten muuntamiseksi numeeriseen muotoon sekä datan viemiseksi visuaaliseen muotoon. Kerätyt kyselylomakkeet syötettiin ohjelmaan ja Webropol laski strukturoitujen kysymysten osalta, kuinka suuri osa vastaajista on vastannut kyllä tai ei kuhunkin väittämään. Avointen, numeeriseksi muunnettujen kysymysten kohdalla kyselyistä saatu data ladattiin ulos ja syötettiin Exceliin, jossa tähän tarkoitukseen soveltuvalle datalle, esimerkiksi todetulle

sydänsairaudelle, annettiin vastausten perusteella numeeriset arvot, jotta vastauksia olisi mahdollista hyödyntää myös kvantitatiivisesta näkökulmasta. Tulosten analysointi perustui prosenttiosuuksien tarkasteluun. Tuloksia verrattiin ja niistä etsittiin yhteyksiä ristiintaulukoinnin avulla muuttujien, kuten eri sydänsairauksien, sairausvuosien ja sukupuolen mukaan. Molempien ohjelmien avulla tuloksista saatiin myös taulukoita, jotka havainnollistavat vastausten jakaumia ja mahdollisia eroja. Taulukot antoivat vastauksien lukumäärät, prosenttiosuudet ja keskiarvot. Määrälliset tulokset esitetään tekstinä ja visuaalisuutta edistävinä kuvioina, sillä strukturoiduista kysymyksistä esitetään vain muutamia lukuarvoja.

### **Laadullinen aineisto**

Laadulliselta osalta opinnäytetyö analysoitiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti kyselyn avointen kysymysten ja teoratiedon sekä haastattelujen löydösten osalta. Aineistolähtöisessä analyysissä pyrittiin rakentamaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analysoinnin vaiheet olivat litterointi, redusointi, kategorisointi ja abstrahointi.

Konkreettista aineistoa työssä kerättiin Etelä-Karjalan Sydänalueen vertaistuellisissa ryhmissä käyville henkilöiltä kyselylomakkeiden avulla, ja konkreettista sekä teoriaan liitännäistä tietoa Etelä-Karjalan Sydänalueen, Ekhvan ja Suomen Sydänliiton vastuuhenkilöitä haastatellen. Kaikki kirjallisesti kerätty tieto tallennettiin myös sähköiseen muotoon ja kaikki suullisesti kerätty aineisto litteroitiin analysointivaihetta varten. Litteroitua aineistoa kertyi kolmesta haastattelusta noin kaksi A4 sivua, joita hyödynnettiin laadullisen analyysin eri vaiheissa. Analysointivaiheessa kaikki työn aikana kerätty teoratieto kategorisoitiin, eli yhdistettiin aihealueittain sen mukaan, mitä tietoa on mahdollista hyödyntää luodessa perusteltua vastausta työn tutkimuskysymyksiin ja abstrahointiin, eli muodostettiin samoista tai samankaltaisista asioista ja teemoista yleiskäsitteitä, jotta työn tutkimuskysymyksiin olisi mahdollista löytää mahdollisimman yhtenäinen linjaus. Työn konkreettisen aineiston osalta analysointivaihe sisälsi myös tiedon redusointia, sillä analyysin edetessä tutkimuksessa saatua aineistoa pelkistettiin ja tiivistettiin, jotta aineistosta saatiin karsittua tutkimukselle epäolennainen tieto pois. Tämän lisäksi aineistoa kategorisoitiin ja abstrahointiin samoin perustein kuin teoreettista aineistoa. Analysointivaiheen jälkeen jäljellä ollutta tietoa hyödynnettiin tulosten esittämiseen ja työn tutkimuskysymyksiin vastaamiseen, jonka jälkeen työssä käytettyä aineistoa, menetelmiä, tuloksia ja jatkotutkimusaiheita pohdittiin moniulotteisesti. Lopulta työ kiteytettiin sen keskeisimpiin löydöksiin johtopäätösten muodossa.

Analyysin edetessä tutkimuksessa saatua aineistoa pelkistettiin ja tiivistettiin eli redusointiin. Redusoimalla aineistosta karsittiin tutkimukselle epäolennainen tieto pois. Aineistosta etsittiin tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja ja ne eroteltiin vastauksista. Seuraavana vaiheena analysoinnissa kategorisoitiin kyselylomakkeen avoimista kysymyksistä saadut

vastaukset eli kysymysten vastaukset luokiteltiin eri kategorioihin ja poimittiin tutkimuksen kannalta oleelliset asiat, jotka jaettiin toistuviin teemoihin. Teemat ja aiheet luokiteltiin ylä- ja alaluokkiin. Lopuksi tulokset abstrahoitettiin, jolloin luokittelun perusteella tehtiin tulkin-toja opinnäytteen tutkimuskysymyksiin.

Tulokset esitettiin laadullisesta osiosta tekstin muodossa. Avointen kysymysten ylä- ja ala-luokista muodostettiin analysointia helpottava taulukko, ja niitä hyödynnettiin aineiston poh-dinnassa sekä perusteluina vastatessa tutkimuskysymyksiin. Tuloksista muodostettiin myös kyselyn teemojen avulla muodostuva yhteenvetotaulukko. Tuloksia käytettiin aineistoon liit-tyvässä pohdinnassa ja perusteluina tutkimuskysymysten vastauksiin.

### **Kirjallisuuskatsaus**

Opinnäytteen kirjallisuuskatsauksessa kerätyn tiedon analysointi on toteutettu laadullisena sisällönanalyysinä manuaalisia menetelmiä hyödyntäen. Analyysin tavoitteena oli löytää tutkimustiedosta ja sydänkuntoutussuosituksista keskeisiä ja toistuvia teemoja, kokonai-suuksia sekä kuntoutusmenetelmiä, joiden taustalla on vahvaa tutkimusnäyttöä, ja hyödyn-tää löytöjä työn tuloksia käsittelevässä osuudessa Etelä-Karjalan sydänkuntoutuksen kehittä-mistarpeita analysoidessa. Analyysi toteutettiin pitkälti kahdessa vaiheessa, joista ensim-mäinen vaihe keskittyi tutkimusten lukemiseen ja teemojen, kokonaisuuksien sekä kuntou-tusmenetelmien tunnistamiseen, kun taas jälkimmäinen vaihe niiden tutkimusten yhdistä-miseen ja merkitsemiseen, joissa toistuivat samankaltaiset teemat, suositukset tai tutkimus-tulokset. Tulosten pohdinnassa ja kehittämissuosituksissa annettiin painoarvoa etenkin toistuvasti esillä olleille teemoille, löydöksille ja vahvaa näyttöä omaaville suosituksille.

### **Synteesi**

Koska työssä kerättiin tietoa kirjallisuuskatsauksen, haastattelujen ja kyselytutkimuksen muodossa, ei työn tuloksia käsittelevä pohdinta ja suositukset perustu ainoastaan yhteen osa-alueeseen, vaan löydöksiä täytyi yhdistää ja suhteuttaa niitä Etelä-Karjalan ympäris-töön. Tutkimustiedon avulla kerätyn tiedon painopiste oli kokonaiskuvan hahmottamisessa siitä, miten sydänkuntoutus tulisi teoriatasolla toteuttaa, haastattelutiedon painopiste siinä, kuinka se realistisesti tällä hetkellä Etelä-Karjalassa toteutuu ja on toteutunut, sekä mitä siihen kaivattaisiin lisää sen parissa työskentelevien henkilöiden mielestä, ja kyselytutki-muksen painopiste siinä, millaisena Etelä-Karjalan sydänpotilaat ovat kuntoutuksen koke-neet, mitä siihen on kuulunut ja millaisia toiveita heillä olisi sen suhteen. Tuloksia analy-soidessa ja suosituksia pohtiessa keskeistä oli löytää yhteisiä teemoja, joita vähintään kaksi kolmesta työn tiedonkeruumenetelmästä tukivat, ja etenkin tällaisia löytöjä verrattiin Etelä-Karjalan tämänhetkisiin käytäntöihin suosituksia tai ehdotuksia muodostaessa. Vahvaa tut-kimusnäyttöä omaava löydös toimi ensisijaisesti merkittävimpänä osatekijänä tuloksia

analysoidessa, mutta mikäli kirjallisuuden löydökset olivat ristiriidassa sekä haastatteluilla että kyselytutkimuksilla kerätyn tiedon tai Etelä-Karjalassa realistisesti toteutettavien mahdollisuuksien kanssa, ei niitä esitetty kehittämiskohteina Etelä-Karjan sydänekuntoutuspolkuun liittyen.

## 4 Tulokset

### 4.1 Sydänpotilaiden sairaalavaiheen jälkeisen kuntoutuksen toteutus

Sydänpotilaiden sairaalavaiheen jälkeinen kuntoutus näyttäytyy kirjallisuudessa potilaskohdaisena, suunnitelmallisena ja moniammatillisena prosessina, edeten vaiheittain sairaalahoitovaiheesta avohoitoon, pitkäaikaiseen jatkokuntoutukseen ja optimaalisessa tilanteessa kestävään elämäntapamuutokseen (Tessler ym. 2025; Ambrosetti ym. 2021; Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito -suositus 2022.). Kuntoutus tulee suunnitella potilaan terveydentilaan ja henkilökohtaisiin tavoitteisiin peilaten yksilöllisesti jo sairaalahoitovaiheen aikana, jotta potilaalle muodostuisi pohja itsenäiselle jatkokuntoutukselle ja sitoutumiselle jatkokuntoutukseen (Tessler ym. 2025.). Avohoitovaiheen kuntoutus painottuu ohjattuihin tai valvottuihin fyysisiin harjoitteisiin, sydänsairauksien riskitekijöiden hallintaan ja elämäntapamuutoksen tukemiseen, ja kuntoutus toteutetaan potilaskeskeisesti niin, että se huomioi potilaan yksilölliset tarpeet, arjen ja omat arvot (Brown ym. 2024.). Jatkokuntoutusvaihe taas tukee pysyvän elämäntapamuutoksen toteuttamista liikunnallisten elämäntapojen ja itsenäisen harjoittelun sekä säännöllisen konsultaation tai seurannan kautta (Tessler ym. 2025; Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus: Käypä hoito -suositus 2022.).

Tutkimuksiin ja sydänkuntoutussuosituksiin (Ambrosetti ym. 2021; Brown ym. 2021; Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä: Käypä hoito suositus 2022) perustuen, sydänkuntoutusprosessin tulisi olla potilaan sydänsairaus, elämäntilanne ja psykososiaaliset tekijät huomioon ottava kokonaisuus, ja se rakentuisi sydänpotilaan tilanteen kokonaisvaltaisen arvioinnin jälkeen liikunnallisen harjoittelun sekä siihen liittyvän fyysisen aktiivisuuden ja neuvonnan, ravitsemusneuvonnan, painonhallinnan, veren rasva-arvojen ja verenpaineen hallinnan, psykososiaalisen tuen ja tupakoimattomuuden ympärille. Kuntoutusprosessin seurantaan tulisi myös kiinnittää huomiota, ja kuntoutuksen tavoitteita sekä progressiota tulisi päivittää potilaan kuntoutumisen mukaisesti. Etenkin suomalaiset suositukset (Liikunta, sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus ja sydänvalmennus: Käypä hoito -suositus 2022; Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä: Käypä hoito -suositus 2022) antavat Sydänvalmennuksen muodossa suurta painoarvoa myös teorian tiedon lisäämisessä esimerkiksi potilaan omaan sydänsairauteen, arjessa toteutuvaan omaseurantaan, itsehoidon tehostamiseen ja psykososiaalisen tuen saantiin liittyen, ja Sydänalueen henkilöstön mukaan (Etelä-Karjan Sydänalue 2025e) tiedon lisäämisen merkitys on suurin kuntoutusprosessin alkuvaiheessa. Sydänalueen henkilöstön kokemusten mukaan tärkeää on myös tunnistaa sydänsairausdiagnoosin synnyttämän kriisin vaiheet ja vahvuus kokonaisvaltaisen potilaan arvioinnin aikana, jotta psykososiaaliselle kuntoutukselle osataan antaa potilaskohtaisesti oikea painoarvo.

Kirjallisuuden perusteella sydänkuntoutus toteutuu tällä hetkellä useimmiten laitospuolesta valvonnan tai ohjauksen alla, mutta tutkimustieto osoittaa, etteivät koti- tai hybridimuotoiset, moniammatillisesti toteutetut kuntoutusmenetelmät ole huonompi vaihtoehto laitospuoleisen kuntoutuksen rinnalla lyhyellä eikä pitkällä aikavälillä esimerkiksi kuolleisuuden, sydänsairauden uusiutumisen, harjoittelukapasiteetin tai riskitekijöihin vaikuttamisen osalta (Mcdonagh ym. 2023.). Vaihtoehtoisilla menetelmillä on myös todistettuja kustannusvaikutteisia hyötyjä verrattuna laitospuoleiseen sydänkuntoutukseen (Shields ym. 2023) ja se tarjoaa sydänpotilaille joustavuutta sekä käytännönläheisyyttä verrattuna perinteisiin kuntoutusmenetelmiin (Thomas ym. 2019). Mueller & Kim (2025) nostivat esiin myös koti- ja hybridimuotoisten kuntoutusmenetelmien saavutettavuuden ja saatavuuden henkilöille, joille logistiikka, fyysiset tai psyykkiset syyt muodostavat esteen laitospuoleiseen kuntoutukseen osallistumiseen, joten sydänkuntoutusvaihtoehtojen moninaistamiselle on näyttöä esimerkiksi kustannusvaikutusten, joustavuuden ja tasavertaisuuden näkökulmista.

Sydänkuntoutuksen fysiologisista hyödyistä sydänpotilaille on vahvaa tutkimusnäyttöä, ja myös suomalaiset suositukset antavat A-tason näytön esimerkiksi sille, että liikunnallisella kuntoutuksella pystytään ennaltaehkäisemään sairaalahoitojen uusiutuvaa tarvetta. Hyötyihin lukeutuvat tutkimusnäytön perusteella kliiniset, esimerkiksi sydänperäiseen kuolleisuuteen, sydäntapahtumien ilmaantumiseen ja sairaalahoidon tarpeeseen liittyvät hyödyt (Ambrosetti ym. 2021), mutta myös sydänpotilaan arjen toimissa selviämiseen ja yleiseen elämänlaatuun sekä psykososiaaliseen puoleen liitännäiset avut (Brown ym. 2024.). Hyödyt heijastuvat suurella mittakaavalla myös taloudellisiin asioihin valtiollisella tasolla (Suomessa myös hyvinvointialueitasolla), sillä vähäisemmällä sairaalahoidon tarpeella ja lyhyemmällä vietetyllä ajalla etenkin tehohoidossa on todettu olevan laskeva vaikutus sydänsairauksista koituviin potilaskohtaisiin kustannuksiin (Shields ym. 2023.).

