

Tiina Heinonen

SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN OHJAUTUMINEN KUN-
TOUTUSOHJAUKSEEN – TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN
TAYS, SYDÄNSAIRAALASSA

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

2015



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN OHJAUTUMINEN KUNTOUTUS-OHJAUKSEEN – TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN TAYS, SYDÄNSAIRAALASSA

Heinonen, Tiina

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

Lokakuu 2015

Ohjaaja: Koivuniemi, Merja, Lehtori

Sivumäärä: 55

Liitteitä: 1

Asiasanat: sydämen vajaatoiminta, hoito- ja kuntoutuspolku, kuntoutusohjaus, toimintakyky, vertailukehittäminen

Opinnäytetyö on toiminnallinen kehittämistehtävä, jossa luotiin toimintamalliehdotus vastasairastuneen sydämen vajaatoimintapotilaan ohjautumiseksi kuntoutusohjaukseen Tays, Sydänsairaalassa. Toimintamallin tavoitteena on turvata kuntoutusohjauspalvelut kun potilaalla on todettu sydämen vajaatoiminta. Opinnäytetyössä kuvattiin myös nykyinen hoito- ja kuntoutuspolku ja tarkoituksena oli kehittää polkua niin, että kuntoutusohjaus kuuluisi osaksi sydämen vajaatoimintapotilaan hoito- ja kuntoutuspolkua.

Teoreettisena lähtökohtana opinnäytetyössä olivat sydämen vajaatoiminta ja sen hoito, hoito- ja kuntoutuspolku, kuntoutusohjaus sekä arjessa pärjääminen (toimintakyky). Kehittämistyöhön liittyen kokosin aineistoa kirjallisuuden ja tutkimustulosten lisäksi haastatteleamalla Tays, Sydänsairaalassa sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoon osallistuvia asiantuntijoita. Haastattelut toteutin yksilöllisinä teemahaastatteluiluina ja haastatteluteemat muodostuivat teoreettisen kehikon pohjalta. Lisäksi käytin menetelmänä vertailukehittämistä eli benchmarkingia. Vertailin kahden muun sairaanhoitopiirin sydämen vajaatoimintahoitoketjua kuntoutusohjauksen näkökulmasta ja lisäksi toteutin benchmarking tapaamisen vertaillen kuntoutusohjaukseen ohjautumista toiseen pitkäaikaissairauteen liittyen.

Kaikki haastateltavat pitivät sydämen vajaatoimintapotilaiden kuntoutusohjausta tarpeellisena. Erityisesti työikäisten työkykyongelmat ja heitä askarruttava epätietoisuus siitä, pystyykö jatkamaan nykyistä työtään, tuli haastatteluissa esiin. Kuntoutusohjauksen tarpeellisuus vahvistui tarkastellessani sydämen vajaatoimintapotilaiden yleisimpiä arjen haasteita, joita tuli esiin niin teemahaastatteluissa kuin tutkimustiedossakin. Tähän aineistoon perustuen voidaan todeta, että sydämen vajaatoimintaa sairastavan toimintarajoitteet voivat olla laaja-alaisia ja sijoittua monille eri toimintakyvyn alueille. Ongelmat voivat liittyä paitsi fyysiseen suorituskyykyyn niin myös psyykkisiin, sosiaalisiin ja ammatillisiin haasteisiin. Ihmisen toimintakykyä ja toimintarajoitteita kuvaavassa ICF-luokituksessa vajaatoimintapotilaiden haasteet tulevat esiin erityisesti suoritusten ja osallistumisen alueilla. Ongelmat ovat kuitenkin yksilöllisiä ja osan toimintakyky säilyy hyvänä.

Moniammatillisen yhteistyön tärkeys sydämen vajaatoimintapotilaiden kokonai-
dossa ja – kuntoutuksessa nousi esiin myös tässä kehittämistyössä. Yhtenä kehittä-
misehdotuksena jatkoa ajatellen onkin yhteistyön tiivistäminen sydämen vajaatoi-
mintapotilaita hoitavien ammattilaisten kesken, niin erikoissairaanhoidon kuin perus-
terveydenhuollonkin välillä.

GUIDING CARDIAC FAILURE PATIENTS TO REHABILITATION COUNSELLING – DEVELOPMENT OF A FUNCTIONAL MODEL

Heinonen, Tiina

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Planning and Counselling

October 2015

Supervisor: Koivuniemi, Merja

Number of pages: 55

Appendices: 1

Key words: cardiac failure, care and rehabilitation path, rehabilitation counselling, functional capacity, benchmarking

The purpose of this thesis was to develop a proposal for a functional model on how to guide a patient with onset of cardiac failure to rehabilitation counselling at the Heart Hospital, Tampere University Hospital. The aim of the functional model was to guarantee rehabilitation counselling services for patients with cardiac failure. The thesis also describes the present care and rehabilitation path of cardiac failure patients. Another aim was to develop the care and rehabilitation counselling as part of it.

The theoretical part of the thesis describes cardiac failure, its treatment, care and rehabilitation path, rehabilitation counselling and coping with everyday activities (function). Part of the data was collected from the literature and research results. In addition, individual theme interviews were used to interview the experts of cardiac failure from the Heart Hospital, Tampere University Hospital. The themes of the interview were based on the theoretical framework. Benchmarking was used as a method and accordingly the treatment paths of cardiac failure patients in two other nursing districts were compared from the perspective of rehabilitation counselling. Further, a benchmarking appointment was arranged to compare guidance to rehabilitation counselling in relation to another long-term condition.

All the interviewees considered rehabilitation counselling necessary. In particular, the problems of the patients in working age were highlighted in the interviews. They were not always able to work and they were insecure of whether they could continue in their present jobs. The results revealed the most important challenges in the everyday functions and they further emphasised the necessity of rehabilitation counselling for cardiac failure patients.

There can be wide variety of limits in the function of cardiac failure patients. They can include limits in physical, mental and social capacity as well as work related challenges. The ICF classification, in particular, highlights the challenges cardiac failure patients have in relation to performances and participation. However, the problems differ between individuals and some have maintained good functional capacity.

Multidisciplinary team work was shown to be an important development area in the overall treatment of cardiac failure patients and their rehabilitation. As a result, one

suggestion for development is to improve cooperation between different staff members who treat cardiac failure patients both in basic and specialized health care.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	7
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS	8
3 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT	9
3.1 Organisaation kuvaus	9
3.2 Kuntoutusohjauksen nykytilanne	10
3.3 Kohderyhmä ja hyödynsaajat	11
4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	11
4.1 Sydämen vajaatoiminta	12
4.2 Sydämen vajaatoiminnan hoito	14
4.3 Hoito- ja kuntoutuspolku.....	15
4.4 Arjessa pärjääminen	16
4.5 Kuntoutusohjaus.....	19
KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	20
4.6 Teemahaastattelu.....	21
4.7 Vertailukehittäminen eli Benchmarking	22
4.8 Aineiston keruu ja analysointi.....	23
4.9 Kehittämistyön prosessi	25
5 TULOKSET	26
5.1 Sydämen vajaatoiminta – hoitoketjujen vertailua	27
5.2 Vertailussa PSHP:n reumapotilaan hoito- ja kuntoutuspolku.....	29
5.3 Teemahaastattelu.....	32
5.3.1 Sydämen vajaatoimintapotilaan hoito- ja kuntoutuspolku.....	32
5.3.2 Sydämen vajaatoimintapotilaan arjessa pärjääminen	37
5.3.3 Kuntoutusohjauksen tarve ja oikea-aikaisuus	42
5.3.4 Kuntoutusohjaajan rooli hoitoketjussa.....	43
5.3.5 Kehittämisehdotuksia toimintamallin luomiseksi	45
5.4 Toimintamalliehdotus	46
6 JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSIA	49
6.1 Yhteistyön tiivistäminen	49
6.2 Elämänlaatumittarin käyttöön otto	51
7 YHTEENVETO JA POHDINTA	52
LÄHTEET.....	56
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aihevalinta sai alkunsa liittyen pitkään työkokemukseeni sydänpotilaiden sairaanhoitajana ja nykyisiin kokemuksiini toimiessani sydänpotilaiden toisena kuntoutusohjaajana Tays, Sydänsairaalassa. Lisäksi valintaani vaikuttivat kuntoutuksen opinnot Satakunnan ammattikorkeakoulussa sekä kuntoutusohjaaja kollegani kanssa käydyt keskustelut kehittämisen tarpeista kuntoutuksen osa-alueella työpaikallani. Koin aiheen myös ajankohtaiseksi, koska Tampereella oli alkanut Tulevaisuuden sydänhoidot tutkimushanke, jossa kuvataan Suomessa ensimmäistä kertaa sydämen vajaatoimintapotilaan koko hoitoketju ja luodaan yhteistyömalleja. Hoitoketju kuvataan Tampereen kaupungin, Tampereen yliopistollisen sairaalan ja Tays, Sydänsairaalaa välillä. Mukana hankkeessa ovat myös Finnmedi ja Sitra, joka on rahoittaja. Hankkeen tavoitteena on mm. löytää ongelmakohtia sekä ratkaisumalleja ongelmiin, jotta voidaan lisätä hoidon sujuvuutta ja vaikuttavuutta. (Sitran www-sivut 2015.)

Tays, Sydänsairaalassa todettujen uusien sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjautuminen kuntoutusohjaukseen on huomattu hajanaiseksi, koska ei ole sovittu yhtenäisiä menettelytapoja, eikä sydämen vajaatoimintapotilaiden kuntoutuspolkua ole kuvattu. Kuvaamalla ja kehittämällä sydämen vajaatoimintapotilaan kuntoutuspolkua voidaan turvata potilaiden tasapuolinen mahdollisuus kuntoutuksen suunnitteluun.

Opinnäytetyöni on toiminnallinen kehittämistyö/projekti. Tarkoitukseni on tehdä toimintamalliehdotus sydämen vajaatoimintapotilaan ohjautumiseksi kuntoutusohjaukseen. Toimintamalliehdotus tuotetaan kuntoutumisen näkökulmasta. Opinnäytteeni viitekehys muodostuu seuraavista käsitteistä: sydämen vajaatoiminta, sydämen vajaatoimintapotilaan hoito- ja kuntoutuspolku, arjessa pärjääminen ja kuntoutusohjaus. Tavoitteena on luoda yhtenäinen ja asiakaslähtöinen toimintamalli, mikä parantaa käytäntöön vietyä sydämen vajaatoimintapotilaiden mahdollisuutta tasapuoliseen kuntoutusohjaukseen. Tarkoitus on ammattilaisen näkökulmasta selkiyttää ja luoda

käytänteet potilaan ohjaamisesta kuntoutusohjaukseen. Nykyisen hoito- ja kuntoutuspolun kuvaaminen, teoreettisen tutkimustiedon hyödyntäminen liittyen potilasnäkökulmaan, ammattilaisten haastattelut sekä muiden alojen mallien ja kokemusten hyödyntäminen ovat lähtökohtana toimintamallin kehittämiseksi.

Hyvä yhteistyö koko toimijaverkoston kanssa on perusedellytys sydämen vajaatoimintapotilaan oikea-aikaiseen ja onnistuneeseen kuntoutusohjaukseen. Oleellista on sujuva tiedonkulku, moniammatillisuus ja toisaalta selkeä työn jako. Tarkoituksena on myös parantaa eri toimijoiden kesken yhteistyötä moniammatilliseen suuntaan vajaatoimintaa sairastavan potilaan kuntoutumisen edistämiseksi Sydänsairaalan sisällä, mutta myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Projektin tavoite on luoda toimintamalliehdotus sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjautumiseksi kuntoutusohjaukseen Tays, Sydänsairaalassa. Toimintamalli on ensisijaisesti tarkoitettu Sydänsairaalan terveydenhuoltohenkilöstön käyttöön, mutta se toimii informaationa myös muille vajaatoimintapotilaan hoitoketjussa toimiville.

Sydämen vajaatoimintapotilaan kuntoutuspolkua ei ole kuvattu, joten tarkoituksenani on myös kuvata kuntoutuspolku ja kehittää sitä niin, että potilailla on tasapuolinen mahdollisuus saada laadukasta ja yhdenvertaista kuntoutusohjausta heidän yksilöllisistä tarpeista lähtien.

Pitemmällä tähtäimellä tavoitteena on, että kuntoutumista tukeva käytäntöön viety toimintamalli ylläpitää tai parantaa sydämen vajaatoimintapotilaan toimintakykyä ja arjessa pärjäämistä niin, että sairaalajaksot vähenisivät.