Reaaliaikaisesti ohjattu sydänkuntoutus toteutuu kirjallisuuden ja tutkimusten (Koenders ym. 2025; Shields ym. 2023) sekä Sydänalueen henkilöstön mukaan tällä hetkellä ensisijaisesti ryhmämuotoisena. Kirjallisen tiedon perusteella ryhmässä toteutuvan kuntoutuksen hyödyt liittyvät etenkin psykososiaalisiin tekijöihin, esimerkiksi vertaistukeen, ryhmähengen ja ryhmän kautta muodostuneisiin ihmissuhteisiin. Saatu vertaistuki yhdistettynä muihin psykososiaaliseen kuntoutukseen parantaa yleistä elämänlaatua ja vähentää esimerkiksi masennusoireita (Moreira ym. 2024; Ambrosetti 2021) sekä sydänsairaudesta aiheutunutta kriisitilaa (Sydänalue 2025e), tukee motivaation säilymistä kuntoutustoimintaan ja sitouttaa sydänkuntoutujaa kuntoutusprosessiin (Koenders ym. 2025). Sydänalueen henkilöstön kokemusten mukaan (Etelä-Karjalan Sydänalue 2025e) ryhmähenki on myös tehostanut kuntoutuksen ja suoritusten laatua, ja esimerkiksi toteuttaessa kävelytestejä

sydänkuntoutujille, he ovat huomanneet, että ryhmässä tekeminen on lisännyt motivaatiota suoritukseen ja sitä kautta parantanut saavutettuja tuloksia.

Lainsäädännön näkökulmasta katsottuna sydänsairaiden sairaalavaiheen jälkeiseen kuntoutukseen vaikuttavat useat lait, jotka määrittävät esimerkiksi kuntoutuksen järjestämisvastuun ja potilaan oikeudet. Hyvinvointialueiden velvoite korostuu palveluiden saatavuuden ja yhdenvertaisuuden varmistamisen osalta, mutta sen vastuulla on myös sovittaa potilaan saama hoito ja sydänkuntoutus yhtenäiseksi prosessiksi ja huolehtia siitä, että potilas saa sairauteensa liittyen tarpeenmukaisia palveluja ja tietoa. Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetaan lakiperusteinen määräys sille, että hyvinvointialueen tulee järjestää tarpeenmukaiset ja yhdenvertaisesti toteutuvat palvelut alueen asukkaille sekä huolehtia palvelujen saatavuudesta ja yhteensovittamisesta eri toimijoiden ja palvelukokonaisuuksien kanssa. Terveystieteiden laissa annetaan lakiperustaa määrittämällä sen, että sydänpotilaalle tulee järjestää sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus siten, että hoito ja kuntoutus muodostavat potilaan tarpeisiin perustuvan kokonaisuuden, ja potilaalle on annettava tietoa myös muiden järjestöjen tarjoamista kuntoutusmahdollisuuksista. Lisäksi erikoissairaanhoitolaki velvoittaa hyvinvointialueet järjestämään myös erikoissairaanhoitoon liittyvän jatkokuntoutuksen, ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista puolestaan turvaa potilaan oikeuden laadukkaaseen hoitoon sekä mahdollisuuden osallistua omaa kuntoutumistaan koskevaan päätöksentekoon. Kela vastaa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä potilaille, joilla sairaus aiheuttaa huomattavaa toimintakyvyn rajoitteita. Lain mukaan kuntoutus tulee toteuttaa moniammatillisesti, hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti ja yhteistyössä eri toimijoiden kesken, jotta potilas saa yksilöllisen sekä saumattoman hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuuden sairaalavaiheen jälkeen. Laissa ei kuitenkaan määritetä sydänkuntoutuksen vähimmäissisältöä, joten hyvinvointialueet eivät ole tässä mielessä lakisääteisesti veloitettuja järjestämään esimerkiksi kansainvälisten sydänkuntoutussuositusten laajuisia sydänkuntoutusprosesseja tai tarjoamaan niissä suositeltuja menetelmiä.

## 4.2 Sydänkuntoutuksen toteutus Etelä-Karjalassa

Aiemmin sydänkuntoutujille oli tarjolla ryhmämuotoisia jatkokuntoutuksia. Entinen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote) järjesti sairaalavaiheen jälkeen kuntoutusta TULPPA- ja ELO-elämäntaparyhmissä. TULPPA-ryhmä oli suunnattu sydän- ja valtimo sairaille. Ryhmässä käsiteltiin itsehoitoa, liikuntaa, ravitsemusta ja lääkehoitoa. Ryhmän toiminta lopetettiin vuonna 2020 säästösyihin vedoten. Ryhmää ei myös järjestetty COVID-19 pandemian aikana eikä enää sen jälkeen. ELO-elämäntaparyhmä, joka tuli TULPPA-ryhmien tilalle, oli suunnattu sydänsairaiden lisäksi muille pitkäaikaissairaille ja

riskiryhmäläisille. Ryhmässä tehtiin yksilöllinen alkukartoitus ja opeteltiin terveellisiä elämäntapoja liittyen liikuntaan, ravitsemukseen ja mielen hyvinvointiin. Ryhmään osallistuminen oli maksutonta ja se toteutettiin lähi- ja etämuotoisena. Ryhmien loppumisen jälkeen vastaavia kuntoutusryhmiä ei ole Etelä-Karjalan hyvinvointialueen toimesta järjestetty.

Tällä hetkellä sydänsairaiden kuntoutus Etelä-Karjalan hyvinvointialueen (Ekhva) ohjeistuksilla on osana perusterveydenhuoltoa. Kuntoutus painottuu liikunta- ja elintapaohjaukseen, joita tarjotaan hoidon alkuvaiheessa. Akuuttivaiheen jälkeen hoitopolku on katkonaista ja saatavuus rajallinen. Seurantakäynnit toteutuvat yleensä yhden tai kahden vuoden välein, jolloin arvioidaan oireita, riskitekijöitä, verikokeita ja saa lisää ohjeita jatkoseurantaan. Lisäksi kirjallisen tiedonkeruun mukaan sydänsairaille laaditaan henkilökohtainen terveys- hoitosuunnitelma Oma Kantaan ja potilas yleensä ottaa itse yhteyttä uuteen aikaan.

Kela järjestää jatkokuntoutuksena sydänkuntoutuskursseja elämänhallintaan, sairauden ymmärtämiseen ja käytännön tuen tarjoamiseen. Tähän on mahdollista hakea, kun sairauden akuutti vaihe on ohi ja toimintakyky riittävä ryhmämuotoiseen kuntoutukseen osallistumiseen. Maakunnallinen sydänyhdistys Etelä-Karjalan Sydänalue ry tukee potilaita vertais- ja ryhmätoiminnalla, sekä avoimilla tilaisuuksilla, jotka ovat tarkoitettu täydentämään virallista kuntoutusta.

Sydänkuntoutuksen toteutumista tukee myös oma aktiivisuus hyvinvoinnin eteen. Sairaus vaikuttaa omaan elämään ja arkeen, joten samanaikaisesti sydänsairaalla on oikeus ja vastuu osallistua hoitoon. Omahoidon kulmakivi on oman sydänsairauden tunteminen, ja sairautteen liittyvän tiedon, tutkimusten ja tulosten ymmärtäminen vaatii perehtymistä ja taitoa. Itsetuntemuksen avulla pystyy oppimaan omia sairautteen liittyviä oireita. Omahoitoon liittyvät esimerkiksi verenpaineen mittaaminen ja lääkkeiden ottaminen, mutta myös riittävä lepo, ihmissuhteiden ylläpito, terveyttä tukeva syöminen ja liikkuminen. (Sutela 2025)

#### 4.3 Etelä-Karjalan sydänkuntoutusryhmien ja vertaistuen tarve tulevaisuudessa

Etelä-Karjalan sydänsairaiden, eli työn kyselytutkimuksen kohderyhmän, kokemuksia kuntoutuksesta selvitettiin työtä varten muodostetun kyselylomakkeen avulla.

Kyselyyn osallistuneista henkilöistä 88 % koki ryhmissä käymisen vaikuttaneen positiivisesti omaan terveyteensä, 12 % ei kokenut positiivisia vaikutuksia. Avoimeen kysymykseen kuntouttavasta toiminnasta vastasi 65 % kaikista tutkimuksessa mukana olleista, ja heistä 12 % toivoi lisää liikunnallista sydänkuntoutusta, 35 % lisää vertaistuellista toimintaa ja 53 % muuta kuntouttavaa toimintaa. Muuta kuntouttavaa toimintaa vastanneista 67 % täsmänsi,

että haluaisi lisää liikunnallista ja vertaistuellista toimintaa. Vastauksia modifioitiin niin, että jokainen vastaus, jossa liikunnallinen ja vertaistuellinen toiminta oli vastattu kohtaan ”muu kuntouttava toiminta” laskettiin yhteen, laitettiin uuden nimikkeen alle, ja kaikista vastauksista muodostettiin ympyräkaavio, joka on esitettyä Kuviossa 2.



Kuvio 2. Sydänkuntoutujien toiveet kuntouttavasta toiminnasta

Vastauksista nousi esiin myös toiveita tiiviimmästä sydänsairauden seurannasta sekä lisää informatiivisia luentoja, sillä omatoiminen tiedonhaku internetistä koettiin hankalana. Pieni otanta kysymykseen vastanneista koki tämänhetkisen tilanteen hyvänä ja riittävänä. Vertaistuki koettiin tärkeänä voimavarana pitkäaikaissydänsairaiden keskuudessa. Liikunnallisen kuntoutuksen merkityksestä ja hyödyistä on paljon tutkittua tietoa saatavilla ja monet sydänsairaajat ymmärtävät sen merkityksen toimintakyvyn ylläpidossa sekä uusien ongelmien ehkäisemisessä. Monet kyselyyn vastanneista kokivat ryhmämuotoisen liikunnan helpommaksi toteuttaa kuin omatoimisen harjoittelun, koska siinä yhdistyy vertaistuellinen ja keskusteleva ilmapiiri sekä fyysisen toimintakyvyn kehittäminen samalla kerralla.

Avoin kysymys liittyen saatuihin jatkokuntoutusohjeisiin jaettiin kahteen yläkategoriaan, jotka olivat ohjausta saaneet ja ei saaneet. Ohjausta oli saanut 15 vastaajaa. Yläkategoria ”ohjausta saaneet” jaettiin kahteen alakategoriaan, jotka ovat kuntoutukseen ohjaus ja elämäntapaohjaus. Kahdeksan vastaajista kertoi saaneensa ohjausta jonkinlaiseen kuntoutukseen ja seitsemän sai ohjausta elämäntapaan liittyen.

Useat vastaajat kertoivat, etteivät he saaneet minkäänlaista jatkokuntoutusohjausta. Vastauksissa korostui kokemus täydellisestä ohjauksen puutteesta. Lisäksi vastauksista nousi esiin, että kaikki kolme, joilla oli todettu rytmihäiriöitä, eivät ole saaneet ollenkaan tai hyvin vähän jatkokuntoutusohjeita. Otanta heidän osaltaan on kuitenkin niin pieni ( $n = 3$ ), että tulokseen on syytä suhtautua varauksella.

*En lainkaan*

*En saanut mitään*

Osa vastaajista koki saaneensa vain hyvin vähäisiä tai epäselviä ohjeita, jotka eivät muodostaneet selkeää jatkokuntoutuksen kokonaisuutta. Ohjeistus saattoi rajoittua esimerkiksi yksittäiseen seurantakäyntiin työterveyshuollossa.

Vastauksista nousi esiin monipuolisesti erilaisia ohjeistuksia. Suurin osa sydänsairaista oli saanut ohjeita ruokailu- ja liikuntatottumuksien muuttamiseen sekä muita yleisiä vinkkejä kohti terveellisempiä elämäntapoja, kuten painonpudotus ja kolesterolin seuranta. Edellä mainittujen terveyttä edistävien toimien lisäksi suositeltiin myös omatoimisen liikunnan lisäämistä.

*Liikunta ja ruokavalio-ohjeita.*

*Tervettä elämää.*

*Painon pudotusta.*

Kyselyyn vastanneista 50 % kertoi saaneensa nykyiseltä Etelä-Karjalan hyvinvointialueelta tai entiseltä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden ohjausta hakeutua sairaalavaiheen jälkeen jatkokuntoutukseen kuntoutus- tai vertaistukiryhmiin. Kyselyyn vastanneista 19 % ei saanut kotiutuessaan ohjeistusta jatkokuntoutukseen. Vastanneista 31 % selvitti jatkokuntoutusmahdollisuuksiaan itse. Vastauksista ei noussut esiin eroavaisuuksia sen osalta, milloin sydänsairaus on todettu.

Pieni osa vastaajista oli saanut suosituksen hakeutua omatoimisesti fysioterapeutin vastaanotolle kotiutumisen jälkeen. Saaduista jatkokuntoutusohjeista esiin nousi suositukset elämäntapojen muutoksista ja suositukset hakeutua vertaistuen piiriin. Kaksi vastaajaa kertoi saaneensa tietoa sydänyhdistyksestä, Kelan kuntoutuskursseista tai muista kuntoutusmahdollisuuksista.

*Ensitetopäivä järjestettiin muutaman viikon jälkeen. Sain myös yhteyden sydänyhdistykseen ja sieltä tietoa kelan kuntoutuskursseista.*

*Paljon esitteitä eri mahdollisuuksista. Liityin heti paikalliseen sydänyhdistykseen.*

Kysymys siitä, millaisena vastaajat ovat kokeneet sairastumisen jälkeisen kuntoutuksen, jaettiin positiivisiin ja negatiivisiin vastauksiin. Avoimiin vastauksiin perustuen positiiviset kokemukset eriytyivät kahteen alaluokkaan, jotka olivat kuntoutuksen sisällöllinen

hyödyllisyys ja sosiaalinen tuki, sekä yhteisöllisyys. Negatiiviset kokemukset puolestaan kuvasivat kuntoutuksen vähäisyyttä, puuttumista tai tyytymättömyyttä.

Monet vastaajat kuvasivat saaneensa sydänkuntoutuksesta konkreettista hyötyä, riittävää tukea ja tarpeellista ohjausta erityisesti sairauden alkuvaiheessa. Kuntoutus koettiin toimivaksi, riittäväksi tai kokonaisuutena hyväksi. Myös omatoiminen kuntoutus nähtiin toimivana silloin, kun puitteet oli tarjottu.

*Riittävä*

*Todella tarpeelliseksi ainakin alkuvaiheessa*

*Hyvä*

*Puitteet annettu, itsestä kiinni miten se sujuu.*

Useat vastaajat nostivat esiin vertaistuen, ryhmätoiminnan ja yhteisöllisyyden merkityksen. Kuntoutus koettiin positiiviseksi ja virkistäväksi erityisesti sosiaalisen tuen, uusien tuttavuuksien ja ryhmätoiminnan ansiosta. Vertaistuki korostui yhtenä keskeisimmistä myönteisistä kokemuksista. Osalla vastaajista kuntoutus oli ollut vähäistä, omatoimista, omakustanteista tai sitä ei ollut lainkaan. Joissain vastauksissa korostui myös palvelujärjestelmän puutteellisuus.

*Vertaistuki hyvä*

*Olen saanut paljon mm. vertaistukea*

*Positiivisena ja virkistävänä. Olen saanut paljon uusia tuttavuuksia*

*Hyvin vähäisenä.*

*Huono.*

*Ei kuntoutusta.*

*Omatoimista kuntoutusta.*

Yksittäinen vastaus liitti kokemukset laajempaan terveydenhuollon tilaan ja sen heikentymiseen, mikä heijastui epävarmuutena kuntoutuksen toimivuudesta.

*En tiedä, auttaako, kun sairaanhoito rapistunut ja rapistuu.*

Tutkimuksen tuloksista nousee esiin myös sydänsairaiden toiveet siitä, että ryhmissä keskusteltaisiin entistä enemmän sydänsairauksista, niihin liittyvistä toimenpiteistä ja niiden vaikutuksista arkeen ja elämään. Osa tutkimuksessa mukana olleista vertaistukiryhmistä oli tarkoitettu kaikille halukkaille ja pitkäaikaissairaille tai ryhmän teema liittyi vahvasti

elämäntapamuutokseen sekä yleisellä tasolla terveellisempiin elämäntapoihin, eikä niissä ole tämänkaltaiselle keskustelulle aina mahdollisuutta.

Kysely ja sen vastaukset pilkottiin neljään teemaan, ja teemoiksi muotoutuivat sydänpotilaiden kokema hyöty kuntouttavasta toiminnasta, heidän saamansa jatkokuntoutusohjaus ja hoitopolun katkeamattomuus, tiedonvälitys ja kokemuseräiset kuntouttavan toiminnan sisältölliset tarpeet. Jokaiseen teemaan tiivistettiin kyselyyn vastanneilta saatuja tuloksia, joiden pohjalta muodostettiin vastauksia edustava löydös. Jokainen löydös perusteltiin kyselyn tuloksia hyödyntäen, ja löydökset ovat nähtävissä Taulukossa 3.

Teema	Löydös	Perustelu
<b>Koettu hyöty kuntouttavasta toiminnasta</b>	Valtaosa koki ryhmässä käymisen vaikuttaneen myönteisesti omaan terveyteen.	88 % koki positiivisen vaikutuksen, 12 % ei kokenut positiivisia vaikutuksia.
<b>Jatkokuntoutusohjaus ja hoitopolun katkeamattomuus</b>	Ohjaus jatkokuntoutukseen toteutui vaihtelevasti; osalle sitä ei tullut lainkaan ja osa joutui selvittämään mahdollisuudet itse.	50 % sai ohjausta ryhmiin, 19 % ei saanut ohjeistusta ollenkaan ja 31 % selvitti jatkokuntoutusmahdollisuuksiaan itse. Lisäksi osa kuvaili ohjeiden olleen epäselviä/vähäisiä.
<b>Tiedonvälitys</b>	Tarve selkeämmille, saavutettavimmalle ja tehokkaammille tiedonvälitystavoille.	Vain kaksi vastaajaa kertoi saaneensa tietoa suoraan Sydänyhdistyksestä tai Kelan kursseista jatkokuntoutukseen liittyen.
<b>Kuntouttavan toiminnan sisältölliset tarpeet</b>	Kuntoutujat kokevat liikunnallisen kuntoutuksen ja vertaistuen tärkeäksi, mutta myös informatiivinen keskustelu sydänsairauksiin liittyen tuntuu merkitykselliselle.	65 % vastanneista toivoi lisää joko vertaistuellista toimintaa, liikunnallista toimintaa tai molempia; avoimissa kentissä toivottiin lisää keskustelua sydänsairauksista, niihin liittyvistä toimenpiteistä ja vaikutuksista.

Taulukko 3. Kyselytutkimuksen päälöydökset teemoittain

## 5 Pohdinta

### 5.1 Aineisto

Opinnäytetyötä varten valittu tutkimusaineisto verrattuna työn tutkimuskysymyksiin oli kokonaisuudessaan perusteltu, sillä vastauksen löytäminen työn keskeisimpään tavoitteeseen, eli Etelä-Karjalan sydänsairaiden kuntoutusprosessin tutkimiseen ja sydänkuntoutustarpeen selvittämiseen, vaati monimenetelmällistä tutkimusta. Tiedonhaussa suosittiin vertaisarvioituja ja laadukkaita tutkimuksia sekä suosituksia, tiedonhakua toteutettiin useita tietokantoja hyödyntäen ja hyödynnetty tieto pyrittiin pitämään mahdollisuuksien mukaan niin ajankohtaisena kuin mahdollista, joten riski epärelevantille tai vanhentuneelle tiedolle on kokonaisuudessaan pieni.

Myös haastateltavien henkilöiden valinta oli työn kannalta looginen ja perusteltu, sillä haastateltaviksi pyrittiin valitsemaan niitä henkilöitä, jotka ovat olleet mukana toteuttamassa sydänkuntoutusta Etelä-Karjalan alueella, tai heiltä löytyi kokemuspohjaista tietoa siitä, miten sydänkuntoutusta tulisi toteuttaa kuntoutussuosituksen mukaisesti. Ainoana työn laatua rajoittavana tekijänä haastattelujen osalta näyttäytyy Ekhvan henkilöstön haastattelujen ja heiltä saatujen tietojen vähyys, sillä useista yrityksistä huolimatta, yhteydenottoihin ei saatu vastauksia kaikista toivomista lähteistä.

Kyselyaineiston osalta, tutkimusaineiston valinta onnistui suunniteltua paremmin, sillä kyselytutkimuksen tavoitteena oli saada osallistujamääräksi noin 15 vastaajaa Etelä-Karjalan Sydänalueen ryhmistä. Kyselyyn saatiin 26 kriteerit täyttävää henkilöä. Tämä johtuu siitä, että pääsi jakamaan kyselylomakkeita useampaan ryhmään kuin alun perin oli suunniteltu. Otoskoko oli riittävä tutkimukselle ja vastaajat edustivat monipuolisesti eri sydänsairauksia ja sukupuolia. Selkeä yhteistyö Sydänalueen henkilöstön kanssa, ryhmien aikataulujen, sekä ryhmien ohjaajien yhteystietojen löytyminen heidän verkkosivuiltaan edesauttoivat opinnäytetyön etenemisessä.

Kohderyhmä ja mukaanottokriteerit olivat selkeät, sillä tutkimuksen poissulkukriteerinä oli, että Sydänalueen vertaistuelliseen ryhmään osallistujalla ei ole todettua sydänsairautta. Osa Sydänalueen ryhmistä oli tarkoitettu kaikille sydänasioista kiinnostuneille, mutta tästä huolimatta mukaanottokriteereiden tarkastelun jälkeen joutui poissulkemaan neljä vastaajaa tuloksista.

Suurin osa kyselyyn vastanneista osallistui aktiivisesti yhteen tai useampaan Sydänalueen vertaistuelliseen ryhmään, joten on mahdollista, että otannasta jäi pois vähemmän aktiivisesti ryhmissä käyviä sydänsairaita, ja otantaharhan mahdollisuus on olemassa. Myös sydänsairaajat, jotka eivät ole saaneet tarvittavaa ohjeistusta ryhmiin hakeutumiseen, tai

henkilöt, jotka eivät itse osaa hakea tietoa kuntoutuksesta ovat mahdollisesti jääneet otanan ulkopuolelle.

Katoa tutkimuksessa esiintyi jonkun verran, sillä osa vastaajista oli jättänyt jonkin tai useamman kysymyksen tyhjäksi, ja vastausten laajuus avoimiin kysymyksiin oli henkilöriippuvaista. Vastaamatta jääneistä kysymyksistä osa liittyi demografisiin tekijöihin, joiden rooli tutkimustulosten kannalta osoittautui lopulta vähäiseksi, eikä näihin kysymyksiin vastaamattomuus vääristä tuloksia varsinaisesti mihinkään suuntaan. Avoimissa kysymyksissä tyhjiillä vastauksilla on suhteessa suurempi merkitys, sillä tuloksissa korostuu niiden vastaajien näkökulma, jotka ovat kysymykseen liitännäisiä asioita kertoneet. Kato liittyi kuitenkin kyselytutkimuksessa vain yksittäisiin kysymyksiin, eikä siinä ollut huomattavissa systemaattisuutta, joten tulosten laadun ei pitäisi olla systemaattisesti vääristynyt.

Kokonaisuutena arvioitiin, että tutkimuksen ulkoinen validiteetti on melko luotettava ja perusteltavissa, sillä otos oli suurempi kuin alun perin suunniteltiin ja edusti tutkimuskysymyksen kolme tavoitejoukkoa. Ulkoista validiteettia heikentää se, ettei tuloksia voi yleistää kaikkiin Etelä-Karjalan alueen sydänsairaisiin, vaan enemmän ryhmätoimintaan osallistuviin sydänsairaisiin.

## 5.2 Menetelmät

Tutkimusmenetelmien valinta oli kokonaisuudessaan ja tulosten saamiseksi onnistunut. Teoriapohjaisella tiedonhauulla oli mahdollista löytää vastaus työn ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, ja se muodosti samalla teoreettisen viitekehyksen, johon taas Etelä-Karjalla toteutuvia käytäntöjä ja kyselytutkimuksesta saatua tietoa oli mahdollista verrata.

Tutkimuksen pääpaino oli laadullisessa tutkimisessa ja kirjallisuuteen ja haastatteluihin perustuva tiedonkeruu antoi sitä varten hyvän teoreettisen pohjan. Myös määrällistä lähestymistapaa hyödynnettiin silloin kun kyselylomakkeen suljetut vastausvaihtoehdot sen mahdollistivat. Useammat menetelmät tukivat tutkimusongelmien selvittämistä ja analysointia. Koska tavoitteena ei ollut seurata muutosta vaan tutkia tilannetta tässä ajankohdassa, rajaa se mahdollisuutta tutkia vaihtelua tai pidempiaikaisia muutoksia. Ainoaksi vähäisemmäksi tiedonkeruumuodoksi jäi haastattelu hyvinvointialueen henkilöiden osalta.

Aineiston analysointiin käytetyt menetelmät olivat perusteltuja suhteutettuna kerättyyn dataan ja sen määrään. Kyselyjen syöttäminen Webropoliiin ja tulosten tarkastelu sähköisessä muodossa automaattisesti lasketuista tuloksista vähensi riskiä matemaattisista virheistä, ja Excelillä toteutettu avointen vastausten muuttaminen numeerisiksi arvoiksi mahdollisti myös muiden kuin strukturoitujen kysymysten tarkastelun kvantitatiivisesti.

Kyselytutkimuksen osalta menetelmiin liittyy kuitenkin mahdollisia systemaattisia ja satunnaisia virheitä, jotka voivat vaikuttaa tulosten tulkintaan. Systemaattisen virheen riski liittyy kyselylomakkeen itsearviointiin ja siihen, että vastaajat saattoivat antaa sosiaalisesti toivottuja vastauksia. Satunnaisia virheitä saattoi syntyä vastaajien erilaisista tulkinnoista avoimiin kysymyksiin. Osa vastaajista tulkitsi kysymyksiä tai niissä esiintyviä termejä hieman eri tavoin tai vastasi osin ohi aiheen. Lisäksi osalla vastanneista sydänsairaus on todettu jo kymmeniä vuosia sitten. Tämän vuoksi esimerkiksi kysymykseen saaduista kuntoutusohjeista ei välttämättä voida täysin luottaa heidän kohdallaan, sillä on mahdollista, etteivät he enää muista tarkasti tuolloin saamiaan ohjeita.

Nämä virheet saattoivat vaikuttaa luotattavuuteen, mutta eivät johdonmukaisesti vääristäneet tulosten suuntaa. Kokonaisuudessaan sisäistä validiteettia voidaan pitää kohtalaisena. Useammat menetelmät täydensivät toisiaan ja mahdollisti kaikkiin tutkimusongelmiin vastaamisen.

### 5.3 Tulokset

Tämän opinnäytetyön tulosten klininen merkitys liittyy etenkin siihen, miten Etelä-Karjalassa olisi mahdollista rakentaa sydänpotilaille sairaalavaiheen jälkeinen kuntoutusprosessi käytännön tasolla selkeäksi, jatkuvaksi, käytännönläheiseksi ja potilaan kannalta luontevaksi kokonaisuudeksi, sillä tutkimuksen tuloksiin peilaten sellaista alueella ei tällä hetkellä varsinaisesti ole. Tuloksia olisi mahdollista hyödyntää etenkin niissä kohdissa prosessia, joissa sydänpotilaat ja Sydänalueen henkilöstö eivät ole kokeneet sitä toimivaksi kokonaisuudeksi. Näitä kohtia ovat heti sairaalahoidon jälkeinen kotiutumisvaihe ja avokuntoutusvaiheen alku, avokuntoutuksessa käytössä olevat menetelmät ja jatkokuntoutusvaiheen seuranta. Tilanteen korjaamiseksi olisi mahdollista hyödyntää työssä kerättyjä ajatuksia ja kokemuksia sydänpotilailta ja Sydänalueen henkilöstöltä tai työssä esiteltyä ehdotusta sydänpotilaan jatkokuntoutusmallista. Uutta sydänkuntoutusmallia suunnitellessa tulisi hyödyntää kansainvälisiä ja kansallisia suosituksia ja esimerkiksi Ambrosettin ym. (2021) ydin-komponenttiajattelua, jonka avulla olisi mahdollista miettiä kuntoutuspolkua läpi kohta kohdalta, miten hyvin se täyttää esimerkiksi kotimaiset sydänkuntoutussuosituksset. Vaikka suositusten täytyminen ei ole lakiin perustuva velvoite, on tehokkaan ja moniammatillisen sydänkuntouksen toteutumisen kustannustehokkuudesta vahvaa tutkimusnäyttöä, joten myös taloudellisesta näkökulmasta katsottuna havaittuihin epäkohtiin puuttuminen olisi hyvinvointialueelle menoerän sijasta pitkällä tähtäimellä säästöä tuottava investointi.

Työn kyselytutkimuksella kerättyjen tulosten perusteella korostuu se, että Etelä-Karjalan alueella sydänpotilaiden sairaalavaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa on suuria kehittämistarpeita erityisesti hoitopolun jatkuvuuden, ohjauksen saatavuuden ja kuntoutusmuotojen

monipuolisuuden osalta. Nämä ovat tärkeitä havaintoja, koska riittävä ja oikea-aikainen jatkokuntoutus vaikuttaa suoraan potilaiden toimintakyvyn palautumiseen, elämänlaatuun ja uusien sydäntapahtumien ehkäisyyn. Kun potilaan täytyy itse etsiä tietoa ja hakeutua kuntoutukseen, hoito jää helposti vähemmälle, eivätkä kaikki potilaat löydä palveluita yhtä hyvin. Tutkimuksen tuloksista voidaan myös päätellä, että sydänsairaiden ohjauksessa jatkokuntoutukseen on ollut rakenteellisia puutteita jo pitkään. Siitä kertoo se, että sydänsairaiden Ekhvalta saamista jatkokuntoutusohjeistuksissa ei ole merkittäviä eroavaisuuksia, vaikka sydänsairaus olisi todettu TULPPA-ryhmän ollessa aktiivinen, tai myöhemmin, kun ryhmätoiminta oli jo lakkautettu. Tulokset osoittavat, että selkeät ja yhtenäiset ohjauskäytännöt kuntoutukseen olisivat konkreettinen keino varmistaa sydänpotilaille sujuvampi ja tasapuolisempi hoitopolku, mikä suurella todennäköisyydellä näyttäytyisi myös sydänkuntoutusryhmiin osallistuvien potilaiden lukumäärällisenä kasvuna.