3 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Kehittämistyön lähtökohdat osiossa kuvaan organisaation, jota toimintamalliehdotukseni tulee koskemaan, kuntoutusohjauksen nykytilanteen ja kehittämistyön kohderyhmän sekä hyödynsaajat.

3.1 Organisaation kuvaus

Tays, Sydänsairaala on Tampereen yliopistollisen sairaalan omistama osakeyhtiö, joka on sydämen hoitoon erikoistunut sairaala ja toimii Tampereen yliopistollisen sairaalan yhteydessä. Sydänsairaalassa hoidetaan potilaita, jotka tarvitsevat vaativaa kardiologista tai sydän- ja rintaelinkirurgista hoitoa. Sydänsairaalassa työskentelee yli 300 ammattilaista ja siellä hoidetaan julkisen ja yksityisen sektorin potilaita.

Sydänsairaalan palvelu koostuu sydänsairauksien tutkimisesta, hoidon suunnittelusta ja seurannasta. Potilaiden hoitoa ohjaavat vakiintuneet hoitokäytännöt ja kansalliset hoitosuosituksiset (Käypä hoito). Sairaalan hoidollisiin ydinprosessiin kuuluvat sepelvaltimotautipotilaan, rytmihäiriöpotilaan, sydänkirurgisen potilaan sekä tahdistinpotilaan tutkimus ja hoito. Näillä ydinprosesseilla on omat vastuulääkäriinsä. Sydänsairaalassa mitataan ja tarkastellaan jatkuvasti hoitotuloksia suhteessa kansallisiin ja kansainvälisiin tavoitteisiin ja standardeihin. (Sydänsairaalan www-sivut 2015.)

Tays, Sydänsairaalassa toimii sydämen vajaatoimintapoliklinikka, jossa työskentelee erikoislääkäri ja erikoissairaanhoitaja. Sydämen vajaatoiminnan vaikeutumisen alkuvaiheessa potilaan kontrollikäynnit ovat usein vajaatoimintapoliklinikalla. Myöhemmin kun tilanne korjaantuu, potilas usein siirtyy avoterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidossa keskitytään vaikean vajaatoiminnan hoitoon ja arvioidaan mm. invasiivisten tutkimusten tarvetta. Vajaatoimintapoliklinikalla tehdään laitehoito- ja sydän-siirtoarvioita sekä seurataan biventrikulaarisia tahdistinpotilaita. Vajaatoimintapoliklinikka vastaa myös avoterveydenhuollon konsultaatioihin sydämen vajaatoimintaan liittyvissä kysymyksissä. (Terveysportin www-sivut 2015.)

3.2 Kuntoutusohjauksen nykytilanne

Tays, Sydänsairaalassa toimii kaksi kuntoutusohjaajaa ja olen toinen näistä Sydänsairaalan kuntoutusohjaajista. Vastaamme sydänpotilaiden yksilöllisestä kuntoutusohjauksesta, ensitietotilaisuuksista ja sydänohjauksen sekä kuntoutuksen koordinoimisesta. Kuntoutusohjaajat Sydänsairaalassa toteuttavat terveydenhuoltolain mukaista lääkinnällistä kuntoutusta, mihin kuuluu ohjaus ja neuvonta, kuntoutustarpeen arviointi, lääkinnälliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen ohjaaminen.

Sydämen vajaatoimintapotilaat ohjautuvat kuntoutusohjaajan vastaanotolle lääkärin suosittelemana kuntoutussuunnitelman tarkentamiseksi. Joskus potilaat ohjautuvat myös fysioterapeutin vastaanoton kautta kuntoutusarvioon, sosiaalityöntekijän kautta tai oma-aloitteisesti. Ohjautuminen on kuitenkin tällä hetkellä hajanaista, koska yhdenvertaista toimintamallia ei ole, eikä kuntoutuspolkua ole kuvattu. Sydämen vajaatoiminnan taustalla on erilaisia sydänsairauksia, mikä voi vaikuttaa ohjautumisen hajanaisuuteen. Pääosin vajaatoimintapotilaat ohjautuvat kuntoutusohjaajan vastaanotolle kuntoutuskurssille hakeutumiseen liittyen. Harvemmin ammatillisen kuntoutuksen kysymyksissä, jotka ovat keskittyneet enemmän työterveyshuoltoon, kuntoutus-tutkimuspoliklinikalle tai sosiaalityöntekijälle.

Kuntoutusohjaajat koordinoivat Sydänsairaalan järjestämiä moniammatillisia ensitietotilaisuuksia. Ryhmämuotoisia tilaisuuksia ovat ensitietotilaisuus sepelvaltimotautiin sairastuneille ja heidän läheisilleen, leikkausvalmennustilaisuus sydänleikkaukseen tulevalle ja sydänleikkauksen jälkeinen toipilasvaiheeseen ajoittuva tilaisuus. Sydämen vajaatoimintapotilaille ei ole tällä hetkellä Sydänsairaalan järjestämää ryhmämuotoista toimintaa.

Vertailun vuoksi selvennän seuraavaksi sepelvaltimotautipotilaiden ohjautuvuutta kuntoutusohjaukseen. Sihteerit laittavat sepelvaltimotautipotilaat kuntoutusohjaajan varauslistalle, josta potilaat poimitaan ensitietotilaisuuksiin. Soveltuvuus ensitietoon arvioidaan vielä yksilöllisesti sairauskertomustietojen pohjalta ja tarvittaessa potilas voidaan kutsua yksilövastaanotolle. Potilaat voivat myös itse varata aikaa yksilövastaanotolle. He saavat osastolta kotiin lähtiessä kuntoutusohjausesitteen, joka sisältää kuntoutusinformaation lisäksi kuntoutusohjaajien yhteystiedot. Sydänsairaalan uusilla

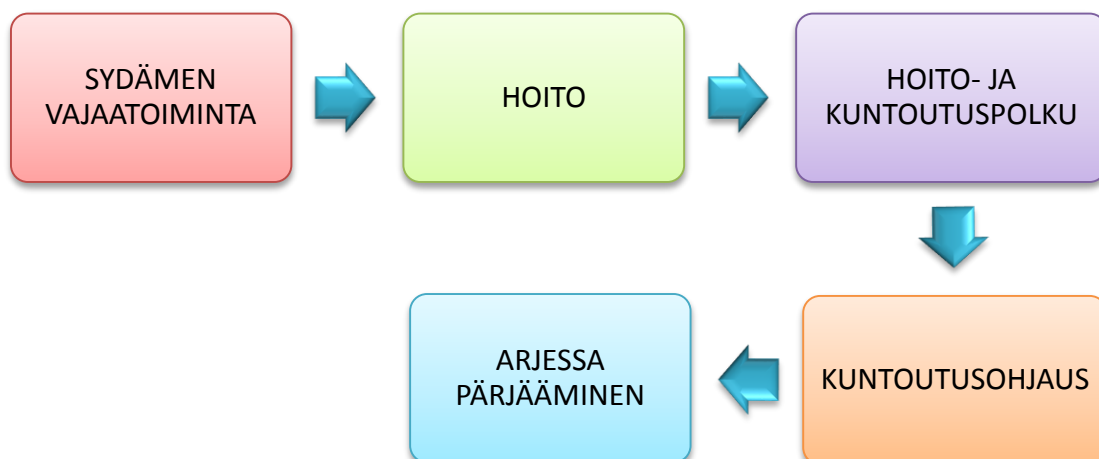
internet sivuilla on myös tietoa sydänkuntoutuksesta ja kuntoutukseen hakeutumisesta. Kuntoutusohjaajat käyvät Sydänsairaalan tutkimusyksiköissä tapaamassa henkilökohtaisesti sepelvaltimotautiin sairastuneita potilaita ja arvioivat heidän kanssa yhdessä sydän- ja kuntoutusohjaus tarvetta.

3.3 Kohderyhmä ja hyödynsaajat

Kohderymänä tässä kehittämistyössä ovat potilaat, joilla on todettu uusi sydänsairaus ja siihen liittyvä sydämen vajaatoiminta. Toimintamallin kehittämisestä potilaiden lisäksi hyötyvät ammattilaiset, koska käytäntöön viedyllä mallilla pyritään selkiyttämään sydämen vajaatoimintapotilaan kuntoutusohjaukseen ohjautumista. Laajempi yhteiskunnallinen hyöty ja merkitys voidaan nähdä, mikäli kuntoutusohjauksen avulla onnistutaan tukemaan potilaan itsehoitovalmiuksia, arjessa pärjäämistä ja kotona selviytymistä, mikä onnistuessaan voisi tarkoittaa sairaalajaksojen vähentymistä ja lyhentymistä.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä opinnäytetyössä keskeiset käsitteet ovat: sydämen vajaatoiminta, sydämen vajaatoiminnan hoito, hoito- ja kuntoutuspolku, kuntoutusohjaus sekä arjessa pärjääminen. Nämä käsitteet luovat yhdessä teoreettisen viitekehyksen opinnäytetyöhön ja kehittämishankkeeseen.



Kuva 1. Tässä kuvassa on kaaviomuodossa kuvattu keskeiset käsitteet ja viitekehys opinnäytetyöhön.

4.1 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta tarkoittaa, ettei sydänlihas kykene pumppaamaan normaalisti verta elimistöön. Vajaatoiminta voi johtua erilaisista sydänsairauksista, eikä se ole itsenäinen sairaus vaan oire. Sydämen vajaatoiminta voi johtua systolisesta tai diastolisesta vajaatoiminnasta tai näistä yhdessä. Systolisessa vajaatoiminnassa sydämen supistusvoima ja vireys alenevat kun taas diastolisessa vajaatoiminnassa sydänlihaksen seinämät jäykistyvät, vasemman kammion relaksaatio, passiivinen venyyvyys ja diastolinen laajeneminen heikentyvät. (Lommi 2013; Kettunen 2014.)

Sepelvaltimotauti on tavallisin syy sydämen vajaatoimintaan. 70 % potilaista sairastaa sepelvaltimotautia ja lähes puolet on sairastanut sydäninfarktin. Seuraavaksi yleisimmät syyt ovat verenpainetauti ja läppäsairaudet. Harvinaisemmista syistä laajentava eli dilatoiva kardiomyopatia on merkittävä vajaatoiminnan aiheuttaja työikäisillä ja nuorilla aikuisilla. Muiden, harvinaisten sydänlihassairauksien tai sydänlihastulehdusten osuus on paljon pienempi vajaatoiminnan aiheuttaja. (Kupari & Lommi 2004, 13.)

Sydämen pumppaustoiminnan häiriö voi alkuun olla oireeton, mutta myöhemmin ilmenee oireyhtymänä, johon liittyy suorituskyvyn heikentyminen, poikkeava väsymys, hengenahdistus rasiuksessa tai levossa, makuuasennossa esiintyvä yskä ja hengenahdistus. Vajaatoimintaan voi liittyä myös turvotuksia ja painon nousua nesteiden kertyessä kudoksiin. Sydämen vajaatoiminnan aiheuttamat haitat kohdistuvat verenkierron lisäksi laaja-alaisesti myös muihin elimiin. Vajaatoiminta aiheuttaa muutoksia myös munuaisiin, keuhkoihin ja luurankolihaksiin sekä elimistön energiatalouteen. (Lommi 2013; Kupari & Lommi 2004, 11.)

Kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavien kokonaissuorituskykyä kuvataan New York Associationin luokituksella eli lyhenteellä Nyha-luokitus. Nyha 1 luokassa potilaan suorituskyky ei ole merkittävästi rajoittunut. Nyha 2 luokka tarkoittaa, että suorituskyky on rajoittunut ja jo tavallinen rasitus aiheuttaa väsymistä ja hengenahdistusta. Suorituskyky on vahvasti rajoittunut Nyha 3 luokassa ja Nyha 4 luokassa jo aivan kaikki fyysinen aktiivisuus aiheuttaa oireita, joita voi olla jo myös levossa. (Lommi 2013; Kupari & Lommi 2004, 20 – 21.)

Sydämen vajaatoiminta todetaan oireiden, sydänfilmin, röntgenkuvan ja sydämen kaikukuvauksen perusteella. Usein otetaan myös laboratoriokokeita esim. sydämen erittämä natriureettinen peptidi (BNP) on lähes aina kohonnut jos potilaalla on hoitamaton vajaatoiminta. (Kettunen 2014.)