Verratessa työn tuloksia teoreettiseen viitekehykseen ja siinä esitettyihin sydänkuntoutus-suosituksiin, yhtäläisyyksiä ja samoja teemoja löytyy paljon, mutta erot käytännön toteutuksen ja suositusten välillä ovat suuria. Yhtäläisyyksiä on havaittavissa etenkin siinä, mitä kaikkea sydänkuntoutukseen haluttaisiin sisällyttää, sillä työn tulokset ja sydänpotilailta saadut kokemukset ovat linjassa sen suhteen, että liikunnallisen kuntoutuksen yhteyteen tarvitaan myös esimerkiksi psykososiaalinen tai vertaistuellinen ja tietoperusteinen tuki. Negatiivissävytteisen yhtäläisyyden luo myös se, että kirjallisuuteen ja käytännön kokemuksiin perustuen, sydänkuntoutusta toteutuu sydänpotilaiden määrään nähden liian vähän.

Erot viitekehykseen muodostuvat etenkin toteutuvan sydänkuntoutuksen määrässä, mutta myös kuntoutusrakenteissa. Esimerkiksi eurooppalaiset suositukset sanovat liikunnallisen kuntoutuksen minimimääräksi kolme kertaa viikossa, mutta kyselytutkimuksen otannan perusteella suurin osa vastanneista osallistuu kuntouttavaan toimintaan alle kerran viikossa, eikä kaikki kuntouttava toiminta ole liikunnallista kuntoutusta. Kuntoutusrakenteiden osalta, viitekehyyksessä kuntoutusmalleista löytyy vaihtoehtoisia menetelmiä, joista kaikkia kuitenkin yhdistävät sydänkuntoutuksen ydinperiaatteet esimerkiksi potilaslähtöisyyden, jatkuvuuden ja seurannan osalta. Etelä-Karjalan alueelta puuttuu ainakin tällä hetkellä koko sydänpotilaan kuntoutusprosessin mittainen toimiva kokonaisuus, ja prosessi sisältää ”aukkoja”, joihin sydänkuntoutuja suurella todennäköisyydellä putoaa, ellei häneltä löydy itsenäistä aktiivisuutta ja motivaatiota olla aloitteellinen sydänkuntoutukseen liittyvissä asioissa.

Käytännön tasolla työn tuloksia voisi hyödyntää etenkin sydänpotilaiden järjestelmällisen ohjaamisen ja heille välittyvän tiedon saannin osalta hyvinvointialueen toimesta. Jokaisen samasta sydänsairaudesta kärsivän sydänpotilaan tulisi yhdenvertaisuuden nimissä saada samat ohjeistukset sydänkuntoutusmahdollisuuksistaan ja kuntoutuspolun jatkosta, eikä

ohjeeksi riitä se, että esimerkiksi internetistä löytyy tietoa, sillä vaikka tieto olisikin teoriassa saatavilla, ei jokaisella potilaalla riitä joko osaaminen, voimavarat tai senhetkiset intressit tiedon etsimiseksi tai löytämiseksi.

Kyselyn vastauksista nousi esiin tarve selkeämmästä, saavutettavammasta ja henkilökohtaisemmasta tiedosta kuntoutukseen liittyen. Tiedon tarjoaminen myös kolmannen sektorin palveluista on lakisääteistä, mutta se näyttää tulosten perusteella jäävän erittäin vähäiseksi käytännön tasolla. Tätä löydöstä tukee myös esimerkiksi Suomen Sydänliitto, sillä heidän mukaansa (Sydänliitto 2025b) sydänkuntoutuspotilaiden vähyys kuntoutustoiminnassa ja Kelan kursseilla johtuu nimenomaan siitä, ettei potilaille useimmiten suositella tai edes kertoa sydänkuntoutusmahdollisuuksista terveydenhuollon toimesta, ja kuntoutusprosessi pääsee katkeamaan sairaalahoitovaiheen jälkeen. Tämän kehittäminen voisi parantaa kuntoutuksen yhdenvertaisuutta ja tukea potilaan omaehtoista hyvinvoinnin edistämistä.

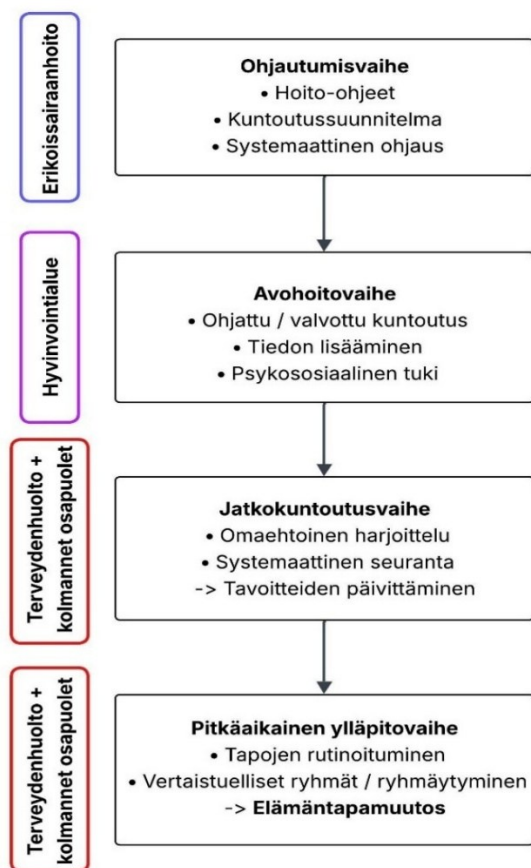
Tämän lisäksi, tuloksia voi hyödyntää myös vaihtoehtoisten sydänkuntoutusmallien kehittämiseen ja pilotointiin, jotka olisivat muodoltaan esimerkiksi hybridi- tai kokonaan kotipohjaisia. Työn aikana ei ilmennyt, että suoraan Etelä-Karjalan alueella olisi yhtään edellä mainitun kaltaista yleisen liikunnallisen kuntoutuksen mallia, tai sydänkuntoutusspesifiä mallia, vaikka tutkimusnäyttö niitä puoltaa. Toimiville vaihtoehtoisille malleille saattaisi suurella todennäköisyydellä löytyä kohderyhmä etenkin niistä sydänpotilaista, jotka eivät koe ryhmäkuntoutusta itselleen sopivana kuntoutusmuotona, tai niistä, jotka kokevat saavansa ohjattua sydänkuntoutusta kokonaisuudessaan liian vähän.

Ryhmämuotoinen toiminta on kuitenkin yleisellä tasolla koettu hyödylliseksi. Koettu hyödyllisyys indikoi sitä, että sen käyttöönotto julkisen terveydenhuollon kautta mahdollisesti lisäisi vähemmän aktiivisten sydänpotilaiden osallistumisaktiivisuutta sydänkuntoutukseen kokonaisuudessaan ja sitä kautta tukea potilaiden pitkäjänteistä sitoutumista terveellisempiin elämäntapoihin. Erityisesti liikunnallinen kuntoutus vaikuttaa kyselytutkimuksen perusteella olevan potilaille helpommin omaksuttavaa ryhmässä kuin yksilöllisesti, mikä on tärkeä huomio palveluiden ja kuntoutusmenetelmien suunnittelussa.

Kokonaisuudessaan tulokset viittaavat siihen, että sydänkuntoutuksen tulevaisuuden kehittämisessä Etelä-Karjalassa olisi syytä painottaa hoitopolun katkeamattomuutta ja kuntoutuspalveluiden mitoitusta vastaamaan potilaiden todellisia tarpeita. Potilaiden kokemuksiin perustuva tieto antaa arvokkaan näkökulman siihen, mitkä asiat ovat heidän kuntoutumiselleen heidän mielestään tärkeimpiä asioita, ja näitä olivat kyselytutkimuksen mukaan tieto, liikunta, vertaistuki ja säännöllinen seuranta. Näiden vahvistaminen käytännössä voisi paitsi tukea sydänpotilaiden kuntoutumista, ennaltaehkäistä sydäntapahtumien uusiutumista, sekä vähentää terveydenhuollon kuormitusta pitkällä aikavälillä.

## Sydänpotilaan jatkokuntoutusmalli Etelä-Karjalaan

Tämän työn löydöksiin ja tuloksiin perustuen, sydänpotilaiden tämänhetkinen jatkokuntoutusmalli Etelä-Karjalassa on puutteellinen etenkin hoitopolun jatkuvuuden ja kuntoutukseen ohjautuvuuden, kuntoutusmuotojen monipuolisuuden, kolmansien osapuolten systemaattisen hyödyntämisen ja kuntoutuksen seurannan osalta, ja ehdotamme uudeksi vaihtoehdoksi nelivaiheista mallia, joka mukailee Tesslerin ym. (2025) sydänkuntoutuksen vaiheita. Malli koostuisi sairaalahoidon loppuvaiheen ohjautumisvaiheesta, avohoitovaiheesta, jatkokuntoutusvaiheesta sekä pitkäaikaisesta ylläpitovaiheesta, ja malli tavoittelisi kuntoutuspolun jatkuvuutta, sydänpotilaan sitouttamista, informaation lisäämistä sekä kuntoutusmahdollisuuksien monipuolistamista onnistuneen elämäntapamuutoksen tukemiseksi. Malli on nähtävissä jatkumona ohjautumisvaiheesta pitkäaikaiseen ylläpitovaiheeseen Kuviossa 3.



Kuvio 3. Sydänpotilaan jatkokuntoutusmalli

Jatkokuntoutusmallissa ohjautumisvaihe alkaa potilaan sairaalahoitovaiheessa hetkestä, jolloin hänen kotikuntoisuutensa on varmistettu. Potilaalle tehtäisiin nykyisten Ekhvan käytäntöjen mukaisesti henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma ja hänelle annettaisiin henkilökohtaiset hoito-ohjeet sairautensa hoitoon lääkehoidon osalta, mutta näiden lisäksi, hänelle annettaisiin myös selkeä ohjeistus siitä, mistä hän voi etsiä lisää tietoa sairautensa

ominaispiirteistä ja sen kuntouttamisesta, paikallisista sairauteen liittyvistä toimijoista ja tarjolla olevista vertaistuellisista tai liikunnallisista ryhmistä. Ohjeistus voisi olla esimerkiksi konkreettinen vihkonen, johon olisi liitettynä myös osoite samoihin tietoihin sähköisessä muodossa. Näiden lisäksi, jokainen kotikuntoinen sydänpotilas saisi automaattisen lähetteen sydänkuntoutuksen avohoitovaiheeseen.

Mallin avohoitovaihe painottuisi ohjattuun tai valvottuun kuntoutukseen, jossa pääpainopiste olisi Ambrosettin ym. (2021) suositusten mukaisesti liikunnallisessa kuntoutuksessa. Kuntoutuksen toteuttaminen olisi hyvinvointialueen vastuulla ja sen tulisi toteutua moniammatillisesti kansainvälisiin ja kansallisiin suosituksiin (Ambrosetti ym. 2021; Liikunta, sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus ja sydänvalmennus: Käypä hoito -suositus 2022; Brown ym. 2024) perustuen. Toteutuksessa voisi kuitenkin hyödyntää apuna muita toimijoita, esimerkiksi Kelaa ja Sydänaluetta, jotta kuntoutus olisi määrältään ja laadultaan riittävää, ja potilaille olisi mahdollistaa tarjota ryhmämuotoisen kuntoutuksen lisäksi joko yksilömuotoista kuntoutusta tai esimerkiksi etänä toteutuvaa ryhmäkuntoutusta.

Vaiheessa keskeisiä asioita olisivat myös kuntoutusprosessiin liittyvän tiedon lisääminen liikunnan merkityksen ja sydänsairauden riskitekijöiden osalta sekä riittävän psykososiaalisen tuen tarjoaminen, jotta potilas saisi tukea ja ymmärrystä kohti pysyvää elämäntapamuutosta eikä esimerkiksi henkiseen hyvinvointiinsa liittyen joutuisi käsittelemään sairastumisesta seurannutta kriisitilaansa yksin. Yhtenä mahdollisuutena tiedon lisäämiseen voisivat toimia esimerkiksi Tulppa-verkkovalmennuksen kaltaiset digitaaliset vaihtoehdot tai suoraan Tulppa-verkkovalmennukseen lisättävä informatiivinen osuus, johon jokaisella kuntoutujalla olisi pääsy niin halutessaan. Informatiivisen osuuden linkittäminen suoraan jatkokuntoutusvaiheeseen mahdollisesti lisäisi myös potilaiden sitoutumista pitkäaikaiseen kuntoutukseen, sillä jatkuvuuden kannalta olisi luontevaa, että ainakin osa kuntoutukseen liittyvistä elementeistä tapahtuisi jatkumona ilman konkreettista muutosta siirtyessä ohjattusta tai valvotusta kuntoutuksesta kohti omaehtoisempaa kuntoutusta. Vaihe kestäisi lähitökohtaisesti Tesslerin ym. (2025) mukaisesti 3–6 viikkoa, mutta sitä olisi mahdollista jatkaa tapauskohtaisesti myös pidemmän aikaa. Jokaiselle sydänpotilaalle tulisi suorittaa vaiheen aikana vähintään yksi sairauteen liittyvä seurantakäynti terveydenhuollon ammattihenkilöllä, jonne kutsu tulee potilaalle automaattisesti ilman, että hänen tarvitsee varata aikaa. Käynnin aikana potilaan tilanne arvioitaisiin ja kuntoutussuunnitelma päivitetäisiin tarpeen mukaan kardiologin tai terveydenhoitajan toimesta, ja potilasta ohjeistettaisiin jatkokuntoutusvaiheen osalta yhtä selkeästi kuin siirtymässä ohjautumisvaiheesta avohoitovaiheeseen.

Jatkokuntoutusvaiheessa sydänpotilaan kuntoutuksen painopiste siirtyisi Tessleriä ym. (2025) mukailleen omaehtoiseen harjoitteluun ja elämäntapamuutoksen edistämiseen, jota

tuettaisiin terveydenhuollon osalta systemaattisella seurannalla potilaskohtaisesti ja kolmansien osapuolten toteuttamalla liikunnallisella tai vertaistuellisella toiminnalla. Omaehtoinen harjoittelu toteutuisi henkilökohtaisen suunnitelman mukaisesti, ja suunnitelman toteutumista seurattaisiin ja tilanteen mukaan päivitetäisiin tarpeen mukaan jokaisella seurantakäynnillä. Seurantakäyntejä voitaisiin toteuttaa esimerkiksi kolmen kuukauden välein tai 3kk, 6kk ja 12kk kohdalla. Jatkuvuuden edistämiseksi, kutsut seurantakäynneille tulisivat potilaalle edelleen automaattisesti terveydenhuollon toimesta. Harjoitteluun olisi mahdollista yhdistää esimerkiksi kolmansien osapuolten tarjoamaa kuntouttavaa ryhmätoimintaa tai tavoitteellisia, kirjallisesti suunniteltuja ja yksilömuotoisia tai digitaalisessa ympäristössä toteutuvia kuntoutusvaihtoehtoja, joiden pääpainopiste olisi liikunnallisessa kuntoutuksessa. Ohjattuun toimintaan voisi lisätä nykyisten vaihtoehtojen lisäksi esimerkiksi aktiivisempaan liikuntaan tähtäävän sydänkuntoutujien ryhmän, jossa liikunta olisi kävelyä rasittavampaa, vuodenaikaan liitännäistä liikuntaa, esimerkiksi juoksua, pyöräilyä tai hiihtoa. Myös Tulppa-ryhmäkuntoutuksen uudelleen aloittaminen tai Tulppa-verkkovalmennuksen käyttöönotto olisivat mahdollisia vaihtoehtoja Etelä-Karjalan alueelle. Vaihe kestäisi Ambrosettia ym. (2021) mukaillen noin vuoden ennen siirtymistä pitkäaikaiseen ylläpitovaiheeseen.

Pitkäaikainen ylläpitovaihe noudattaisi samankaltaista kaavaa jatkokuntoutusvaiheen kanssa sillä erolla, että terveydenhuollon toteuttamia seurantakäyntejä harvennettaisiin esimerkiksi kerran vuoteen, mikä säästäisi terveydenhuollon resursseja. Potilaan saavuttaessa pitkäaikaisen ylläpitovaiheen, tulisi hänellä olla jo selkeä kuva ja tietoa siitä, millaiset elämäntavat tukevat hänen sydänterveyttään, ja tapojen tulisi olla osa hänen arkeaan. Ylläpitovaiheen pääpainopisteen tulisi olla sydänterveyttä tukevien elämäntapojen säilyttämisessä ja elämänlaadun ylläpitämisessä tai edistämässä, joihin kuitenkin myös psykososiaalisella kuntoutuksella ja vertaistuellalla on esimerkiksi Moreiran ym. (2024) mukaan merkittävä vaikutus. Kolmansien osapuolten, esimerkiksi Sydänalueen tarjoamat vertaistuulliset tai matalan kynnyksen liikunnalliset ryhmät olisivatkin merkittävässä roolissa ylläpitovaiheessa, sillä ne tarjoavat sydänpotilaille mahdollisuuden jatkaa kuntoutumistaan samassa tilanteessa olevien henkilöiden kanssa, mutta myös mahdollisuuden jakaa kokemuksiaan ja niiden kautta motivoida ryhmiin tulevia uusia sydänkuntoutujia, korostaen heille myös ryhmätoiminnasta ja siinä mukana olemisesta saatua merkityksellisyyden tunnetta.

#### 5.4 Jatkotutkimusaiheet

Tämä opinnäytetyö rajoittui Etelä-Karjalan alueelle. Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista tutkia sydänsairaiden kokemuksia ja jatkokuntoutusmahdollisuuksia kaikkien Suomen hyvinvointialueiden välillä. Tutkimuksessa pystyisi selvittämään, onko hyvinvointialueiden

sydänkuntoutuksen tuloksissa eroja esimerkiksi hyvinvointialueiden suosimien sydänkuntoutuskuntoutusmenetelmien osalta tai prosentuaalisiin kävijämääriin sekä ikä- ja sukupuolijakaumaan peilaten. Tällaisessa tutkimuksessa olisi mahdollisuus selvittää eroja myös esimerkiksi eri ikäisten saamista jatkokuntoutusohjeissa tai heille suositelluissa menetelmissä. Laajemmassa tutkimuksessa olisi mahdollista selvittää myös se, mitkä jatkokuntoutusmuodot ovat todettu toimiviksi Suomen mittakaavassa sekä sydänpotilaiden että sydänkuntoutusta järjestävän ammattihenkilöstön kokemuksiin peilaten, mutta myös kuntoutuksen kävijämäärien ja niistä saadun datan, esimerkiksi kuntoutuksessa pysyvyyden osalta. Tämä mahdollistaisi sen, että hyvinvointialueille rakentuisi selkeämpi kuva siitä, mitä ja millaista sydänkuntoutustoimintaa olisi syytä lisätä tulevaisuudessa.

Sydänkuntoutuksesta voisi myös arvioida millaiset kuntoutusmallit tukevat parhaiten potilaiden toimintakykyä, motivaatiota ja hoitoon sitoutumista. Näitä tuloksia voitaisiin hyödyntää palvelujen kohdentamisessa.

Sydänsairaiden hoitomuotojen kustannuksia ja toimivuutta olisi myös syytä tutkia tulevaisuudessa lisää. Sydänkuntoutuksen muuttuessa enemmän tutkimusten mukaan toimivaksi todettuun hybridimalliin, hoidon kustannustehokkuus paranee. Hybridikuntoutus on hoitomuoto, jossa yhdistyy lyhytaikainen laitospuolinen sydänkuntoutus ja kotioloissa toteutettava sydänkuntoutus. Taloudellista hyötyä hybridikuntoutuksesta voisivat saada hyvinvointialueet ja sydänsairaat. Konkreettisia säästöjä tulisi suoraan siitä, että lähikäyntejä olisi vähemmän, koska osa kuntoutuksesta toteutetaan etänä. Se vähentää tilakustannuksia ja säästää aikaa hoitohenkilökunnalta sekä asiakkaalta.

## 6 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sydäntuntoutuksen tilannetta ja sen tarvetta Etelä-Karjalan alueella. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että Etelä-Karjalan alueella sydänsairaiden jatkokuntoutuksessa on suuria kehittämistarpeita erityisesti hoitopolun jatkuvuuden, ohjauksen saatavuuden ja kuntoutusmuotojen monipuolisuuden osalta. Selkeät ja yhtenäiset ohjauskäytännöt jatkokuntoutukseen olisivat keino varmistaa sydänpotilaiden kuntoutumisen jatkuvuutta, ennaltaehkäistä sydäntapahtumien uusiutumista ja ne voivat vähentää terveydenhuollon kuormitusta ja kustannuksia pitkällä aikavälillä.

Tutkimukseen osallistuneiden vastausten perusteella ryhmämuotoinen kuntoutus oli koettu toimivaksi ja motivoivaksi. Erityisen suurena koettiin ryhmästä saatu vertaistuki. Myös liikunnallisen kuntoutuksen osalta ohjattu ryhmämuotoinen kuntoutus koettiin motivoivampana verrattuna omatoimiseen harjoitteluun, mutta sydänsairaille suunnattuja, ohjattuja liikuntaryhmämuotoja on Etelä-Karjalassa saatavilla rajoitetusti.

Kirjallisen tiedon, tutkimustulosten ja lain perusteella sydänsairaahan kuntoutuksen tulisi olla yksilöllisesti suunniteltua, liikuntaan ja terveellisiin elämäntapoihin pohjautuvaa, arjen toimintaa tukevaa sekä kuntoutujan omien arvojen ja tavoitteiden mukaista toimintaa, johon jokaisella sydäntuntoutujalla olisi tasavertainen mahdollisuus ottaa osaa hänen tilanteeseensa soveltuvalla tavalla, ja työssä esitelty malli on luotu näiden osatekijöiden ympärille.

## Lähteet

Ambrosetti, M., Abreu, A., Corrà, U., Davos, C.H., Hansen, D., Frederix, I., Iliou, M.C., Pedretti, R.F.E., Schmid, J.P., Vigorito, C., Voller, H., Wilhelm, M., Piepoli, M.F., Bjarnason-Wehrens, B., Berger, T., Cohen-Solal, A., Cornelissen, V., Dendale, P., Doehner, W., Gaita, D., Gevaert, AB., Kemps, H., Kraenkel, N., Laukkanen, J., Mendes, M., Niebauer, J., Simonenko, M. & Zwisler, A.O. 2021. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation.

European Journal of Preventive Cardiology 28 (5). 460-495. Saatavissa

[10.1177/2047487320913379](https://doi.org/10.1177/2047487320913379)

Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D., Zwisler, A. D., Rees, K., Martin, N. & Taylor, R.S. 2016. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: cochrane systematic review and meta-analysis. Journal of the American College of Cardiology 67 (1). 1-12. Viitattu 16.4.2025. Saatavissa

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109715071193>

Ansari, S., Nadar, B. G., Estêvão, M., Aguiar, D. R., Ejeh, J. & Khan, Z. 2025. Comparing the Outcomes of Digital and Traditional Cardiac Rehabilitation Practices: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus 17(1). Viitattu 9.1.2026. Saatavissa

<https://doi.org/10.7759/cureus.77757>

Antoniou, V., Xanthopoulos, A., Giamouzis, G., Davos, C., Batalik, L., Stavrou, V., Gourgoulialis, K., Kapreli, E., Skoularigis, J. & Pepera, G. 2022. Efficacy, efficiency and safety of a cardiac telerehabilitation programme using wearable sensors in patients with coronary heart disease: the TELEWEAR-CR study protocol. BMJ Open 12 (6). Viitattu 9.9.2025. Saatavissa [10.1136/bmjopen-2021-059945](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059945)

Batalik, L., Dosbaba, F., Hartman, M., Konecny, V., Batalikova, K. & Spinar, J. 2021. Long-term exercise effects after cardiac telerehabilitation in patients with coronary artery disease: 1-year follow-up results of the randomized study. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 57 (5). Viitattu 14.9.2025. Saatavissa [10.23736/S1973-9087.21.06653-3](https://doi.org/10.23736/S1973-9087.21.06653-3)

Beatty, A. L., Brown, T.M., Corbett, M., Diersing, D., Keteyian, S. J., Mola, A., Stolp, H., Wall, H. K. & Sperling, L. S. 2021. Million Hearts Cardiac Rehabilitation Think Tank: Accelerating New Care Models. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes 14 (10). Viitattu 10.11.2025. Saatavissa [10.1161/CIRCOUTCOMES.121.008215](https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.121.008215)

Bellmann, B., Lin, T., Greissing, K., Rottner, L., Rillig, A. & Zimmerling, S. 2020. The Beneficial Effect of Cardiac Rehabilitation. *Cardiology and Therapy* 9. 35-44. Viitattu 17.4.2024. Saatavissa <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7237601/>

Brown, T., Pack, Q., Aberegg, E., Brewer, L., Ford, Y., Forman, D., Gathright, E., Khadanga, S., Ozemek, C. & Thomas, R. 2024. Core Components of Cardiac Rehabilitation Programs: 2024 Update: A Scientific Statement from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 150 (18). Viitattu 22.4.2025. Saatavissa <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001289>

Cuccurullo, S. J., Fleming, T. K., Petrosyan, H., Hanley, D. F. & Raghavan, P. 2024. Mechanisms and benefits of cardiac rehabilitation in individuals with stroke: emerging role of its impact on improving cardiovascular and neurovascular health. *Frontiers in Cardiovascular Medicine* 11. Viitattu 16.11.2025. Saatavissa [10.3389/fcvm.2024.1376616](https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1376616)

Dalal, H. M., Zawada, A., Jolly, K., Moxham, T. & Taylor, R. S. 2010. Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 340. Viitattu 9.10.2025. Saatavissa [10.1136/bmj.b5631](https://doi.org/10.1136/bmj.b5631)

Damluji, A., Tomczak, C., Hiser, S., O'Neill, D., Goyal, P., Pack, Q., Foulkes, S., Brown, T., Haykowsky, M., Needham, D. & Forman, D. 2025. Benefits of Cardiac Rehabilitation: Mechanisms to Restore Function and Clinical Impact. *Circulation Research* 137 (2). Viitattu 11.11.2025. Saatavissa <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.125.325705>

Dibben, G., Dalal, H., Taylor, R., Doherty, P., Tang, L. H. & Hillsdon, M. 2018. Cardiac rehabilitation and physical activity: systematic review and meta-analysis. *Heart* 104 (17). 1394-1402. Viitattu 13.11.2025. Saatavissa [10.1136/heartjnl-2017-312832](https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312832)

Dibben, G., Faulkner, J., Oldridge, N., Rees, K., Thompson, D. R., Zwisler, A. D. & Taylor, R. S. 2023. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis. *European Heart Journal* 44 (6). 452–469. Viitattu 14.4.2025. Saatavissa <https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/6/452/7028725#395165888>

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062. Finlex. Viitattu 10.10.2015. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1989/1062>

Etelä-Karjalan hyvinvointialue 2025. Sydänsairaan palvelupolku. Viitattu 20.4.2025. Saatavissa <https://www.ekhva.fi/asiakkaalle/etsitko-tietoa/palvelupolut/sydansairaan-palvelupolku/>

Etelä-Karjalan hyvinvointialue. Toiminnallinen kuntoutus. Viitattu 23.11.2025. Saatavissa <https://www.ekhva.fi/palvelut/mielenterveys-ja-riippuvuuspalvelut/toiminnallinen-kuntoutus/>

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi. ELO-elämäntaparyhmä. Tukea elintapojesi muutokseen. Viitattu 24.4.2025. Saatavissa <https://www.ekhva.fi/wp-content/uploads/2022/03/ELO-elamantaparyhma-esite-.pdf>

Etelä-Karjalan Sydänalue ry. 2025a. Sydänliitto. Viitattu 8.11.2025. Saatavissa <https://sydan.fi/etelakarjala/>

Etelä-Karjalan Sydänalue ry. 2025b. Haastattelu 20.2.2025.

Etelä-Karjalan Sydänalue. 2025c. Sähköpostiviesti. 24.11.2025.

Etelä-Karjalan Sydänalue ry. 2025d. Ukkokahvila. Viitattu 8.11.2025. Saatavissa <https://sydan.fi/etelakarjala/tapahtuma/ukkokahvila/96102>

Etelä-Karjalan Sydänalue ry. 2025e. Haastattelu 23.10.2025.

García-Sánchez, E., Santamaría-Peláez, M., González-Bernal, J.J., González-Santos, J., Sedano García, M.A., De Juana Velasco, I., Sánchez Hernández, J., García Pardo, H. & Fernández-Solana, J. 2025. Impact of cardiac rehabilitation on anxiety, depression, and health-related quality of life in cardiovascular patients. *Egypt Heart Journal* 77 (1). 64. Viitattu 17.11.2025. Saatavissa [10.1186/s43044-025-00658-8](https://doi.org/10.1186/s43044-025-00658-8)

Grace, S.L., Kotseva, K. & Whooley, M. A. 2021. Cardiac rehabilitation: under-utilized currently. *Current Cardiology Reports* 23. 118. Viitattu 16.4.2025. Saatavissa <https://link.springer.com/article/10.1007/s11886-021-01543-x#citeas>

Hancock, S. L., Thayabaranathan, T., Cameron, J., Stolwyk, R., Lawrence, M., Johnson, L., Hillier, S., Hackett, M. & Cadilhac, D. A. 2024. Comparisons between group- and individual-based interventions to support recovery from stroke and ischaemic heart disease in the community: a scoping review. *Disability and Rehabilitation* 46 (23). 5432–5441. Viitattu 8.1.2026. Saatavissa <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2305300>

Hautala, A., Alapappila, A., Häkkinen, H., Karhunen, R., Korpi, J., Laukkanen, J., Meinilä, L. & Savonen, K. 2022. Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim 18.11.2022. Viitattu 1.11.2025. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/sfs/article/sfs00002#s7>

Hautala, A. & Laukkanen, J. 2023. Sydänkuntoutus säästää rahaa – onko meillä varaa olla kuntouttamatta? *Jyväskylän yliopisto*. Viitattu 21.4.2025. Saatavissa

<https://www.jyu.fi/fi/artikkeli/sydankuntoutus-saastaa-rahaa-onko-meilla-varaa-olla-kuntouttamatta>

Imran, H. M., Baig, M., Erqou, S., Taveira, T. H., Shah, N. R., Morrison, A., Choudhary, G. & Wu, W. 2019. Home-Based Cardiac Rehabilitation Alone and Hybrid with Center-Based Cardiac Rehabilitation in Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association* 8 (16). Viitattu 30.9.2025. Saatavissa <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.012779>

Kela. 2025. Sydänkuntoutuskurssi aikuiselle. Viitattu 8.11.2025. Saatavissa <https://www.kela.fi/sydansairaudet-kuntoutuskurssit>

Kela tietotarjotin. 2024. Tietopaketti: lääkkeet. Viitattu 16.1.2026. Saatavissa <https://tietotarjotin.fi/tietopaketti/163841/tietopaketti-laakkeet>

Keyes, D., Turfe, H. & Das, J.M. 2025. Prevention Strategies. *Stat Pearls*. StatPearls Publishing. Viitattu 27.9.2025. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>

Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., Prescott, E., Storey, R.F., Deaton, C., Cuisset, T., Agewall, S., Dickstein, K., Edvardsen, T., Escaned, J., Gersh, B.J., Svitil, P., Gilard, M., Hasdai, D., Hatala, R., Mahfoud, F., Masip, J., Muneretto, C., Valgimigli, M., Achenbach, S. & Bax, J. 2019. ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal* 41 (3). 407–477. Viitattu 22.4.2025. Saatavissa <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>

Koenders, N., Van Oorsouw, R., Conijn, D., Verbakel, M., Eijsvogels, T & Van Der Wees, J. 2025. Patient Needs Regarding Cardiac Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Ethnographic Synthesis. *Journal of the American Heart Association* 14 (8). Viitattu 18.11.2025. Saatavissa <https://doi.org/10.1161/JAHA.124.040588>

Kosonen, S. Fysioterapeutti. 2025. VS: Opinnäytetyö sydänkuntoutuksesta. Sähköpostiviesti. Vastaanottaja Strandman, A. Lähetetty 28.2.2025.

Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä. Käypä hoito -suositus. 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.11.2025. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50102#K1>

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566. Finlex. Viitattu 10.10.2025. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2005/566>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu 10.10.2025. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1992/785>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 29.6.2021/612. Finlex. Viitattu 9.10.2025. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2021/612>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Finlex. Viitattu 10.10.2025. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1994/559>

Lappeenrannan Sydänyhdistys ry. 2025a. Lappeenrannan sydänkerho. Viitattu 8.11.2025. Saatavissa <https://sydan.fi/lappeenranta/tapahtuma/lappeenrannan-syd%C3%A4nkerho/100622>

Lappeenrannan Sydänyhdistys ry. 2025b. Sydänilta työkäisille. Viitattu 8.11.2025. Saatavissa <https://sydan.fi/lappeenranta/tapahtuma/syd%C3%A4nilta-ty%C3%B6ik%C3%A4isille/96087>

Lappeenrannan Sydänyhdistys ry. 2025c. Urheilutalon jumppa. Viitattu 8.11.2025. Saatavissa <https://sydan.fi/lappeenranta/tapahtuma/urheilutalon-jumppa/99764>

Liikunta, sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus ja sydänvalmennus. Käypä hoito -suositus. 2022. Käypä hoito -työryhmä Sepelvaltimotautikohtaus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.4.2025. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/nix03011#R1>

Liikuntapainotteisen kuntoutuksen vaikuttavuus sepelvaltimotautipotilailla. Käypä hoito -suositus. 2022. Essi Ryödi. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 18.4.2025. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/nak06899>

LiikuntaTilula 2023. Työkäisten liikuntaryhmä. Viitattu 13.4.2025. Saatavissa <https://www.liikuntatilula.fi/sydanyhdistys/>

McDonagh, S.T., Dalal, H., Moore, S., Clark, C.E., Dean, S.G., Jolly, K., Cowie, A., Afzal, J. & Taylor, R.S. 2023. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. Cochrane Database of Systematic Reviews 10 (10). Viitattu 13.10.2025. Saatavissa [10.1002/14651858.CD007130.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007130.pub5)

- Miettinen, H. & Mattila, V. 2014. Liikuntapainotteisen kuntoutuksen vaikuttavuus sepelvaltimotautipotilailla. Käypä hoito. Viitattu 18.4.2024. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/nak06899>
- Moreira, J., Bravo, J., Aguiar, P., Delgado, B., Raimundo, A. & Boto, P. 2024. Physical and Mental Components of Quality of Life after a Cardiac Rehabilitation Intervention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine* 13. 5576. Viitattu 23.4.2024. Saatavissa <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/18/5576>
- Mueller, A. S. & Kim, S. M. 2025. Cardiac Rehabilitation in the Modern Era: Evidence, Equity, and Evolving Delivery Models Across the Cardiovascular Spectrum. *Journal of Clinical Medicine* 14 (15). 5573. Viitattu 10.11.2025. Saatavissa [10.3390/jcm14155573](https://doi.org/10.3390/jcm14155573)
- Nkonde-Price, C., Reynolds, K., Najem, M., Yang, S., Cotter, T., Lahti, D., Gin, N & Funahashi, T. 2022. Comparison of Home-Based vs Centre-Based Cardiac Rehabilitation in Hospitalization, Medication Adherence, and Risk Factor Control Among Patients with Cardiovascular Disease. *Jama Network Open* Vol. 5 (8). Viitattu 9.8.2025. Saatavissa [10.1001/jamanetworkopen.2022.28720](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.28720)
- Osasto K5, sisä-, sydän- ja ihotaudit. 2025. Etelä-Karjalan Hyvinvointialue. Haastattelu 28.11.2025.
- Paneroni, M., Scalvini, S., Corra, U., Lovagnini, M., Maestri, R., Mazza, A., Raimondo, R., Agostini, P. & La Rovere, M.T. 2022. The Impact of Cardiac Rehabilitation on Activities of Daily Life in Elderly Patients With Heart Failure. *Frontiers in Physiology* 5 (12). Viitattu 13.11.2025. Saatavissa [10.3389/fphys.2021.785501](https://doi.org/10.3389/fphys.2021.785501)
- Routledge, F.S., Campbell, T.S., McFetridge-Durdle, J.A., & Bacon, S.L. 2010. Improvements in heart rate variability with exercise therapy. *Canadian Journal of Cardiology* 26 (6). 303–312. Viitattu 23.4.2025. Saatavissa <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2903986/>
- Sepelvaltimotautikohtaus (sydäninfarkti ”sydänkohtaus”). Käyvän hoidon potilasversiot. 2022. Tarnanen, K. & Komulainen, J. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.4.2025. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/khp00135#s7>
- Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus. Käypä hoito -suositus. 2022. Suomen Fysioterapeutit ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.9.2025. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/sfs/article/sfs00002?toc=900>

Seron, P., Oliveros, M. J. & Marzuca-Nassr, G.N. 2024. Hybrid Cardiac Rehabilitation Program in a Low-Resource Setting: A Randomized Clinical Trial. *Jama Network Open* 7 (1). Viitattu 10.11.2025. Saatavissa <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38194236/>

Shields, G., Wells, A., Doherty, P., Heagerty, A., Buck, D. & Davies, L. M. 2018. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Heart* 104 (17). 1403-1410. Viitattu 23.4.2025. Saatavissa <https://heart.bmj.com/content/104/17/1403>

Shields, H., Rowlandson, A., Dalal, G., Nickerson, S., Cranmer, H., Capobianco L & Doherty, P. 2023. *Heart* 109 (12). 913–920. Viitattu 26.6.2025. Saatavissa <https://heart.bmj.com/content/109/12/913>

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. *Finlex*. Viitattu 10.10.2025. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2014/1301>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Lääkinnällinen kuntoutus. Viitattu 23.11.2025. Saatavissa <https://stm.fi/laakinnallinen-kuntoutus>

Stefanakis, M., Batalik, L., Antoniuo V. & Pepera, G. 2022. Safety of Home-based Cardiac Rehabilitation: A Systematic Review. *Heart & Lung* 55. 117–126. Viitattu 16.4.2025. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.04.016>

Sutela, S. 2025. Mitä on sydänsairauden omahoito? *Sydänliitto*. Viitattu 31.1.2026. Saatavissa <https://sydan.fi/fakta/mita-on-sydansairauden-omahoito/>

Sydämen vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. 2023. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen kardiologisen seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.4.2025. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50113#s20>

Sydänliitto 2021. Onko vuosi 2021 käännteentekevä vuosi sydänkuntoukselle? Viitattu 21.4.2025. Saatavissa <http://sydan.fi/artikkeli/onko-vuosi-2021-kaanteentekeva-vuosi-sydankuntoukselle/>

Sydänliitto 2023. Sepelvaltimotautipotilaan jatkohoidon järjestymisessä merkittäviä hyvinvointialuekohtaisia eroja. Viitattu 21.4.2025. Saatavissa <http://sydan.fi/uutinen/sydanliiton-selvitys-sepelvaltimotautipotilaan-jatkohoidon-jarjestymisessa-merkittavia-hyvinvointialuekohtaisia-eroja/>

Sydänliitto 2025a. Tulppa-verkkovalmennuksella digitaalista sydänkuntoutusta hyvinvointialueille. Viitattu 28.12.2025. Saatavissa <https://sydan.fi/artikkeli/tulppa-verkkovalmennuksella-digitaalista-sydankuntoutusta-hyvinvointialueille/>

Sydänliitto 2025b. Sähköpostiviesti 1.11.2025. <https://sydan.fi/fakta/mita-on-sydansairauden-omahoito/>

Terveydenhuoltolaki 20.12.2010/1326. Finlex. Viitattu 9.10.2025. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326>

Terveystalo. Sydänsairaudet ja verenkiertoelimistön sairaudet. Viitattu 10.4.2025. Saatavissa <https://www.terveystalo.com/fi/palvelut/sydansairaudet-ja-verenkiertoelimiston-sairaudet>

Tessler, J., Ahmed, I. & Bordoni, B. 2025. Cardiac Rehabilitation. StatPearls. Viitattu 14.4.2025. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537196/>

THL. 2023a. Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.4.2025. Saatavissa <https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>

THL. 2023b. Sydän- ja verisuonitautien kustannukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.4.2025. Saatavissa <https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-kustannukset>

THL. Kansallinen terveystilasto 2020–2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.4.2025. Saatavissa <https://thl.fi/documents/155392151/190160546/Kansallinen%20terveysindeksi%202020-2022%20Tilasto%20kuvina.pdf/e275032b-5752-80c6-7b5b-861b1bd16fe2/Kansallinen%20terveysindeksi%202020-2022%20Tilasto%20kuvina.pdf>

Thomas, R., Beatty, A., Beckie, T., Brewer, L., Brown, T., Forman, D., Franklin, B., Keteyian, S., Kitzman, D., Regensteiner, J., Sanderson, B. & Whooley, M. 2019. Home-Based Cardiac Rehabilitation: A Scientific Statement from the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart Association, and the American College of Cardiology. *Circulation* 140 (1). Viitattu 17.4.2025. Saatavissa <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/cir.0000000000000663>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 27.3.2025. Saatavissa [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Liite 1. Sydänkuntoutuksen ydinkomponentit (Ambrosetti ym. 2021)

POTILAAN ARVIOINTI	FYYSISEN AKTIIVISUUDEN OHJAUS / NEUVONTA
<b>Sairaushistoria:</b> sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden, samanaikaissairauksien ja toimintarajoitteiden seulonta	Arvioidaan fyysisen aktiivisuuden tyyppi ja määrä (kuinka monta päivää ja minuuttia päivässä kohtalaisella tai raskaalla teholla)
<b>Oireet:</b> sydän- ja verisuonisairauden oireet (hengenahdistus NYHA-luokituksen mukaan, angina CCS-luokituksen mukaan sekä alaraajojen valtimotaudin oireet Fontaine/Rutherford-luokituksen mukaan)	Selitetään liikkumattomuuden haittavaikutukset ja tuetaan fyysisen aktiivisuuden lisäämistä arkeen
<b>Hoitoon sitoutuminen:</b> lääkityksen noudattaminen, terveelliset elämäntavat ja omaseuranta (paino, verenpaine, oireet)	Kartoitetaan motivaatio ja mahdollisuudet aktiivisuuden lisäämiseen
<b>Kliininen tutkimus:</b> yleinen terveydentila, sydämen vajaatoiminnan merkit, sydän- ja kaulavaltimoiden sivuäännet, verenpaineen hallinta, ääreisvaltimoiden pulssit, tuki- ja liikuntaelämistön ongelmat sekä mahdolliset aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät neurologiset jälkioireet	Annetaan ohjeita sopivista liikuntamuodoista ja kuormituksen lisäämisestä
<b>EKG:</b> syke, rytmi ja repolarisaatiomuutokset	Autetaan asettamaan realistisia henkilökohtaisia tavoitteita ja ylläpitämään saavutettuja hyötyjä
<b>Sydämen kuvantaminen (2D- ja dopplerkaikuvaus):</b> erityisesti vasemman kammion systolinen ja diastolinen toiminta, oikean kammion systolinen toiminta sekä sydänläppien toiminta	Rohkaistaan löytämään mieluisa tai arkeen helposti sisällytettävä liikuntamuoto
<b>Verikokeet:</b> peruslaboratoriot, paastoverensokeri, HbA1c, kokonaiskolesteroli, LDL- ja HDL-kolesteroli, triglyseridit, virtsahappo, munuaistoimintaa kuvaavat arvot ja peptidit	Annetaan ohjeita haittavaikutusten, kuten liiallisen hengenahdistuksen, hallintaan
<b>Fyysisen aktiivisuuden taso:</b> koti-, työ- ja vapaa-ajan tarpeet, ikään ja sukupuoleen liittyvät toiminnot, valmius käyttäytymisen muutokseen, itseluottamus, liikunnan lisäämisen esteet sekä sosiaalinen tuki	Etsitään keinoja liikunnan esteiden ylittämiseen yhteistyössä perusterveydenhuollon ja paikallisten liikunta- ja virkistyspalveluiden kanssa
<b>Haurauden (frailty) arviointi</b> validoiduilla mittareilla	Vähennetään paikallaanoloa lisäämällä aktiivista liikkumista (kävely, pyöräily), pitämällä taukoja pitkäaikaisesta istumisesta ja vähentämällä ruutu-aikaa
<b>Huippukuormituskapasiteetti:</b> oireisiin perustuva rasituskoe polkupyöräergometrialla tai juoksumatolla, ensisijaisesti spiroergometri (CPET) avulla. Mikäli tämä ei ole mahdollista, voidaan käyttää 6 minuutin kävelytestiä (6MWT) tai ISWT-testiä tarpeen mukaan. Heikkokuntoisilla tai kävelykyvyttömillä potilailla voidaan käyttää SPPB-testiä tai muita istuen tehtäviä testejä.	Suositeltu liikunnan määrä: vähintään 150 minuuttia kohtalais- tai 75 minuuttia raskastehoista aerobista liikuntaa viikossa tai näiden yhdistelmä

<p><b>Ohjaus ja koulutus:</b> potilaan lukutaidon ja sopivan viestintätavan arviointi; selkeä ja ymmärrettävä tieto sydäntuntoutuksen tavoitteista ja eri osa-alueiden merkityksestä; tiedon ja motivaation vahvistaminen liittyen sairauden ymmärtämiseen, omahoitoon, elämäntapamuutoksiin ja lääkehoidon tavoitteisiin. Lisäksi asetetaan yksilölliset kuntoutustavoitteet myös potilaan näkökulmasta.</p>
<p><b>Odotettu tulos:</b></p>
<p>Yksilöllisten ja räätälöityjen potilaskohtaisten kuntoutustavoitteiden määrittely.</p>