Sydämen vajaatoiminnan esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Länsimaissa sitä sairastaa 1-2 % koko väestöstä. Yli 65 vuotiailla kroonista sydämen vajaatoimintaa esiintyy 5 %:lla ja yli 75 vuotiailla 8-10 %:lla. Puolet sairastuneista on yli 80 vuotiaita. Sairastuneiden keski-ikä on 76 vuotta. Miehillä todetaan vajaatoimintaa enemmän kuin naisilla. Kuitenkin enemmistö sairastuneista on naisia, mikä johtuu siitä, että iäkkäiden sukupuolijakauma on epätasainen. Vajaatoimintapotilaat ovat usein myös monisairaita. (Lommi 2013; Kupari & Lommi 2004, 11.)

Sydämen vajaatoimintaan sairastuneiden potilaiden kuolleisuus on suuri, koska vajaatoiminta kehittyy usein vasta sydänsairauden loppuvaiheessa. Rotterdamin tutkimus

osoitti, että kuuden vuoden seurannassa kuoli 47 % potilaista, joilla oli diagnosoitu sydämen vajaatoiminta. Kuolleisuus on suuri varsinkin iäkkäillä vajaatoimintapoti-lailla ja kuolleisuus vajaatoimintaan onkin lisääntynyt juuri ikääntymisen johdosta. Ennuste vaihtelee kuitenkin paljon kliinisen kuvan mukaan. Vakaata pitkäaikaista sydämen vajaatoimintaa sairastavilla vuotuinen kuolleisuus on 10 %. (Harjola & Remes 2008, 717 - 718.)

4.2 Sydämen vajaatoiminnan hoito

Sydämen vajaatoiminnan hoidon tavoitteena on lievittää potilaan oireita ja turvata elämän laatua, ehkäistä sydänsairauden pahenemista sekä parantaa ennustetta. Sydämen vajaatoiminnan hoito koostuu erilaisista tekijöistä, joiden painotus vaihtelee paljon eri potilailla ja riippuen myös sairauden vaiheesta. Hoito voidaan jakaa syyn mukaiseen hoitoon, lääkkeettömään hoitoon, jota on esimerkiksi potilasohjaus, lääkehoitoon sekä pahentavien tekijöiden hoitoon ja kirurgiseen hoitoon. Syynmukaisella hoidolla, joka voi olla kirurgista tai konservatiivista voidaan joskus sydämen vajaatoiminta parantaa täysin. (Kupari & Lommi 2004, 32.)

Lääkehoidossa tavoite on lääkityksellä ennaltaehkäistä sydämen vajaatoiminnan kehittymistä, keventää sydämen supistumiseen liittyvää työkuormaa (kohonnutta verenpainetta) sekä myös alentaa sydämen kohonnutta täyttöpainetta ja estää lääkityksellä myös sydänlihaksen hapen puutetta. (Lommi, Nieminen & Harjola 2008, 758).

Kun sydämen supistelu on heikentynyt ja sydämen vajaatoiminnan oireilu hankalaa tehokkaasta lääkityksestä huolimatta, harkitaan sydämen vajaatoimintatahdistimen asentamista. Toisinaan tulee lisäksi kyseeseen rytmihäiriötahdistin, joka antaa synkronoivaa tahdistusta vajaatoiminnan helpottamiseksi. Tahdistimen tarve arvioidaan aina yksilöllisesti erikoissairaanhoidossa tehtävillä tutkimuksilla. (Riikola & Toivonen 2010.)

Sydämen vajaatoiminnan kirurgisella hoidolla pyritään usein korjaamaan perussyö. Useimmiten syynä on sepelvaltimotauti tai läppävika. Kirurgisen syyn hoidossa poh-

ditaan ohitusleikkausta tai läppäleikkausta. Riskit ja hyödyt on tärkeää punnita. (Sipponen, Lommi & Kupari 2008, 774.) Sydämen siirto voi tulla kyseeseen hyvin vaikeassa sydämen vajaatoiminnassa silloin jos kaikki muut hoitokeinot on käytetty. Mekaanisilla apupumpuilla voidaan tukea sydämen toimintaa henkeä uhkaavassa vajaatoiminnassa. (Kupari & Lommi 2004, 33.)

Sydämen vajaatoiminnan hoitoon kuuluu merkittävänä osana elämäntapaohjaus, mikä tarkoittaa ravitsemusneuvontaa mm. suolan käytön vähentämiseen ja ylipainon välttämiseen liittyen sekä ohjausta säännölliseen liikuntaan, tupakoinnin lopettamiseen ja alkoholin käytön vähentämiseen (Lommi 2013). Elintapahoidon tavoitteena on sydämen työmäärän keventäminen, sekä sydänlihaskaurion etenemisen ehkäisy. Elintapamuutoksilla voidaan tehostaa myös lääkehoidon vaikutuksia. (Lommi, Nieminen & Harjola 2008, 756.) Potilasohjauksessa potilaalle ja omaisille on tärkeää kertoa sydämen vajaatoiminnasta ja sen hoidosta. Tärkeää on perustella omaseurannan ja hoidon merkitys, esim. lääkityksen merkitys ja painon säännöllisen seurannan tärkeys. (Kupari & Lommi 2004, 51.)

Kaikki sairaudet vaikuttavat jollain asteella myös henkiseen hyvinvointiin. Masennuksen tunnistaminen ja hoito sydänpotilailla on aina tärkeää. Iäkkäillä potilailla masennuksen on todettu jopa kaksinkertaistavan akuutin sydäntapahtuman riskiä. (Mäkijärvi 2014.)

4.3 Hoito- ja kuntoutuspolku

Hoitopolku (pathway) on kansainvälisesti tunnettu käsite. Se ei ole käsitteenä niin suunniteltu kuin hoitoketju, joka koostuu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tapahtumista. Potilaan näkökulmasta hoitoketju on ajallisten tapahtumien ketju, missä terveydenhuollon ammattilaiset toimivat yhdessä potilaan edun mukaisesti. Hoitoketjulle tyypillistä on, että se pohjautuu alueellisiin suunnitelmiin, diagnooseihin ja käypähoitosuositukseseen. Hoitopolku on taas pikemminkin paikallinen toimintaohje, jossa kuvataan työnjakoa ja potilaan kulkua eri toimijoiden välillä. Hoitopolku voidaan nähdä pikemminkin sairaalan, klinikan tai terveyskeskuksen sisäisenä toimintaohjeena tai suosituksena. (Silvennoinen - Nuora 2010, 91,115.)

Holmia ym. (1999 21 - 22) mukaan hoitopoluksi kutsutaan potilaan hoidon etenemistä kodin ja sairaalan välillä, sairaalan sisällä ja eri sairaaloiden välillä. Hoitopolun avulla pyritään saamaan tietoa hoidon järjestämiseksi ja hoitokäytäntöjen kehittämiseksi. Tavoitteena on palvella laadukkaasti potilasta. Hoitopolun alun ja lopun tunnistaminen sekä sen selvittäminen on tärkeää potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

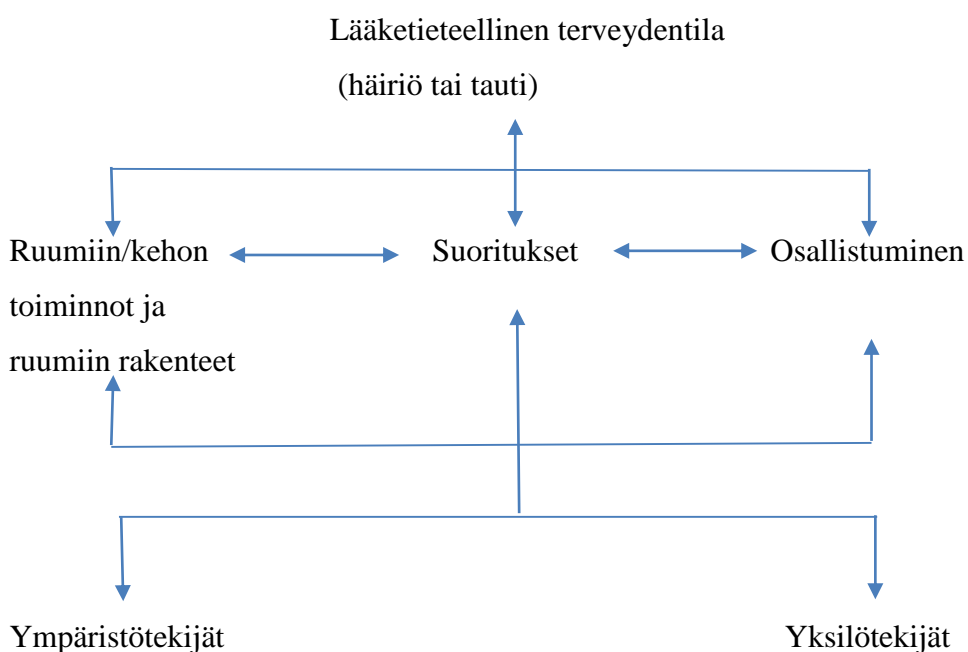
4.4 Arjessa pärjääminen

Arjessa pärjääminen voidaan nähdä yksilöllisenä oppimisprosessina muutokseen. Nämä muutokset voivat liittyä terveydentilaan, työelämään, sosiaaliseen lähipiiriin tai yhteiskunnan tapahtumiin. Toistuvat rutiinit ja arki ovat oppimisen lähtökohtana. Ihminen oppii näin tuntemaan sairautensa vaikutukset ja käyttää voimavaransa hänelle mielekkäisiin tavoitteisiin. Arjessa pärjääminen ei tarkoita vaan sopeutumista uusiin tilanteisiin vaan laajempaa mahdollisuuksien hyväksikäyttöä tai jopa uudesta tilanteesta hyötymistä. Ihmisten tarpeet luovat pohjan arjessa pärjäämisen tarpeille. Arjessa pärjäämisen kannalta oleellinen kysymys on esimerkiksi: miten minun käy? Arjessa pärjäämistä pidetään pitkälti samana asiana kuin toimintakykyä. (Koivuniemi & Simonen 2012, 80 – 112.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen valmiuksia selviytyä arkielämän askareista kotona, työssä ja vapaa-aikana. Se tarkoittaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytymiseen ja kykenemistä itsestä sekä toisista huolehtimiseen ympäristössään. Toimintakykyä voidaan tarkastella eri tieteenalojen lähestymistavoista. Esimerkiksi lääketieteessä toimintakykyä tarkastellaan sairauden ja terveyden näkökulmasta. Toimintakykyyn ovat vaikuttamassa monet eri tekijät, kuten ikä, sukupuoli ja koulutus. Toimintakyvyn arvioinnin tärkeyttä kuvastaa se, että sitä usein pidetään kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin perustana. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92 - 93.)

Toimintakyvyn kuvaamiseen käytetään kansainvälistä ICF-luokitusta (International Classification of Functioning, Disability and Health). Luokitus kuvaa toimintakyvyn lisäksi toimintarajoitteita ja terveyttä. Se sisältääkin laajan näkemyksen ihmisen terveyteen sekä siihen vaikuttaviin hyvinvoinnin osa-alueisiin. ICF luokituksessa on

kaksi osaa. Ensimmäinen osa käsittelee toimintakykyä ja toimintarajoitteita, joiden osa-alueita ovat ruumiin/kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen. Toinen osa käsittelee kontekstuaalisia tekijöitä, joiden osa-alueet ovat ympäristötekijät ja yksilötekijät. Nämä osa-alueet toimivat vuorovaikutussuhteessa toisiinsa nähden. (ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2013, 3,7-8.)



Kuva 2. Kaaviossa toimintakyky on kuvattu lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden eli ympäristö- ja yksilötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena.

(ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2013,18.)

Sydänsairaus vaikuttaa melkein aina ihmisen päivittäiseen arkielämään ja elämänlaatuun. Sillä on vaikutus mm. autoiluun, matkailuun sekä työhön ja vapaa-aikaan (Mäkijärvi 2014.) Sairastumisen alussa sydänpotilaita usein askarruttavat kysymykset arjessa selviytymisestä, esimerkiksi siivouksesta, kaupassa käynnistä ja monista muista arkipäivän asioista. Yhtenäistä yleisohjetta sydänpotilaille ei ole, koska sairaudella on omat ominaisuutensa ja jokaisella potilaalla on yksilölliset toimintarajoitteensa. (Penttilä 2014.)