<p><b>LIIKUNTAHARJOITTELU</b></p>
<p>Harjoittelu määritellään yksilöllisesti huolellisen kliinisen arvioinnin, riskiluokituksen, käyttäytymistekijöiden, henkilökohtaisten tavoitteiden ja mieltymysten perusteella</p>
<p>Harjoittelu suunnitellaan FITT-periaatteen mukaisesti (tiheys, kuormitus, kesto ja tyyppi), tarvittaessa lisäksi huomioidaan ajankohta suhteessa aterioihin (FITT+T)</p>
<p><b>Yleiset suositukset:</b></p>
<p><b>Tiheys:</b> aerobinen harjoittelu useimpina päivinä viikossa (vähintään 3, mieluiten 6–7 päivää/viikko), lihaskuntoharjoittelu 2 kertaa viikossa</p>
<p><b>Teho:</b> kohtalainen tai kohtalaisen korkea jatkuvassa kestävyysliikunnassa (55–69 % HRmax, 40–59 % HRR), 4–6 MET, 12–14 / 20 Borgin asteikolla), korkeampi jatkuvassa kestävyys- tai intervalliharjoittelussa. Sydämen sykettä korvaavana mittarina voidaan käyttää puhetestiä. Lihaskuntoharjoittelussa 30–70 % yhden toiston maksimista yläraajoille ja 40–80 % alaraajoille, 12–15 toistoa per sarja.</p>
<p><b>Kesto:</b> vähintään 20–30 minuuttia (mieluiten 45–60 min) per harjoituskerta</p>
<p><b>Tyyppi:</b> aerobinen harjoittelu (kävely, juoksu, pyöräily, uinti, soutu, portaiden nousu, elliptinen harjoittelu, tanssi), lihasvoima-, liikkuvuus-, tasapaino- ja sisäinhengityslihasten harjoittelu. Myös koordinaatioharjoittelu voidaan sisällyttää.</p>
<p>Energiankulutus tavoitellaan tasolle 1000–2000 kcal/viikko</p>
<p>Alkuvaiheessa suositellaan valvottua sairaalaympäristössä toteutettua harjoittelua yksilöllisen vasteen, sietokyvyn ja kliinisen vakauden varmistamiseksi sekä riskioireiden tunnistamiseksi.</p>
<p><b>Odotetut tulokset:</b></p>

<p>Jos kävely tai pyöräily ei ole mahdollista, kuntoutuksessa voidaan käyttää esimerkiksi istuen tehtäviä liikkeitä, pyörätuolilla liikkumista, vesiliikuntaa tai kohtalaisella teholla tehtäviä lattiaharjoitteita ilman painoa alaraajoilla.</p>
<p><b>Odotetut tulokset:</b></p>
<p>Lisääntynyt osallistuminen koti-, työ- ja vapaaajan toimintoihin</p>
<p>Parantunut psykososiaalinen hyvinvointi, toimintakyvyn säilyminen ja omatoimisuuden lisääntyminen</p>
<p>Parantunut aerobinen kunto</p>
<p>Parempi ennuste</p>

<p><b>RAVITSEMUSNEUVONTA</b></p>
<p>Päivittäisen energiansaannin ja ravintosisällön (rasva, tyydyttynyt rasva, suola, muut ravintoaineet) arviointi</p>
<p>Energiansaannin sopeutus harjoittelun kulutukseen</p>
<p>Potilaan (ja omaisten) ohjaus ruokavalion tavoitteista ja niiden saavuttamisesta</p>
<p><b>Terveelliset valinnat:</b></p>
<p>Tyydyttyneet rasvat &lt;10 % kokonaisenergiasta</p>
<p>Transrasvat mahdollisimman vähäiset, prosessoituista ruoista mieluiten ei lainkaan</p>

Aerobisen kunnon, liikkuvuuden, lihaskestävyyden, voiman ja koordinaation paraneminen
Oireiden lievittyminen ja parempi rasitussietokyky
Parantunut psykososiaalinen hyvinvointi
Sydän- ja verisuonitautiriskin pieneminen ja ennusteen paraneminen

<b>PAINONHALLINTA</b>
Painon, pituuden ja vyötärön ympäryksen mittaaminen
Elintapaneuvonta ja seuranta
Laihdutus ruokavalion, liikunnan ja käyttäytymisen muutosten avulla erityisesti ylipainoisille (BMI $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> tai vyötärön ympärysmittaus $\geq 102$ cm (miehet) / $\geq 88$ cm (naiset))
<b>Odotetut tulokset:</b>
Normaalipainoisilla painon säilyminen
Ylipainoisilla 5–10 %:n painonpudotus
Tarvittaessa lähete erikoissairaanhoidon

<b>PSYKOSOSIAALINEN TUKI</b>
Psykososiaalisten riskitekijöiden arviointi ja tunnistaminen
Käytetään validoitua kyselyä
Tarvittaessa ohjaus psykologiseen tai psykiatriseen hoitoon
Perheen ja läheisten osallistaminen
Ammatillisen kuntoutumisen ja työn tukeminen
<b>Odotettu tulos:</b>
Hyvä psykososiaalinen toimintakyky ja stressinhallintataidot

<b>TUPAKOINNIN LOPETUS</b>
Kaikkia tupakoijia tulee tukea lopettamaan pysyvästi
Strukturoitu lähestymistapa (5A-malli)
Tarvittaessa nikotiinikorvaushoito ja lääketieteellinen tuki
Sähkösavukkeita ei suositella lopettamiseen
<b>Odotettu tulos:</b>
Pysyvä tupakoimattomuus

Suola $< 5$ g/vrk
Kuitua 30–45 g/vrk
Hedelmiä $\geq 200$ g/vrk
Vihanneksia $\geq 200$ g/vrk
Kalaa 1–2 kertaa viikossa
Suolaamattomia pähkinöitä 30 g/pv
Sokeripitoisia juomia ja alkoholia tulee välttää
Alkoholi enintään 2 annosta/päivä miehille ja 1 annos/päivä naisille
<b>Odotettu tulos:</b>
Terveellisen ruokavalion noudattaminen ja sydän- ja verisuonitautiriskin pieneminen

<b>VEREN RASVA-ARVOJEN HALLINTA</b>
Lipidiprofiilin seuranta ja elämäntapa- ja lääkehoito tarvittaessa
<b>Odotetut tulokset:</b>
LDL-C $< 1,4$ mmol/l suuren riskin potilailla
Toistuvissa tapahtumissa tavoite jopa $< 1,0$ mmol/l
Triglyseridit mieluiten $< 1,7$ mmol/l

<b>VERENPAINEN HALLINTA</b>
Verenpaineen säännöllinen seuranta levossa ja rasituksessa
Elämäntapa- ja lääkehoito tarpeen mukaan
<b>Odotetut tulokset:</b>
Verenpaine alle 140/90 mmHg
Useimmilla tavoite 130/80 mmHg
Diastolinen paine $< 80$ mmHg

<b>OHJELMAN ARVIOINTI JA SEURANTA</b>
Kuntoutuksen onnistumisen arviointi
Uusien tavoitteiden asettaminen
Hoidon jatkuvuuden varmistaminen
Laadun seuranta ja dokumentointi
Jatkuva, tavoitteellinen seuranta lyhyellä ja pitkällä aikavälillä

## Liite 2. Saatekirje



**Hyvinvointiyksikkö**

**Saatekirje**

Hei,

Olemme fysioterapeuttiopiskelijoita LAB-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä liittyen sydänsairaiden kuntoutukseen ja sen tarpeeseen yhteistyössä Etelä-Karjalan sydänalueen kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia tämänhetkisen sydänsairaiden kuntoutuksen tilannetta Etelä-Karjalassa teorian sekä käytännön tasolla saadaksemme kuvan, mitä kuntoutuksen olisi hyvä sisältää. Tavoitteenamme on selvittää, miten kuntoutus koetaan potilastasolla ja millaista kuntoutusta mahdollisesti tarvitaan tulevaisuudessa.

Idea aiheeseen on tullut yhteistyökumppanilta ja aihe on tärkeä, sillä useita sydänsairaille olevia kuntoutusmahdollisuuksia Etelä-Karjalan alueella on viime vuosien aikana lakkautettu. Tämän takia on tärkeää, että saisimme kuulla juuri teidän kokemuksenne aiheeseen liittyen.

Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja keskeyttäminen osallistumiseen on mahdollista missä vaiheessa tahansa. Vastaaminen tapahtuu anonymyminä ja tämän kirjeen liitteenä saatte myös tietosuojailmoituksen, jossa kerrotaan tiedon käsittelystä ja sen turvallisuudesta säilyttämisestä. Opinnäytetyöstä ei käy ilmi kyselyyn osallistujien henkilötietoja.

Kysely suoritetaan paperisella kyselylomakkeella ja siihen vastaaminen kestää noin 5 minuuttia. Kyselyn tuloksia hyödynnetään vain tässä opinnäytetyössä, joka valmistuu keväällä 2026. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa, jossa se on vapaasti luettavissa.

Mikäli teillä on aiheeseen liittyen kysyttävää tai haluatte lisätietoa, voitte ottaa yhteyttä meihin sähköpostitse osoitteeseen [ville.kuntsi@student.lab.fi](mailto:ville.kuntsi@student.lab.fi)

Olemme hyvin kiitollisia osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin,

Ville Kuntsi



Anton Strandman



Joose Korhonen



### Liite 3. Suostumuslomake

---

LAB-ammattikorkeakoulu

#### SUOSTUMUS

Olen saanut riittävästi tietoa tästä Sydänsairaiden kuntoutus ja sen tarve Etelä-Karjalassa -  
opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Olen voinut esittää kysymyksiä ja olen saanut  
kysymyksiini riittävät vastaukset. Suostun osallistumaan tähän tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Lisäksi olen lukenut opinnäytetyötä koskevan tietosuojailmoituksen ja annan suostumuksen kerätä  
tietojani opinnäytetyön henkilörekisteriin.

\_\_\_\_\_  
Paikka

\_\_\_\_\_  
Aika

\_\_\_\_\_  
Tutkimukseen osallistuja

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Opiskelijat

## Liite 4. Tietosuojailmoitus

**OPINNÄYTETYÖTÄ KOSKEVA  
TIETOSUOJAILMOITUS  
EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679)  
artiklat 13 ja 14**

**Laatimispäivämäärä: 16.4.2025**

### ***Mitä tarkoitusta varten henkilötietoja kerätään? / Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus***

Opinnäytetyössämme "Sydänsairaiden kuntoutus ja sen tarve Etelä-Karjalassa" tutkitaan sydänsairaiden kuntoutusta sairaalavaiheen/toteamisen jälkeen. Selvitämme työssämme, millaista kuntoutusta on tarjolla ja miten se koetaan. Tarkoituksena on myös tutkia, millaista kuntoutusta aiemmin on saatu ja verrataan sitä nykyiseen tarjontaan. Yhteistyökumppanina opinnäytetyössä toimii Etelä-Karjalan Sydänalue ry.

Kyselyt suoritetaan anonyymina sydänsairauksien kuntoutukseen osallistuvilla.

### ***Mitä tietoja keräämme? / Tutkimusrekisterin tietosisältö***

Keräämme teistä seuraavia tietoja: ikä, sukupuoli, sairaudet ja vuodet sairastumisen toteamisesta. Emme kerää teiltä henkilötietoja kuten nimi tai henkilötunnus.

### ***Millä perusteella keräämme tietoja? / Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste***

Keräämme tietoja osallistujan suostumuksella. Osallistuja allekirjoittaa suostumuslomakkeen ennen henkilötietojen luovutusta.

### ***Mistä kaikkialta henkilötietoja keräämme / Tietolähteet***

Tietoja keräämme ainoastaan rekisteröidyltä itseltään.

### ***Kenelle tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen ulkopuolelle***

Tietoja ei luovuteta ulkopuolisille. Opinnäytetyöhön keräämme vastauksista kuntoutukseen liittyviä tuloksia, joista ei tule ilmi osallistujien henkilötietoja.

### ***Minne tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle***

Tietoja ei siirretä tai luovuteta EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle.

**Kerättyjen tietojen turvallinen säilyttäminen / Rekisterin suojauksen periaatteet**

Tiedot kerätään jo kyselyvaiheessa anonyyminä ja kerätyt tiedot ja vastaukset säilytetään korkeakoulun turvallisilla palvelimilla. Ainoastaan opinnäytetyön laatioilla on pääsy kyseiseen aineistoon.

**Kuinka kauan kerättyä aineistoa säilytetään? / Tutkimusaineiston käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen**

Kerättyä aineistoa säilytetään opinnäytetyön valmistumiseen saakka. Tämän jälkeen tiedostot tuhotaan turvallisesti. Tutkimusaineistoa ei arkistoida.

**Millaista päätöksentekoa? / Automatisoitu päätöksenteko**

Aineistoa käsitellessä ei tapahdu automattista päätöksen tekoa.

**Oikeutesi / Rekisteröidyn oikeudet**

Rekisteröidyllä on oikeus peruuttaa antamansa suostumus, milloin henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen.

Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus Tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli rekisteröity katsoo, että häntä koskevien henkilötietojen käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä.

Rekisteröidyllä on seuraavat EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset oikeudet:

- a) Rekisteröidyn oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot.
- b) Rekisteröidyn oikeus tietojensa oikaisemiseen.
- c) Rekisteröidyn oikeus tietojensa poistamiseen. Oikeutta henkilötietojen poistamiseen ei sovelleta, jos tietojen käsittely on tarpeen yleisen edun mukaisia arkistointitarkoituksia taikka tieteellisiä tai historiallisia tutkimustarkoituksia tai tilastollisia tarkoituksia varten, jos oikeus tietojen poistamiseen estää tai suuresti vaikeuttaa henkilötietojen käsittelyä.
- d) Rekisteröidyn oikeus tietojen rajoittamiseen.
- e) Rekisteröidyn oikeus siirtää tiedot toiselle rekisterinpitäjälle.
- f) Rekisteröidyn oikeus vastustaa tietojensa käsittelyä, kun käsittely perustuu yleistä etua koskevaan tehtävään, rekisterinpitäjälle kuuluvaan julkiseen valtaan tai rekisterinpitäjän tai kolmannen osapuolen oikeutettuun etuun.

EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset rekisteröidyn oikeudet eivät ole automaattisia kaikessa henkilötietojen käsittelyssä.

**Tutkimusrekisterin tiedot**

Rekisterin nimi: Sydänsairaiden kuntoutusrekisteri  
Kertatutkimus  
Tutkimuksen kestoaika: 1 vuosi  
Henkilötietojen säilyttämisen kestoaika 6 kuukautta

**Rekisterinpitäjän ja yhteys henkilön tiedot**

Ville Kuntsi

**Tutkimuksen suorittajat**

Anton Strandman  
Joose Korhonen  
Ville Kuntsi

## Liite 5. Yhteistyösopimus



### OPINNÄYTETYÖTÄ KOSKEVA YHTEISTYÖSOPIMUS

#### I Sopimusosapuolet

Yhteistyökumppani	
Yrityksen nimi	Etelä-Karjalan Sydänalue Ry
Y-tunnus	0235906-8
Lähiosoite	Valtakatu 64
Postinumero ja toimipaikka	53100 Lappeenranta
Yhteyshenkilön nimi	
Puhelin	
Sähköposti	

(jäljempänä "Yhteistyökumppani")

Opinnäytetyön tekijä(t) <sup>1</sup>		Aktivoi Nimi ja napsauta  -painiketta lisätäksesi uusi rivi
Nimi	Joose Korhonen	
Opiskelijatunnus		
Koulutusala	Sosiaali- ja terveysala	
Tutkinto	Fysioterapeutti	
Puhelin		
Sähköposti		

Nimi	Ville Kuntsi
Opiskelijatunnus	
Koulutusala	Sosiaali- ja terveysala
Tutkinto	Fysioterapeutti
Puhelin	
Sähköposti	

Nimi	Anton Strandman
Opiskelijatunnus	
Koulutusala	Sosiaali- ja terveysala
Tutkinto	Fysioterapeutti
Puhelin	
Sähköposti	

(jäljempänä "Opiskelija")

(jäljempänä kumpikin yksin myös "Osapuoli" tai molemmat yhdessä "Osapuolet")

#### II Sopimuksen tausta ja tarkoitus

Tällä sopimuksella (jäljempänä "Sopimus") Yhteistyökumppani ja Opiskelija sopivat Yhteistyökumppanin toimialaan liittyvän Opiskelijan opinnäytetyön tekemisestä. Opiskelija opiskelee LAB-ammattikorkeakoulussa ja opinnäytetyö on osa hänen ammattikorkeakouluopintojaan. LAB-ammattikorkeakoulu Oy tarjoaa tämän sopimusmallin, mutta ei ole Sopimuksen osapuoli.

Opinnäytetyön aihe ja opinnäytetyöprojektia koskevat tiedot on esitelty alla. Tämän Sopimuksen liitteenä voi olla tarkempi opinnäytetyöprojektia koskeva esittely.<sup>2</sup>

#### Opinnäytetyön aihe ja arvioitu kokonaiskesto

<sup>1</sup> Ilmoita kaikki opinnäytetyön tekijät ja heidän yhteystietonsa. Käytä tarvittaessa erillistä liitettä.

<sup>2</sup> Mahdollista lisätä sopimuksen liitteeksi esimerkiksi tutkimussuunnitelma.

Opinnäytetyön aihe <sup>3</sup>	Sydänsairaiden kuntoutus ja sen tarve Etelä-Karjalassa
Opinnäytetyöprojektin arvioitu kokonaiskesto	6kk

Opinnäytetyölle on nimetty ohjaaja(t), jonka yhteystiedot on ilmoitettu alla.

Opinnäytetyön ohjaaja(t) <sup>4</sup>	
<small>Aktivoi Nimi ja napsauta + -painiketta lisätäksesi uusi rivi</small>	
Nimi	Kari Kauranen
Puhelin	
Sähköposti	

(ilmoita kaikki ohjaajat)

III Työsuhde
Opiskelija on työsuhteessa Yhteistyökumppanin kanssa tehdessään opinnäytetyön. <sup>5</sup>
<input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei

IV Kulujen korvaaminen
Opiskelijalle maksetaan opinnäytetyöhön liittyvät syntyneet kulut, kuten matkakustannukset. <sup>6</sup>
<input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei
<b>Muut kuluja koskevat tiedot:</b>

V Opinnäytetyön julkisuus
Laadittava opinnäytetyö on julkinen. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-portaalissa LAB-ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaisesti.

VI Salassapito
Opiskelija sitoutuu olemaan ilmaisematta tietoonsa saamiaan Yhteistyökumppanin luottamukselliseksi tai salassa pidettäväksi ilmoitettuja tietoja.
Edellä mainitusta poiketen, Opiskelijan on oikeus ilmaista salassa pidettäviä Yhteistyökumppanin tietoja LAB-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjaajille, mikäli se on välttämätöntä opinnäytetyön tekemisen kannalta. <sup>7</sup>
Yhteistyökumppanin salassa pidettäväksi ilmoitettua aineistoa on mahdollista sisällyttää ainoastaan opinnäytetyön erilliseen liitteeseen. Salassa pidettäviä tietoja sisältävä liite ei ole julkinen asiakirja.
Lisäksi Opiskelija sitoutuu käyttämään Yhteistyökumppanilta saamaansa tietoa ainoastaan opinnäytetyön tekemiseen liittyvään tarkoitukseen.

<sup>3</sup> Lyhyt esittely opinnäytetyön aiheesta.

<sup>4</sup> Ilmoita kaikki opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa.

<sup>5</sup> Rastita oikea vaihtoehto.

<sup>6</sup> Rastita oikea vaihtoehto ja mainitse korvattavat kululajit.

<sup>7</sup> LAB-ammattikorkeakoulun henkilökunta on salassapitovelvollinen ammattikorkeakoululain (2014/932), julkisuuslain (1999/621) salassapitovelvoitteita koskevien säännöksiin, rikoslain (1889/39) 38 luvun 1 ja 2 §:ien, liikesalaisuuslain (2018/595) säännöksiin sekä työolainsäädännön nojalla.

**VII Oikeudet**

Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat Opiskelijalle, ellei erillisellä sopimuksella ole toisin sovittu. Yhteistyökumppanilla on oikeus hyödyntää julkista opinnäytetyötä omassa toiminnassaan.

Opinnäytetyön laadinnan yhteydessä syntyneen teoskynnyksen ylittävän tulosaineiston oikeudet kuuluvat niille osapuolille, jotka ovat osallistuneet tulosaineiston syntyyn heidän työpanoksensa mukaisessa suhteessa, ellei toisin ole sovittu. Yhteistyökumppanin Opiskelijalle opinnäytetyön tekemistä varten luovuttaman tausta-aineiston oikeudet kuuluvat Yhteistyökumppanille, ellei toisin ole sovittu.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Tässä Sopimuksessa **tekijänoikeudella** tarkoitetaan tekijänoikeuslaissa (1961/404) määriteltyä tekijän yksinoikeutta päättää teoksensa käytöstä. Jotta teos saisi tekijänoikeudellista suojaa, teoksen tulee ylittää **teoskynnys**, eli teoksen tulee olla tarpeeksi omaperäinen ja itsenäinen työ. Tarkka teoskynnyksen määrittäminen edellyttää aina tapauskohtaista harkintaa. Tässä Sopimuksessa **tulosaineistolla** tarkoitetaan opinnäytetyöprosessin aikana aikaansaatuja tietoja, ideoita, menetelmiä, ratkaisumalleja tms. Tässä Sopimuksessa **tausta-aineistolla** tarkoitetaan opinnäytetyöprosessin ulkopuolella syntyneitä opinnäytetyöprosessissa tarpeellista tietoa, materiaalia tms.

<b>VIII Yhteistyökumppanin vastuut</b>	
Yhteishenkilö ja tarvittavien tietojen luovuttaminen	Yhteistyökumppani nimeää yhteishenkilön tämän Sopimuksen velvoitteiden täyttämiseksi. Yhteistyökumppani sitoutuu antamaan Opiskelijan käyttöön opinnäytetyön tekemiseen tarpeelliset tiedot sekä antamaan opinnäytetyön aihepiiriin kuuluvaa tarvittavaa asiantuntijaohjausta.
Tarkastusvelvollisuus	Yhteistyökumppanin vastuisiin kuuluu tarkastaa ennen opinnäytetyön julkaisemista, ettei opinnäytetyö sisällä Yhteistyökumppanin salassa pidettävää aineistoa. Opinnäytetyön tarkastaminen on suoritettava kohtuullisen, kuitenkin viimeistään neljäntoista (14) päivän kuluessa siitä, kun Opiskelija toimitti opinnäytetyön Yhteistyökumppanille. Mikäli Yhteistyökumppani ei kommentoi sille toimitettua opinnäytetyötä jäljempänä mainitun määräajan kuluessa, Opiskelijalla on oikeus julkaista opinnäytetyö. <sup>9</sup>

<b>IX Opiskelijan muut vastuut</b>	
Toimintatavat	Opiskelija sitoutuu työskentelemään tavoitteellisesti Yhteistyökumppanin kanssa ja noudattaa opinnäytetyötä tehdessään hyvän tutkimuskäytännön periaatteita.
Ilmoitusvelvollisuus	Opiskelija on velvollinen ilmoittamaan Yhteistyökumppanille sekä LAB-ammattikorkeakoululle yhteishenkilön ja opinnäytetyön ohjaajaa koskevista muutoksista.
Opinnäytetyön toimittaminen Yhteistyökumppanille	Opiskelijan velvollisuuksiin kuuluu toimittaa arvosteltavaksi jätettävä opinnäytetyö Yhteistyökumppanille ennen työn julkaisemista. Mikäli Yhteistyökumppani ilmoittaa tarkastusajan kuluessa opinnäytetyön sisältävän salassa pidettävää tietoa, Opiskelija on velvollinen muokkaamaan opinnäytetyötään siten, ettei julkaistava opinnäytetyö sisällä salassa pidettävää tietoa.

<b>X Sopimusmuutokset</b>	
Tätä Sopimusta voidaan muuttaa ainoastaan kirjallisesti. Kirjallisen muutoksen tulee olla molempien Osapuolten allekirjoituksella hyväksymä.	

<b>XI Voimassaolo</b>	
Tämä Sopimus astuu voimaan molempien Osapuolten allekirjoituksella ja on voimassa, kunnes Opiskelijan opinnäytetyö on julkaistu Theseus-portaalissa tai Osapuolet yhteisesti toteavat Sopimuksen päättyneen.	

<b>XII Allekirjoitukset</b>							
<b>Opinnäytetyön tekijä(t) ja allekirjoitukset</b> <span style="float: right;">Aktivoi Päivämäärä ja napsauta + -painiketta lisätäksesi uusi rivi</span>							
Päivämäärä							
Paikka							
Allekirjoitus ja nimenselvennys	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Joose Korhonen</td> <td style="font-size: small;">Ville Kuntsi</td> <td style="font-size: small;">Anton Strandman</td> </tr> </table>				Joose Korhonen	Ville Kuntsi	Anton Strandman
Joose Korhonen	Ville Kuntsi	Anton Strandman					
<b>Yhteistyökumppanin allekirjoitus</b>							
Päivämäärä							
Paikka							
Allekirjoitus ja nimenselvennys	_____						

Päivitetty 27.8.2020

<sup>9</sup> Yhteistyökumppanin vastuista on mahdollista sopia tarkemmin erillisellä sopimusliitteellä.

## Liite 6. Kyselylomake

**Kysely sydänsairaiden kuntoutuksesta ja sen tarpeesta**

Kysely toteutetaan täysin anonyymisti ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Yksittäisiä vastauksia ei pystytä yhdistämään yksittäisiin vastaajiin. Kyselyyn vastaamisessa kestää noin 10 minuuttia. Vastauksesi ovat meille arvokkaita, joten vastaathan huolellisesti, kiitos!

**1. Ikä?**

---

**2. Sukupuoli?**

- Nainen  
 Mies  
 Muu

**3. Onko sinulla todettu sydänsairaus?**

- Kyllä  
 Ei

Jos vastasit edelliseen kysymykseen vaihtoehdon Ei, niin voit siirtyä suoraan sivulle 4, kysymykseen 9.

**4. Mikä sydänsairaus sinulla on todettu?**

---

---

---

---

---

**5. Milloin sydänsairautesi on todettu?**

---

---

---

---

---

**6. Millaisia jatkokuntoutusohjeita sait hyvinvointialueen tai silloisen sairaanhoitopiirin puolelta?**

---

---

---

---

---

**7. Ohjattiinko sinua eteenpäin esimerkiksi kuntoutus- tai vertaistukiryhmiin?**

- Kyllä
- Ei
- Selvitin jatkokuntoutumahdollisuuksia itse

**8. Millaisena olet kokenut saamasi sydänkuntoutuksen?**

---

---

---

---

---

**9. Kuinka monta vuotta olet ollut mukana sydänkuntoutustoiminnassa?**

- Alle vuoden
- 1-2 vuotta
- 3-4 vuotta
- Yli 5 vuotta

**10. Kuinka usein keskimäärin käyt sydänkuntoutustoiminnassa?**

- Noin kerran viikossa
- Noin 2-3 kertaa kuukaudessa
- Noin kerran kuukaudessa
- Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin

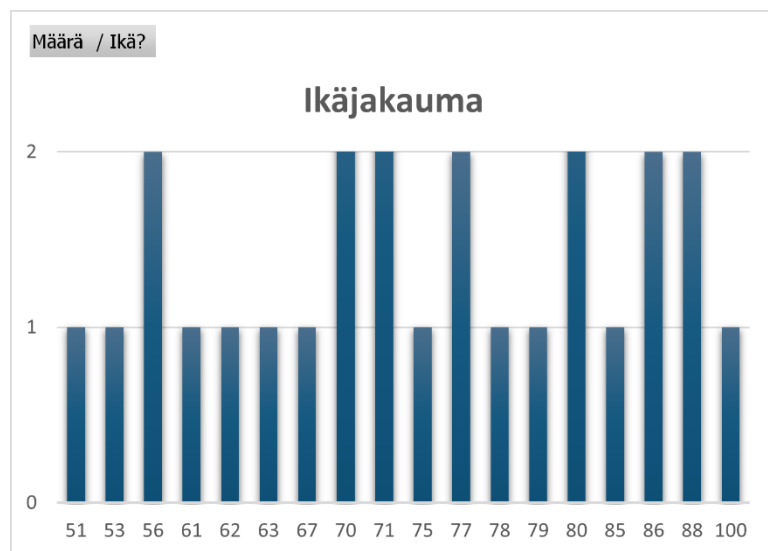
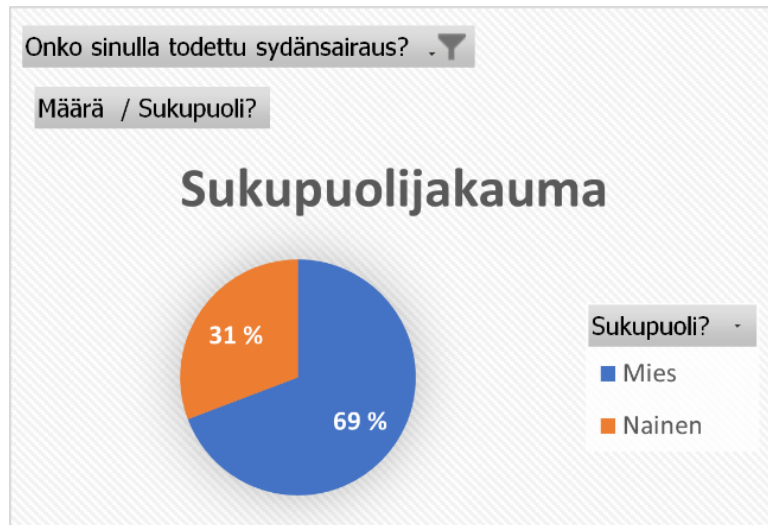
**11. Koetko sydänpiirin ryhmissä käymisen vaikuttaneen omaan terveyteesi positiivisesti?**

- Kyllä
- Ei

**12. Toivoisitko enemmän jotain toimintaa alla olevista vaihtoehdoista?**

- Liikunnallista toimintaa
- Vertaistukiryhmätoimintaa
- Muuta, millaista? \_\_\_\_\_

Liite 7. Tutkimuskyselyssä kerätyt demografiset tekijät



## Liite 8. Sydänsairaudet ja kuntouttavaan toimintaan osallistuminen