Hartikainen & Visamo (2000, 1, 66 - 67) tutkivat sydämen vajaatoimintapotilaiden selviytymisen keinoja peilaten kotona selviytymiseen. Tavoitteena oli saada tietoa ohjauksen sisällön kehittämiseen sairaalassa. Tutkimus oli strukturoitu kyselytutkimus ja siihen osallistui 68 potilasta. Tutkimuksen mukaan potilaat olivat saaneet vajavaisesti sairaalassa ollessaan ohjausta sairaudesta, mielialasta, uupumisesta ja nestekertymistä. Yli puolet potilaista arvioivat, etteivät kykene ratkaisemaan sairauden aiheuttamia ongelmia. Potilaista $\frac{3}{4}$ selviytyi kotona hyvin ja $\frac{1}{4}$ huonosti. Vanhemmat ja yksin asuvat potilaat pärjäsivät nuorempia huonommin. Naiset pärjäsivät miehiä huonommin. Vajaatoiminta aiheutti potilaille mielialan muutoksia. Eniten he kokivat uupumusta, epävarmuutta ja huolestuneisuutta. Eniten vaikeuksia kotona selviytymisessä oli peseytymisessä ja pukeutumisessa. Lisäksi portaat ja ulkona liikkuminen ja kaupassa käynti koettiin vaikeana.

Hartikainen & Visamo (2000, 66 - 67) esittävät tutkimustulosten pohjalta, että vajaatoimintaa sairastavan kotona selviytymisen tueksi kehitetään yksilöllinen hoitosuunnitelma, jonka koordinaattorina olisi sairaanhoitaja tai kotisairaanhoitaja. Potilaan ja omaisen lisäksi suunnitelman laatimiseen osallistuisi moniammatillisesti lääkäri, sairaanhoitaja, kodinhoitaja, ravitsemus- ja fysioterapeutti sekä sosiaalihoitaja. Tutkijoiden mukaan tavoitteena olisi vahvistaa potilaan ja läheisen voimavaroja vastaten nykyiseen muuttuneeseen elämäntilanteeseen. He korostavat moniammatillista otetta vajaatoimintapotilaiden arjessa selviytymisen tukemiseen ja pitävätkin sitä haasteena koko terveydenhuoltohenkilöstölle.

Taija Hujanen tutki vuonna 2010 sydämen vajaatoimintapotilaiden elämänlaatua ja itsehoidon toteutumista. Tutkimus toteutettiin strukturoituna puhelinkyselynä 63 potilaalle. Tämän tutkimuksen mukaan vajaatoimintapotilailla oli vaikeuksia arjen toiminnoissa ja liikkumisessa. Elämänlaatu oli huonompi verrattuna suomalaisiin keskimäärin. Tässä tutkimuksessa potilaista suurin osa ei ollut ahdistunut, eikä masentunut vaan pystyivät itsestä huolehtimiseen. Suurin osa oli saanut ohjausta vajaatoiminnasta ja omahoidosta. Tutkimuksessa todettiin, että vajaatoimintapotilaiden arjessa selviytymistä, elämänlaatua ja itsehoitoa parantavat parhaiten moniammatilliset hoito-ohjelmat, jotka myös vähentävät sairaalahoidon tarvetta. Todettiin myös, että arjessa pärjäämisen tueksi hoidon jatkuvuutta tulisi lisätä ja tehostaa. (Hujanen 2010, 2, 23.)

4.5 Kuntoutusohjaus

Kuntoutusohjaus on kuntoutusohjaajan antamaa ohjausta ja neuvontaa, sairaudesta tai vammasta johtuvien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien ratkomista. Se on asiakaslähtöistä, yksilöllistä ja tavoitteellista toimintaa, joka huomioi kuntoutujan ympäristön kokonaisvaltaisesti. Tavoitteena on pitkäaikaissairaana tai vammaisen henkilön arkielämän sujuminen, itsenäinen selviytyminen ja elämänhallinta sekä sosiaalinen toimintakyky. Kuntoutusohjauksella tuetaan henkilön toimintamahdollisuuksia ja tavoitteena on ennaltaehkäistä laitoshoidon tarvetta. (Vammaispalvelujen käsikirja 2015.)

Kuntoutusohjauksessa arviointi ja suunnittelu ovat osa kuntoutusohjaajan asiantuntemusta. Hän selvittää asiakkaan kokonaistilanteen ja arjessa selviytymisen. Kuntoutusohjaajan asiantuntemus perustuu sairauden, sen hoidon, kuntoutuksen sekä kuntoutumista tukevan palveluverkoston tuntemiseen ja tämän kokonaisuuden hallintaan. (Kuntoutusohjaajien yhdistys www-sivut 2015.)

Kuntoutusohjaus on laaja-alaista ja lakiin perustuvaa. Kunnalla tai kuntainliitolla on vastuu huolehtia lääkinällisen kuntoutuksen palveluiden järjestämisestä. Erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen järjestävät kuntoutusohjausta vammaispalvelulain 8§ perusteella tai terveydenhuoltolain 29§ perusteella lääkinällistä kuntoutusta. (Vammais-

palvelujen käsikirja 2015.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2015) mukaan terveydenhuoltolain mukaiseen lääketieteelliseen kuntoutukseen kuuluu kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, potilaan toiminta- ja työkyvyn arviointi jne. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laki 1326/2010, 29§). Erikoissairaanhoidon kuntoutusohjauksen tarkoitus on luoda edellytys mm. pitkäaikaissairaiden kuntoutumiselle. (Mattsen ym. 2008, 9).

Kuntoutusohjauksen lähtökohtana on, että kuntoutujalle tarjotaan hänen tarpeensa mukaista palvelua. Kuntoutusohjauksen palveluprosessissa kuntoutujalla on keskeinen ja aktiivinen roolinsa. Kuntoutusohjauksen asiakkaina ovat kuntoutujien lisäksi toimeksiantajat ja eri yhteistyötahoja edustavat sekä palveluiden maksajat, kunnat. Kuntoutusohjauspalvelu kohdistuu näille monille eri tahoille. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 7/2002.)

Asiakkaat ohjautuvat kuntoutusohjaukseen tavallisesti hoitavan yksikön välityksellä. Pitkäaikaissairas, vammaisuus itse tai hänen läheisensä, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen tai jokin muu instanssi, voi ottaa myös yhteyttä kuntoutusohjaajaan. Kuntoutusohjaus on maksutonta asiakkaalle. (Vammaispalvelujen käsikirja 2015.)

KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Tässä osiossa kuvaan alkuun kehittämistyön toteutukseen valitsemieni menetelmiä teoreettisesti. Menetelminä olen käyttänyt asiantuntijoiden teemahaastattelua sekä vertailevaa kehittämistä eli benchmarkingia. Olen vertaillut muiden sairaanhoitopiirien sydämen vajaatoimintahoitoketjuja sekä toteuttanut yhden benchmarking tapaamisen reumapotilaiden kuntoutusohjaajan kanssa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Tässä osiossa kuvailen konkreettisesti aineiston keruuta ja analysointia sekä kehittämistyön etenemisen vaiheet.

4.6 Teemahaastattelu

Teemahaastattelua pidetään avoimen- ja lomakehaastattelun välimuotona. Tyypillistä tässä haastattelumuodossa on, että teema-alueet eli aihepiirit ovat etukäteen tiedossa, mutta tarkkamutoisia kysymyksiä ja järjestystä ei ole. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 203.)

Mitään yhtä määritelmää teemahaastattelulle ei ole. Useat kirjoittajat kuitenkin pitävät teemahaastattelua puolistrukturoituna tai puolistandardoituna, koska haastattelun teema-alueet eli aihepiirit ovat kaikille haastateltaville samoja. Haastattelussa vuoro-vaikutus koostuu sanoista, merkityksistä ja tulkinnoista ihmisten välillä. Haastattelun voi toteuttaa yksilöhaastatteluna, joka on tavallisin tapa. Vaihtoehtona on myös pari- tai ryhmähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48, 61.)

Teemahaastattelussa tärkeää on haastatteluteemojen suunnittelu, koska haastattelulla kerätään aineisto, jonka pohjalta voidaan luotettavasti tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Suunnitteluvaiheessa on oleellista, että tutkija tietää minkälaisia päätelmiä hän teemahaastattelun aineistosta aikoo tehdä. Hypoteesien muodostaminen ja kannanotto niihin kuuluu teemahaastattelun suunnitteluun. Haastattelurunkoa laadittaessa määritellään teema-alueet. Teemat pohjautuvat teoreettisiin käsitteisiin, jotka ovat hahmottuneet perehdyttäessä tutkimus- ja teoriatietoon tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 65 - 66.)

Teemarungon tarkoitus on lähinnä varmistaa, että valituista teemoista keskustellaan jokaisen haastateltavan kohdalla. Kysymysluettelo ei tarvita vaan pikimminkin teemaluettelo, koska haastattelun tarkoitus on kuitenkin olla keskustelutyypinen. Oleellista on muistaa tutkimusongelma, johon halutaan vastausta, kun haastattelija pohtii sopivia teemoja. Tutkimusongelma nivoo kokonaisuutta yhdenmukaiseksi ja antaa oikeutuksen erilaisiin kysymyksiin. (Eskola & Vastamäki 2001, 33 - 35.)

Teemahaastattelun aineisto on usein runsas ja analysointitapaa on hyvä pohtia kun hankkii aineistoa. Haastatteluaineiston käsittely ja analysointi olisi hyvä aloittaa mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, kun aineisto on vielä tuore. Toisinaan kuitenkin

ajan kulumisen haastatteluun nähden voi olla perusteltuakin. Tärkeää on pyrkiä katsomaan tuloksia laajakatseisesti, kokonaisuudet huomioiden. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 135.)

Haastatteluanalysoinnin voi toteuttaa erilaisin tavoin. Yksi tapa on, että aineisto puretaan, jonka jälkeen se välittömästi analysoidaan tutkijan omaan käsitykseen pohjautuen. Toinen tapa on, että aineisto puretaan, koodataan ja sitten analysoidaan. Kolmannessa vaihtoehdossa purkaminen ja koodaaminen yhdistyvät, jonka jälkeen edetään analyysiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 136.)

4.7 Vertailukehittäminen eli Benchmarking

Vertailukehittäminen eli Benchmarking on toiminnan kehittämisen menetelmä, jossa vertaillaan omaa toimintaa peilaten parhaaseen tiedossa olevaan toimintaan. Ajatuksena on, että tunnistetaan taitoja ja tietoja, joita voidaan käyttää hyödyksi omassa toiminnassa. (Lyytikäinen, M. 2013.)

Alkuperäisenä ajatuksena on ollut oppia toisten kokemuksista, sen sijaan, että oppiminen pitäisi aloittaa alusta, mahdollisten virheiden kautta. Jos organisaatiossa on tarve muutokselle, voi toisten kokemuksista olla hyötyä. Vertailuanalyysiä voidaan käyttää esimerkiksi kun vertaillaan tehokkuutta toisiin nähden, ideoiden ja tiedon hankkimiseen prosessin parantamiseksi sekä strategian kehittämiseksi sekä yleensä toiminnan parannuskohteiden selvittämiseen. Vertailukehittämiseen kuuluu hyvien esikuvien vertailemisen lisäksi myös epäonnistumisista oppiminen. Vertailukehittäminen on saanut kritiikkiä siitä, että se olisi jäljittelyä, joka voi haitata luovuutta. Sitä se ei kuitenkaan ole vaan kyse on pikemminkin inspiraatiosta. (Karlöf & Lövingsson 2004, 339 - 341.)

Vertailu voi toteutua tapaamisen muodossa ns. Benchmarking tapaamisena tai erilaisia lukuja vertaillen. Benchmarking tapaamista edeltävästi tehdään suunnitelma arvioinnin kohteesta sekä perehdytään kohteen toimintaan ja valmistellaan kysymysaiheet.

Tapaamisen jälkeen aineisto analysoidaan, johon pohjautuen tehdään kehittämistoimenpidesuunnitelma. Vertailevaa tietoa parhaista käytännöistä voi hakea esimerkiksi internetistä, kirjoista tai artikkeleista. (Lyytikäinen, M. 2013.)

4.8 Aineiston keruu ja analysointi

Päämenetelmänä aineiston keruussa oli teemahaastattelu. Haastateltavina olivat kuusi Sydänsairaalassa työskentelevää asiantuntijaa, jotka osallistuvat sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon ja kuntoutukseen. Sydänsairaalan johdolta oli lupa haastattelun toteuttamiseen ja kaikki haastateltavat antoivat suostumuksensa haastatteluun. Haastateltavina olivat kaksi kardiologia, fysioterapeutti, sairaanhoitaja, kuntoutusohjaaja sekä sosiaalityöntekijä. Haastattelut toteutin yksilöhaastatteluna, jossa käytin haastattelurunkoa (LIITE 1). Teema-alueet olivat etukäteen määritelty ja lähetetty haastateltaville edeltävästi tiedoksi sähköpostitse.

Haastattelu eteni keskustellen eri teemoihin liittyen ja etenemisjärjestys vaihteli joustavasti. Haastattelu keskittyi seuraavan viiden teeman ympärille: nykyinen sydämen vajaatoimintapotilaan hoito- ja kuntoutuspolku Sydänsairaalassa, sydämen vajaatoimintapotilaan arjessa pärjääminen, kuntoutusohjauksen tarve ja oikea-aikaisuus, kuntoutusohjaajan rooli hoitoketjussa ja kehittämissuhteita toimintamallin luomiseksi. Sovin jokaisen haastateltavan kanssa puhelimitse tai sähköpostitse haastateltavalle sopivan ajankohdan ja haastattelutilanne kesti noin tunnin verran. Haastattelut tapahtuivat Sydänsairaalassa, haastateltavien työhuoneissa. Haastattelu äänitettiin ja hävitettiin asianmukaisesti haastattelun purun jälkeen. Haastattelut koin välittöminä ja luontevina vuorovaikutustilanteina, joka sisälsi vapaamuotoista keskustelua aihealueeseen ja teemoihin liittyen. Haastateltavat olivat aktiivisia ja asiantuntemus korostui keskustelussa.

Toinen menetelmäni oli vertaileva tiedonhaku, tavoitteena vertaileva kehittäminen eli Benchmarking. Vertailin eri sairaanhoitopiirien sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoketjuja kuntoutusohjauksen näkökulmasta. Vertailukohteeksi valitsin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin hoitoketjut, koska hoitoketjukuvaukset olivat suhteellisen tuoreita ja tiesin, että toimintaan ja kuvauksiin oli myös

panostettu. Hoitoketjuista tarkastelin erityisesti, sisälsikö hoitoketjukuvaus sydämen vajaatoimintapotilaan kuntoutustarpeen arvion, kuntoutussuunnitelman laatimisen, kuntoutusohjauksen tai sydänkuntoutusvaihtoehdot. Lisäksi minua kiinnosti, onko kuntoutusohjaaja mukana moniammatillisessa tiimissä sydämen vajaatoimintapotilaan hoitokokonaisuudessa? Sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoketjuista hain tietoa terveystieteen www-sivuilta.

Halusin tehdä hoito- ja kuntoutuspolkuvertailua liittyen johonkin toiseen pitkäaikais-sairauteen. Valitsin PSHP:n reumapotilaan hoito- ja kuntoutuspolun, koska hoitoketju ja palvelupolku olivat hiljattain päivitetty ja toimintaa kehitetty. Toteutin vertailevan eli benchmarking tapaamisen PSHP:n reumapotilaiden kuntoutusohjaajan kanssa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Tapasimme kuntoutusohjaajan työhuoneessa ja tapaaminen kesti noin 45 minuuttia. Kuntoutusohjaajan luvalla nauhoitin käydyn keskustelumme ja hävitin sen sisällön purun jälkeen. Keskustelussa minua kiinnosti erityisesti reumapotilaan hoito- ja kuntoutuspolku sekä kuntoutusohjaukseen ohjautuminen. Keskeisimmät kysymykseni vertailukehittämiseen liittyen olivat: Minkälainen on reumapotilaiden hoito- ja kuntoutuspolku? Miten ohjautuminen kuntoutusohjaajan vastaanotolle tapahtuu? Lisäksi olin kiinnostunut moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta. Tapaamista edeltävästi tutustuin PSHP:n reumapotilaan hoitoketjuun, joka oli hiljattain päivitetty.

Aineiston analysointi tapahtui kuuntelemalla nauhoitteet, jonka jälkeen ryhmittelin aineiston haastatteluteemojen mukaan ja kokosin niistä yhden tiedoston. Haastattelutuloksia tuon esiin opinnäytetyössäni teema-alueittain painottuen haastateltavien suoriin lainauksiin, lukuun ottamatta hoito- ja kuntoutuspolun kuvausta, joka on kuvattu haastateltavien antamaan informaatioon liittyen. Reumapotilaiden kuntoutusohjaajan kanssa käyty keskustelu on kuvattu pitkälti myös suorilla lainauksilla. Suorat lainaukset kuvasivat mielestäni kaiken kaikkiaan parhaiten haastateltavien ajatuksia ja kokemuksia eri teemoista. Hoitoketjujen vertailuaineistoa olen kuvannut kirjallisen tekstin lisäksi kaavion välityksellä kuntoutusohjauksen näkökulmasta.

4.9 Kehittämistyön prosessi



Kuva 3. Tässä kuvassa on kuvattu kehittämistyön prosessin toteutuminen vaiheittain

Kehittämistyöprosessi alkoi 4/2015 ideavaiheella ja opinnäytetyön esiselvityksellä, jonka jälkeen 5/2015 esitin Satakunnan ammattikorkeakoulussa sekä Tays, Sydänsairaalaissa kehittämistyösuunnitelman sisältöineen ja aikatauluineen. Tämän jälkeen tein opinnäytetyösopimuksen Satakunnan ammattikorkeakoulun sekä Tays, Sydänsairaalan kanssa.

Prosessi eteni 6-7/2015 tapahtuvaan teoriaosuuden valintaan, painottuen kirjallisuushakuun ja tutkimuksiin perehtymiseen. 6/2015 tein myös haastattelurungon teemoihin liittyen työvälineeksi haastatteluja varten (LIITE 1). Ensimmäisen haastattelun toteutin 6/2015.

Aineiston keruu tapahtui pääosin 8-9/2015 lukuun ottamatta yhtä kesäkuun haastattelua. Haastateltavien kesälomat vaikuttivat teemahaastattelujen toteutumisaikoihin. Syyskuussa purin ja analysoin äänittämäni haastattelut. Vertailevaa tietoa keräsin vajaatoimintapotilaiden hoitoketjuista internetistä 8/2015. Hoito- ja kuntoutuspolun vertailuun liittyen tapasin reumapotilaiden kuntoutusohjaajan 2.9.2015 (benchmarking-tapaaminen), jonka jälkeen heti purin ja analysoin nauhoittamani keskustelun. Toimintamalliehdotus syntyi syyskuun aikana perustuen keräämäni aineiston analysointiin eli käytyihin haastatteluihin ja vertailevaan tietoon.

9/2015 alkoi teoriaosuuden kirjoittaminen ja 10/2015 jatkoin opinnäytetyön kirjoittamista, 13.10.2015 esitin toimintamalliehdotuksen Sydänsairaalan kuntoutustyöryhmässä. 7.11.2015 esitin opinnäytetyöni Satakunnan ammattikorkeakoulussa opinnäytetyöseminaarissa. 11/2015 luovutin opinnäytetyöni Satakunnan ammattikorkeakouluun sekä Tays, Sydänsairaalaan ja päätin projektin.

5 TULOKSET

Kehittämistyön tuloksena on toimintamalliehdotus, joka pohjautuu pitkälti sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden teemahaastatteluihin ja vertailevaan aineistoon, joka käsittää sydämen vajaatoimintahoitoketjujen vertailua sekä vertailevan tapaamisen toisen sairausryhmän kuntoutusohjaajan kanssa. Tässä

osiossa on konkreettisesti kuvattu aineiston sisältö sekä toimintamalliehdotus sydämen vajaatoimintapotilaan kuntoutusohjaukseen ohjautumiseksi Tays, Sydänsairaalassa. Tulokset ovat perustelua myös kuntoutusohjauksen tarpeellisuuteen erityisesti sydämen vajaatoimintapotilaiden arjen pärjäämisen moninaisiin ongelmiin liittyen.

5.1 Sydämen vajaatoiminta – hoitoketjujen vertailua

Keskisuomen sairaanhoitopiirin (KSSHP) sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketju on kuvattu vuokaaviomallilla, joka sisältää diagnostiikan, hoidon sekä seurannan porrastuksen. Lisäksi kaavion kautta pääsee sydämen vajaatoimintaa käsitteleviin kansallisiin ja kansainvälisiin hoitosuosituksiin. (Terveysportin [www-sivut 2015](#).)

KSSHP:n hoitoketjussa sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus jaetaan akuuttiin ja krooniseen vaiheeseen. Perusohjaus aloitetaan sairauden akuuttivaiheen aikana, jolloin ohjaus painottuu tilanteesta ja suunnitelmista kertomiseen sekä potilaan ja läheisen henkiseen tukeen. Hoitoketjun mukaan kroonisen vaiheen ohjauksen on tarkoitus tukea potilaan arkielämää. Perusohjeita kerrataan ja tehdään arvio moniammatillisen yhteistyön tarpeesta. Krooniseen ohjausvaiheeseen sisältyy yksilöllinen syventävä ohjaus. Hoitoketju sisältää linkkejä ammattilaiselle tueksi syventävään ohjausvaiheeseen. Esimerkiksi masennusotsikon kautta linkittyy mm. käypähoitosuositus ja masennuksen seulontatesti BDI. Lisäksi löytyy monipuolisesti ohjauksen tueksi tietoa alkoholista, tupakoinnin lopettamisesta, unesta, ravitsemuksesta, seksuaalisuudesta ja liikunnasta. (Terveysportin [www-sivut 2015](#).)

Kuntoutusohjausta, kuntoutustarpeen arviointia tai kuntoutussuunnitelmaa en tästä kokonaisuudesta löydä. Hoitoketjun fysioterapian liikuntaohjausosiossa on maininta sydämpiirin vertaistukitoiminnasta, sopeutumisvalmennuksesta ja ensitietokursseista (Terveysportin [www-sivut 2015](#)). Johtopäätökseni on, että kuntoutusvaihtoehdoista sydämen vajaatoimintapotilaille kertovat ilmeisesti fysioterapeutit tai sitten sitä ei hoitoketjun muihin kohtiin ole vain kuvattu.

KSSHP:n internet sivujen (KSSHP:n www-sivut 2015) mukaan kuntoutusohjaajia aikuisten puolella on vaikeasti liikuntavammaisille, näkövammaisille, kuulo- ja kuulonäkövammaisille sekä muistisairaille. Sydänpotilaiden kuntoutusohjaajasta en löytänyt sivuilta mainintaa. KSSHP:n hoitoketju on mielestäni selkeästi ja kattavastikin kuvattu, tosin kuntoutusohjauksen, kuntoutustarpeen arvion ja kuntoutussuunnitelmien näkymättömyys jäi mietityttämään.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin (PSSHP) sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketjun tavoitteena on kuvata sydämen vajaatoimintaa sairastavien hoidonporrastusta Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä ja ohjata hoitoa hoitosuositusten mukaisesti, sekä estää vajaatoiminnasta aiheutuvien sairaalahoitajaksojen lisääntymistä. (Terveysportin www-sivut 2015.)

Potilasohjauksen sisältö on PSSHP:n sydämen vajaatoiminta hoitoketjussa jaoteltu perustietoihin, syventävien tietojen ensimmäiseen osaan ja syventävien tietojen toiseen osaan. Perustietoa annetaan diagnoosivaiheessa joko sairaalassa tai perusterveydenhuollossa. Syventävien tietojen ensimmäinen osuus annetaan jatkohoidossa tai ensimmäisellä uusinta sairaalajaksolla. Syventävän tiedon toinen osuus annetaan jatkohoidossa tai toisella uusinta sairaalajaksolla. Syventävän ohjauksen toisessa osuudessa on sairaanhoitajan antamana ohjauksena potilasjärjestöjen ja vertaistuen piiriin ohjaaminen, kuntoutusmahdollisuudet sekä sosiaalisen tilanteen kartoitus, tarvittaessa sosiaalityöntekijän konsultaatio. Fysioterapeutin antamaan ohjaukseen sisältyy samaan ohjausvaiheeseen liikuntaryhmään/kuntoutukseen ohjaus. (Terveysportin www-sivut 2015.)

PSSHP:n hoitoketjussa on kuvattu myös ohjausvastuun siirtämisen periaatteet ja annettu suositus sairaanhoitajan suorittamasta vastaanotto- tai puhelinseurannasta sekä suositus fysioterapeutin seurannasta. Hoitoketjun mukaan sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksesta vastaa perusterveydenhuollon pitkäaikaiseurannassa joko oma hoitaja tai sydänasioihin perehtynyt hoitaja tai fysioterapeutti. Osastohoidossa ohjauksesta vastaa potilaan hoidosta vastaava hoitaja/ fysioterapeutti. Erikoissairaanhoidon pitkäaikaiseurannassa olevan sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksesta vastaa Kuopion yliopistollisen sairaalan vajaatoimintahoitaja. (Terveysportin www-sivut 2015.)

Samoin kun KSSHHP:ssä, ei myöskään PSSHP:n verkkosivuilta löydy sydänpotilaille kuntoutusohjaajaa. Kuntoutusohjaajia on aikuispuolella keuhkosairauspotilaille, neurologisille potilaille, vaikeasti liikuntavammaisille, näkövammaisille ja kuurosokeille (PSSHHP:n www- sivut 2015).

Sydänpotilaiden kuntoutusohjaajia on mm. Eteläpohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä. Näistä en sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketjukuvausta internetistä löytänyt.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP:n) sydämen vajaatoimintahoitoketjua ollaan hankkeen myötä päivittämässä. Nykyinen hoitoketjukuvaus ei sisällä vajaatoimintapotilaan kuntoutusohjausta, kuntoutustarpeen arviota tai kuntoutussuunnitelmaa. PSHP:ssä Sydänsairaalassa työskentelee kaksi aikuisten sydänpotilaiden kuntoutusohjaajaa, jotka antavat tarvittaessa myös vajaatoimintapotilaille kuntoutusohjausta ja arvioivat yksilöllisesti kuntoutustarvetta.

5.2 Vertailussa PSHP:n reumapotilaan hoito- ja kuntoutuspolku

Tulehduksellista reumasairautta sairastavan hoitoketju on päivitetty tänä vuonna 2015 ja reumapotilaiden kuntoutusohjaaja on osallistunut myös hoitoketjupäivitykseen. Ilahduttavaa on, että hoitoketjuun on sisällytetty kuvauksineen myös työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi, jossa on painotettu moniammatillisuutta kuntoutusohjaajan ollessa aktiivisesti mukana yhtenä tiimin jäsenistä. Myös potilaalle tiedottaminen on hoitoketjun mukaan moniammatillista ohjausta ja arviointia, jossa kuntoutusohjaaja on aktiivisessa roolissa muiden ammattilaisten rinnalla. Hoitoketjussa on nostettu esiin asiakkuusstrategiat, joiden avulla tavoitteena on vastata paremmin potilaiden tarpeisiin. Strategiat pohjautuvat potilaan yksilöllisiin voimavaroihin ja kykyihin peilattuna sairauden vaikeusasteeseen. Tarkoittaen, että hyvin voimavaroja omaavat potilaat hyötyvät toisenlaisesta hoito- ja kuntoutusprosessista verrattuna huonosti voimavaroja omaaviin. (Terveysportin www-sivut 2015.)

Hoitoketjussa on kuvattu nivelreumapotilaan palvelupolkua, joka sisältää myös ohjautumisen kuntoutusohjaukseen. Kuntoutusohjaaja kuvasi potilaan polkua ja ohjautumista kuntoutusohjaukseen seuraavasti:

”Meillä on rakennettu automaattinen systeemi, että kun potilas tulee ensikäynnille esimerkiksi läheteellä perusterveydenhuollosta ja todetaan vaikka nivelreuma, niin automaattisesti seuraavalla poliklinikkakäynnillä, joka on niin sanottu kuukauden käynti, voi olla sairaanhoitajan vastaanotto tai lääkärin vastaanotto ja siihen käyntiin on myös automaattisesti sovittu potilaalle moniammatilliset ohjaukset: fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja kuntoutusohjaaja. Tapaan potilaan yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa. ”

Ajanvarauksesta kuntoutusohjaaja kertoi seuraavaa: *” Meidän hoitajat varaavat automaattisesti ajan meidän ajanvarauspohjaan, jonka potilas saa mukaansa jo ensikäynnillä. ”*

Kuntoutusohjaajan vastaanotolle ohjautumista myöhemmässä vaiheessa hän kuvasi näin: *” Jos tilanne vaatii, potilas ohjautuu jatkossa myös kuntoutusohjaajalle ja potilas pystyy myös itse olemaan yhteydessä. Jos lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolla tulee jatkossa jotain ilmi, voivat soittaa ja voidaan tarvittaessa tavata potilas silloinkin. Muidenkin käyntien yhteyteen voi siis tarvittaessa tulla kuntoutusohjausta. Esimerkiksi jos potilas on vaikka sairauslomalla, mietitään työhön paluuta, jos ei sitten onnistu, tulee työkokeiluja, tulee ammatillista kuntoutusta, eli meidän tapaamisia on myös silloin. ”*

Keskustelussa ilmeni, että reumapotilaat PSHP:ssa ohjautuvat systemaattisesti kuntoutusohjaukseen kun uusi sairaus todettu. Kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä ovat työparina ja potilaan ohjaus tapahtuu muutenkin moniammatillisesti. Kuntoutusohjaajan tapaamisen koin opinnäytetyöni kannalta hyödylliseksi, koska sain käynniltä ideoita toimintamalliehdotukseeni sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjautumiseksi kuntoutusohjaukseen sekä myös yhteistyön kehittämiseen.

Sairaanhoitopiiri, hoitoketju	Kuntoutusohjaus	Kuntoutustarpeen/laaja toimintakyvyn arvio	Kuntoutussuunnitelma	Kuntoutusvaihtoehdot/-toimenpiteet
PSSHP, chf	ei kuvattu, ei kuntoutusohjaajaa	ei kuvattu	ei kuvattu	sairaanhoitajan ja fysioterapeutin osuudessa mainittu
KSSHHP, chf	ei kuvattu, ei kuntoutusohjaajaa	ei kuvattu	ei kuvattu	fysioterapeutin osuudessa mainittu
PSHP, reuma	kuntoutusohjaaja	kuntoutusohjaaja moniammatillinen tiimi	moniammatillinen tiimi	kuntoutustoimenpiteet kuvattu

Kuva 4. Tässä kaaviossa on kuvattu kuntoutusohjauksen näkökulmasta PSSHP:n, KSSHHP:n sydämen vajaatoiminta(chf) hoitoketjun sisältöä, jossa tarkkailun kohteena kuntoutustarpeen arvio/laaja toimintakykyarvio, kuntoutussuunnitelman laatiminen ja kuntoutusvaihtoehdot tai – toimenpiteet. Vastaava vertailu on kuvattu myös alimpana kaaviossa PSHP:n reumapotilaan hoitoketjusta.

5.3 Teemahaastattelu

5.3.1 Sydämen vajaatoimintapotilaan hoito- ja kuntoutuspolku

Sydämen vajaatoimintapotilaan polku Sydänsairaalassa alkaa joko osastolta tai poliklinikalta. Osastolle potilaat ovat useimmiten tulleet päivystysluontoisesti ensiavun (Acuta) kautta tai poliklinikalta suoraan ohjattuna tai sitten niin sanotusti sairaalasiirtona esim. aluesairaalaan läheteellä jatkotutkimuksia varten. Osastojaksolta potilas kotiutuu suoraan tai siirtyy vielä oman asuinalueen terveyskeskukseen tai aluesairaalaan jatkohoitoon.

Osa sydämen vajaatoimintapotilaista ohjautuu noin 1-3kk kuluttua osastolta kotiutumisesta Sydänsairaalan poliklinikalle jatkokontrolliin. Haastatteluista ilmeni, että sydämen vajaatoimintapotilaiden jatkokontrolli voi käytännössä olla joko sydänsairaalan vajaatoimintapoliklinikalla, geneettisellä sydänpoliklinikalla, yleisellä sydänpoliklinikalla ja joskus myös osastonlääkärin omalla vastaanotolla riippuen lääkärin tekemästä yksilöllisestä arviosta. Haastateltavien lääkärin mukaan vajaatoimintapoliklinikka ei pysty kaikkia potilaita ottamaan vastaan, minkä vuoksi potilaat ohjautuvat myös Sydänsairaalan muille poliklinikoille. Lääkärit päättävät jatkohoidon ja -seurannan potilaskohtaisesti. Usein vajaatoimintapotilaiden hoito ja seuranta jatkuu perusterveydenhuollossa, mikäli ei ole erikoissairaanhoidon tarvetta.

Haastateltavien mukaan pääasiassa Sydänsairaalan poliklinikoille ohjautuvat kuitenkin uudet sydämen vajaatoimintapotilaat, joilla on vaikea vajaatoiminta, tai toistuva vajaatoimintatilanne, jolloin katsotaan erikoislääkärin kontrolli tarpeelliseksi. Jos potilas on jo hyvässä vajaatoiminnan hoidossa, lääkitys on menossa, iäkäs potilas tai selvästi ohi menevä vajaatoiminnan syy, voi jatkohoito olla terveyskeskuksessa. Toisaalta sydämen vajaatoimintapotilaan jatkotutkimukset ja hoitoarvio esim. tahdistin hoidon tarpeesta on vielä kesken kotiutusvaiheessa. Haastateltavan lääkärin mukaan esimerkiksi vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistimen tarpeen arvio on aikaisintaan kuukauden päästä, usein vasta kolmenkin kuukauden kuluttua osastolta kotiutumisesta, mikäli ei ole erityistä tarvetta kiireiseen asennukseen, jolloin tahdin on asennettu jo osastojaksolla. Yleensä poliklinikka-aika voi yksilöllisen arvion mukaan ajoittua 1-3 kk päähän.

Toinen poliklinikka kontrolli ajoittuu usein 3-6 kk päähän ja jos tilanne on vakaa ja muuttunut suotuisaan suuntaan, voi hoitovastuun siirtyminen tapahtua terveystakeskukseen. Joskus seurannan siirtyminen perusterveydenhuoltoon tapahtuu jo ensimmäisenkin kontrollin jälkeen, toisinaan taas potilaan tilanne vaatii pitempiaikaista erikoissairaanhoidon seurantaa.

Sydämen vajaatoimintapotilaita ohjautuu myös läheteellä terveystakeskuksesta tai yksityisvastaanotoilta suoraan Sydänsairaalan poliklinikoille ilman osastojaksoa. Lähettävä lääkäri on todennut tutkimus- tai hoitotarpeen ja konsultoi tai tekee lähetteen Sydänsairaalaan. Erikoislääkäri arvioi lähetteen, jonka jälkeen poliklinikoiden hoitajat lähettävät kutsun potilaalle vastaanotolle. Esimerkiksi sydämen vajaatoimintahoitaja lähettää kutsun potilaalle vajaatoimintapoliklinikalle.

Sydämen vajaatoimintahoitaja työskentelee vastaanottopäivinä lääkärin työparina, joten hän tapaa vajaatoimintapotilaita sitä kautta. Lisäksi potilaat ohjautuvat vajaatoimintahoitajalle oman jonon/varauslistan kautta. Osastolta laitetaan potilaita vajaatoimintahoitajan varauslistalle. Tarvittaessa myös sairaanhoitajat soittavat osastolta. Ohjautumista tapahtuu myös kardiologien kautta. Vajaatoimintahoitajan vastaanotolle ohjautuu yleensä potilaita, joilla on uusi sydämen vajaatoiminta. Diagnoosi on usein esimerkiksi dilatoiva kardiomyopatia. Potilaat ovat pääosin työikäisiä – noin 60 - 70 vuotiaita, eivät kovin iäkkäitä, eivätkä monisairaita sairaanhoitajan kertoman mukaan. Vajaatoimintahoitaja tapaa aina sarkoidoosiin sairastuneet ja on lisäksi säännöllisesti yhteydessä sydänsiirtoa odottaviin. Vastaanotolle ohjautuu tarvittaessa myös jo aiemmin sydämen vajaatoimintaan sairastuneita jos on toistuvia sairaalahoitjaksoja ja tarve ohjaukseen.

Toisinaan vajaatoimintahoitaja tapaa potilaan jo ensikäynnillä poliklinikalla. Jos diagnoosiin liittyvät tutkimukset ja hoitosuunnitelmat ovat kesken ja tulossa mahdollinen laitehoitoarvio, tapaa vajaatoimintahoitaja potilaan vasta tämän jälkeen. Potilaita ohjataan myös soittamaan hoitajalle tarvittaessa. Sosiaaliturva-asioissa vajaatoimintahoitaja on tarvittaessa yhteydessä sosiaalityöntekijään. Yhteydenotto kuntoutusohjaajaan on harvinaista.

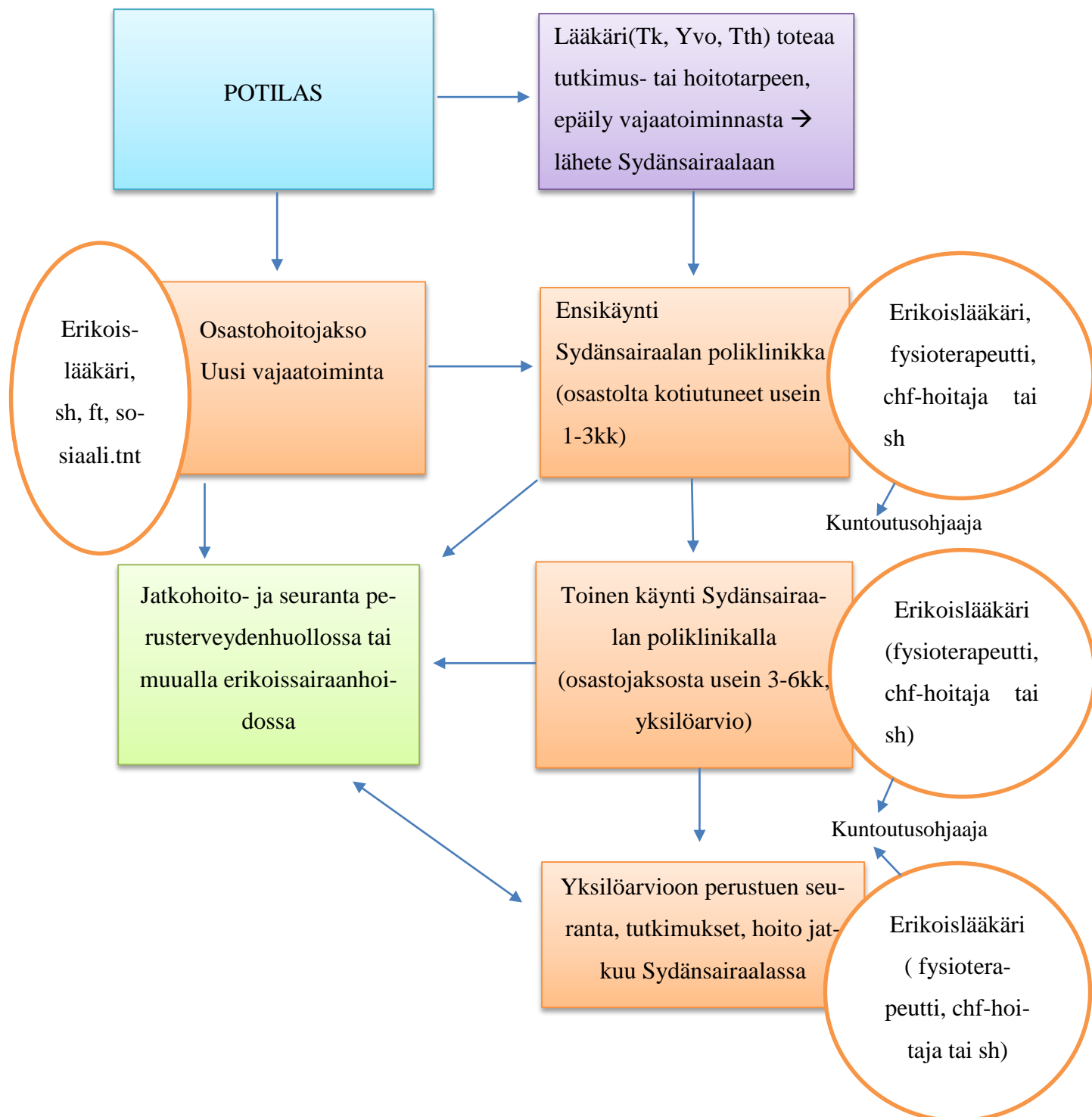
Fysioterapeutin haastattelun mukaan Sydänsairaalassa on sovittu, että kaikki uudet sydämen vajaatoimintapotilaat, joiden jatkohoito on Sydänsairaalan poliklinikalla ohjautuvat Sydänsairaalan fysioterapiapoliklinikalle suorituskyvyn arvioon ja ohjaukseen potilaan taustadiagnoosista riippumatta. Aika vastaanotolle ohjelmoidaan joko osastolta käsin potilaan kotiinlätövaiheessa tai esimerkiksi vajaatoimintapoliklinikalta ajan annon yhteydessä. Potilas tulee fysioterapeutin vastaanotolle heti lääkärin käyntiä edeltävästi tai sitten erillisenä käyntinä. Potilaat saavat pääosin kertaalleen fysioterapeutin ohjauksen, mutta tarvittaessa voi kyseeseen tulla toinenkin käynti. Potilaat ovat usein dilatoivaa kardiomyopatiaa ja sarkoidoosia sairastavia tai sydämen vajaatoiminnan etiologia voi olla vielä avoin. Potilaissa voi olla myös sydämen siirtoa odottavia. Fysioterapiapoliklinikalla on oma ajanvarauspohja, jonka kautta ajat varataan. Toisinaan potilaat itse ottavat myös yhteyttä ohjeiden saamiseksi. Tarvittaessa potilaita voi ohjautua myös kuntoutusohjaajan vastaanoton kautta.

Sosiaalityöntekijä kertoo tapaavansa sydämen vajaatoimintapotilaan heti osastojaksolla, hoidon alkuvaiheessa. Suoraan poliklinikalle tulevista potilaista voidaan konsultoida sosiaalityöntekijää tarvittaessa.

Sydänsairaalan kuntoutusohjaajan vastaanotolle sydämen vajaatoimintapotilaat läheisineen ohjautuvat kardiologin kautta riippumatta alkudiagnoosista, fysioterapeutin kautta ja toisinaan myös koordinoivan kuntoutusohjaajan kautta. Potilaita ohjautuu jonkin verran myös oma-aloitteisesti esim. rytmihäiriötahdistinkurssin jälkeen. Vastaavaa systeemiä kuin fysioterapeutin vastaanotolle ohjautumiseen ei ole, vaan ohjautuminen potilaan näkökulmasta on sattumanvaraisempaa. Yhteistyötä ei juurikaan ole esim. vajaatoimintahoitajan kanssa tähän asti ollut.

Kuntoutusohjaaja kertoo, että pääosin potilaat käyvät omaisten kanssa vastaanotolla kertaalleen. Kuntoutusohjaaja huolehtii jatkuvuudesta tekemällä kuntoutuspalautteen terveyskeskukseen, pyytää tarvittaessa kuntoutus B-lausunnon lääkäriltä ja vahvistuksen kuntoutustarpeen arvioon. Kuntoutusohjaajan seuranta jatkuu tällä hetkellä niistä potilaista, jotka menevät Kelan kursseille. Kurssin jälkeen kuntoutusohjaaja saa potilaan suostumuksella kuntoutusselosteen, josta hän kirjaa yhteenvedon sairauskerptomukseen. Mikäli kurssilla laaditut GAS-tavoitteet eivät ole täyttyneet kuntoutusoh-

jaaja on yhteydessä potilaaseen. Sydämen vajaatoimintapotilaat, jotka ohjautuvat kuntoutusohjaajan vastaanotolle ovat dilatoivaa kardiomyopatiaa, sarkoidoosia tai sepelvaltimotautia sairastavia sekä läppäpotilaita tai rytmihäiriötahdistimen saaneita. Synnynnäistä sydänvikaa sairastavia on harvoin.



Kuva 5. Tässä kuvassa on kuvattu kaaviomuodossa nykyinen sydämen vajaatoimintapotilaan hoito- ja kuntoutuspolku sekä ammattilaiset: erikoislääkäri, sydämen vajaatoimintahoitaja(chf-hoitaja), fysioterapeutti(ft), sosiaalityöntekijä(sosiaali tnt). Kuntoutusohjaaja on kuvattu kehän ulkopuolelle, koska nykyisessä hoito- ja kuntoutuspolussa ei ole mitään systemaattista ohjautuvuutta hoitopolulta kuntoutusohjaukseen. Kuvaus on karkea, eikä sisältöjä ole kuvattu.

5.3.2 Sydämen vajaatoimintapotilaan arjessa pärjääminen

Arjessa pärjäämisen haastatteluteemassa minua kiinnosti, minkälaisia kokemuksia haastateltavilla on sydämen vajaatoimintaa sairastavien arkielämän haasteista ja mitä ovat keskeisimmät arjessa pärjäämisen ongelmat sekä miten ammattilainen voi tukea sydämen vajaatoimintapotilasta arjen ongelmissa. (Liite1 Teemahaastattelun runko.)

Haastateltavat kuvasivat vajaatoimintapotilaan arjessa pärjäämisen haasteita ja keskeisiä ongelmia seuraavasti:

”Vajaatoiminta rajoittaa potilaan fyysistä toimintakykyä, toisilla enemmän ja toisilla vähemmän. Myös erilaiset masennukset ovat vajaatoimintapotilailla yleisiä. Tietenkin potilaita koskettaa usein myös taloudelliset huolet ja he kaipaavat paitsi tukea myös neuvoja esimerkiksi Kela koukeroissa. Ehkä tavallisimmat haasteet ovat kuitenkin fyysiset. Potilaiden arkielämä saattaa olla hyvinkin haasteellista yksinkertaisesti huonon suorituskyvyn vuoksi.”

”Suorituskyvyn laskua, päivittäisistä askareista selviäminen, työikäisillä työkykyongelmat. Pystyykö nykyiseen työhön, aika moni kokee, ettei pysty jos raskaampi ammatti aiempaan työhön. Vanhuksilla voi olla kotona pärjäämisen ongelmia. Laitepotilaiden erityisongelmat, psykososiaaliset ongelmat. Laite voi estää työn teon, esimerkiksi rekamiehet.”

”Osa voi paremmin kun taas osalla on uupumista, hengenahdistus rajoittaa työntekoa tai jo arjessa selviämistä. Pahimmillaan joutuvat tauottamaan pukeutumista ja jaksavat tehdä vain pienissä erissä. Nuorilla on enemmän ongelmana uupuminen, väsyminen ja hengenahdistus. Pohtivat pystyykö palaamaan töihin. Tarvitsevat henkistä tukea.”

”hengenahdistusta, väsymystä, ruokahaluttomuutta ja lihasvoiman heikkoutta. Etenkin nuorilla vajaatoimintapotilailla korostuu psyykepuoli ja ammattiasiat.

Miten ammattilainen voi tukea sydämen vajaatoimintapotilaan arjessa pärjäämistä?
Haastateltavat kuvasivat tuen antamista ja tarvetta seuraavasti:

”Osa vajaatoimintapotilaista on hyväkuntoisia ja riittää tieto siitä, miten toimia ja mihin ottaa yhteyttä jos tulee ongelmia. Kartoitetaan mahdollisimman laajasti fyysinen ja psyykinen jaksaminen, ohjataan tarvittaviin, otetaan yhteyttä lääkäriin tai jatkohoitopaikkaan, lääkärin kautta ohjautuminen eteenpäin esimerkiksi ravitsemusterapeutille, psyykkiseen tukeen. Kerrotaan yhdistyksistä, vertaistuesta. Soitetaan lääkärille vastaanoton jälkeen mitä huomioitavaa.”

”Minusta tärkein tehtäväni on antaa asiallista, ajanmukaista tietoa ja myös henkistä tukea, ihan vaan olla potilaalle ja joskus myös omaiselle joku, joka kuuntelee.”

”Iäkkäiden potilaiden kohdalla on mietittävä apuvälineitä, kotiapuja. Huolehditaan apuvälineiden saannista, esimerkiksi soitetaan terveyskeskukseen ja hankitaan vaikka rollaattori. Jos vastaanotolla on läheinen, on jo ehkä ottanutkin jo yhteyttä oman terveyskeskuksen sosiaalityöntekijään. Terveyskeskukseen voi soittaa, että menevät katsomaan tarvitseeko potilas esimerkiksi tukikaiteita, kahvoja, suihkutuolia”

”Tärkeää on, että potilas tietää mitä sairastaa, minkä takia syö lääkkeitä ja että syö lääkkeitä. Tarkistetaan asiat ja potilaan ymmärrys asioista. Arvioidaan tukitoimia ja suunnitellaan kuntoutusta. Arvioidaan miten potilasta voi auttaa sairauteen sopeutumisessa, arkielämän haasteissa tai miten hän voi saada tietoa lisää. Tärkeää on myös sosiaaliturvan kartoitus, esimerkiksi ansion menetys, kotiapuasiat.”

”Kelan hoitotuki on mahdollinen jos on vuoden kestävä toimintakyvyn alentuma. Hoitotuki saattaa kaatua kuitenkin siihen, että pitäisi olla ulkopuolisen avun ja ohjauksen tarve. Potilaat voivat olla työkyvyttömyyseläkkeellä tai iän perusteella tekevät hitaasti asioita. Ovat oppineet rajoittamaan omia toimia toimintakyvyn mukaan. Vajaatoimintapotilaat voivat olla usein näin väliinputoajia hoitotukeen liittyen. Vammaistukea haettaessa katsotaan haittaa työikäiselle, menee helpommin usein läpi. Jäljellä olevan työkyvyn kuvaaminen lausunnoissa on tärkeää.”

Ammattilaiset kuvasivat haastattelussa sydämen vajaatoimintapotilaan arjessa pärjäämisen haasteita ja tukitoimia hyvin laajasti ja asiantuntevasti. Haasteet arjessa ovat kuitenkin kovin yksilöllisiä ja vaihtelevia, monet eri seikat vaikuttavat selviytymiseen.

Osa potilaista pärjää erinomaisesti, kun taas osa tarvitsee selvästi tukea. Moniammatillinen tuki ja konkreettinen ohjaaminen oikeanlaisten palveluiden äärelle on tärkeää. Oleellista on tavoittaa juuri ne potilaat, jotka eniten tukea tarvitsevat, huomioiden, että tuen tarve voi olla hyvin moninaista.

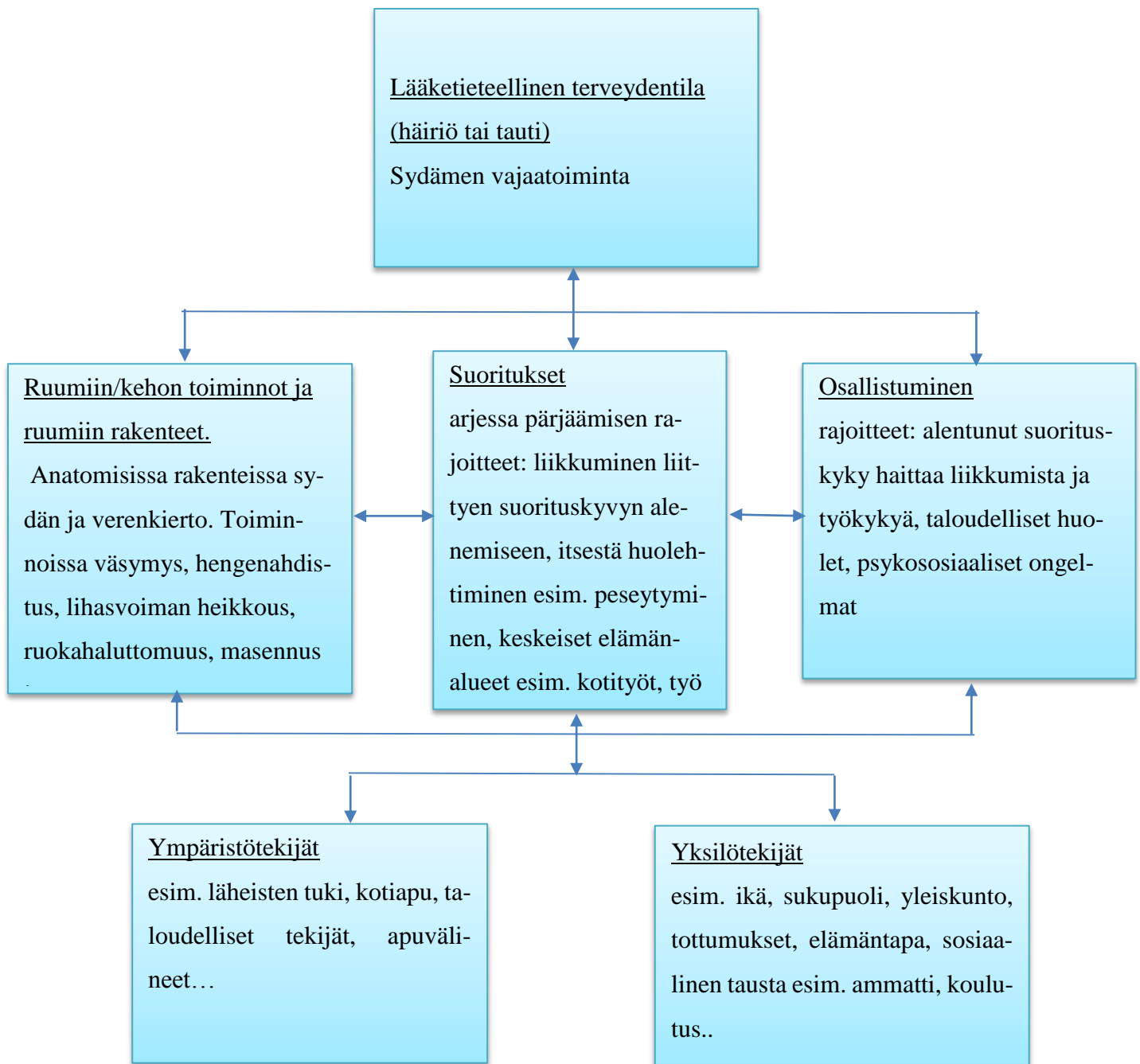
Yhteenvetona haastattelusta voidaan todeta, että arjessa pärjäämisen ongelmat voivat olla hyvin laaja-alaisia liittyen fyysiseen suorituskyykyyn, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Lisäksi työikäisten kohdalla esiin nousivat selvästi ammatilliset kysymykset ja haasteet. Ongelmat voivatkin sijoittua monelle toimintakyvyn osa-alueelle. Sydämen vajaatoimintapotilaan toimintakykyyn ja arjessa pärjäämiseen vaikuttavia eri tekijöitä voidaan kuvata ICF vuorovaikutuskaaviolla.

Toimintakykyä kuvaava kansainvälinen ICF-luokitus perustuu biopsykososiaaliseen malliin, jossa kuvataan toimintakykyä moniulotteisena, dynaamisena ja vuorovaikutuksellisenä tilana, joka sisältää terveydentilan, yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksen. ICF-luokitus kuvataan kolmella eri tasolla: kehon rakenteina ja toimintana, suorituksina ja osallistumisena. (ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2013, 18.)

ICF- vuorovaikutussuhdekaaviossa lääketieteellisenä terveydentilana on sydämen vajaatoiminta. Vajaatoiminta vaikuttaa ruumiin/kehon toimintoihin, koska sydän ei jaksa pumpata riittävän tehokkaasti. Tämä voi aiheuttaa hengenahdistusta, suorituskyyvyn laskua, väsymistä, ruokahaluttomuutta, lihasvoiman heikkoutta, turvotuksia, masennusta (ruumiin/kehon toiminnot).

Haastattelut ja tutkimukset osoittavat, että vajaatoiminta voi heikentää merkittävästikin potilaan suorituksia ja osallistumista, mikä vaikuttaa oleellisesti sairastuneen arjessa pärjäämiseen. Suorituksia, joissa sydämen vajaatoimintapotilaalla voi olla vaikeuksia, ovat usein alentuneesta fyysisestä suorituskyyvystä johtuvia päivittäisten toimintojen rajoitteita. Rajoitteet liittyvät esim. peseytymiseen, pukeutumiseen, kotitöihin, työkykyyn sekä liikkumiseen väsymyksen ja hengenahdistuksen johdosta. Hartikainen ja Visamo tutkimuksessaan (2000, s 66) totesivat, että eniten kotona selviytymisessä vaikeuksia oli peseytymisessä ja pukeutumisessa. Lisäksi portaat ja ulkona liikkuminen sekä kaupassa käynti koettiin vaikeana.

Osallistumista heikentäviä tekijöitä ovat niin ikää väsymyksestä ja uupumisesta johdettu alentunut suorituskyky ja työkyky, sekä taloudelliset huolet ja psykososiaaliset tekijät. Ympäristö- ja yksilötekijät voivat vaikuttaa myös vajaatoimintapotilaan kokemukseen omasta toimintakyvystä ja arjessa pärjäämisestä. Haastatteluissa ja tutkimuksissa esiin tulleita toimintakykyyn vaikuttavia ympäristötekijöitä ovat esimerkiksi läheisten tuen merkitys, apuvälineiden ja kotiavun saaminen sekä taloudellisten tekijöiden vaikutus. Yksilöllisinä tekijöinä vaikuttavat ikä, sukupuoli, yleiskunto, ammatti, koulutus, tottumukset jne. Hartikaisen ja Visamon (2000, s 60) tutkimuksessa vanhemmat ja yksin asuvat potilaat pärjäsivät nuorempia huonommin. Naiset pärjäsivät miehiä huonommin.



Kuva 6. Tässä mukailussa ICF – vuorovaikutussuhdekaaviossa olen kuvannut mm. haastateluissa esiin tulleita sydämen vajaatoimintapotilaan toimintakykyyn ja arjessa pärjäämiseen vaikuttavia tekijöitä osallisuuden ja suoritusten alueella sekä kehon toiminnot, jotka vaikuttavat edellisiin ja päinvastoin. Ympäristö- ja yksilötekijät ovat myös vaikuttamassa toimintakykyyn.

5.3.3 Kuntoutusohjauksen tarve ja oikea-aikaisuus

Haastateltavat kokivat kuntoutusohjauksen tarpeelliseksi sydämen vajaatoimintapotilaiden kohdalla. Haastateltavat totesivat esimerkiksi:

”Näen tarpeen tärkeänä, varsinkin nuorilla alle 50 - 60 vuotiailla. Kannatan, että keskitytään nuorempiin potilaisiin, työikäisiin, joilla vielä toimintakykyä”.

”Painopiste niille, joilla toimintakyky on vielä parempi”

”Uudet vajaatoimintapotilaat pitäisi fysioterapeutin lisäksi myös systemaattisesti ohjautua kuntoutusohjaajalle. Vajaatoimintapotilaat voivat enemmänkin tarvita kuntoutusarviota verrattuna sepelvaltimotautipotilaisiin. Varsinkin nuoremmat on usein huolissaan työhön paluusta.”

”Kuntoutusohjaus voisi ilman muuta olla osa prosessia.”

Kuntoutusohjauksen oikea-aikaisuudesta haastateltavat esittivät seuraavia mielipiteitä:

”Ensimmäinen poliklinikkakäynti on usein 1-3kk kohdalla ja samalla ajanjaksolla on fysioterapeutin käynti. Kuntoutusohjaajan käynti olisi tähän myös hyvä.”

”Hyvä katsoa sairastumisen alkuvaiheessa ja tärkeää myös, että saa yhteystiedot jos tulee tarvetta myös jatkossa kuntoutusohjaajalle.”

”Kuntoutusohjaajan vastaanotto olisi mielestäni juurikin alkuvaiheessa, mutta vähintään ensimmäisen lääkärikäynnin jälkeen. Mieluiten niin, että asiat olisivat jo edes jotenkin selvillä.”

”Ensimmäisen kardiologian poliklinikkakäynnin jälkeen, kun potilas saanut jo lääkärin kanssa keskusteltua, mitä sairaus vaikuttaa elämään.”

”Minulla ei ole mitään sitä vastaan vaikka kuntoutusohjaajan kontrolli olisi jo ennen ensimmäistä kontrollia, jolloin se olisi myös minulla nähtävillä. Toisaalta voi olla, että kuntoutusohjaajalle on tärkeää antamani tiedot esimerkiksi siitä, mitä ejektiofraktio on, ja suunnitelmat, eli ehkä se voisi kuitenkin olla ensimmäisen kontrollin jälkeen.”

Yhteenvedona tähän haastatteluosioon liittyen voidaan todeta, että kaikki haastateltavat kokivat kuntoutusohjauksen tarpeelliseksi sydämen vajaatoimintapotilaalle. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että kuntoutusohjaus olisi hyvä painottua keskimäärin työikäisiin tai sitten niihin potilaisiin, joilla toimintakykyä on vielä jäljellä. Osa haastateltavista ei suoranaisesti ottanut ikään kantaa, mutta monet toivat kuitenkin esiin työikäisten vastasairastuneiden suuren huolen esimerkiksi ammatillisissa kysymyksissä ja kokivat kuntoutusohjauksen tarpeen etenkin näiden potilaiden kohdalla.

Kuntoutusohjauksen oikea-aikaisuuteen liittyen haastateltavat olivat yleisesti yhtä mieltä siitä, että kuntoutusohjaus pitäisi aloittaa riittävän ajoissa, mutta toisaalta mielellään vasta ensimmäisen lääkärin kontrollikäynnin jälkeen, jolloin potilaan lääketieteelliset jatkosuunnitelmat ovat tarkentuneet, mikä voi olla vaikuttamassa myös kuntoutuksen jatkosuunnitteluun.

5.3.4 Kuntoutusohjaajan rooli hoitoketjussa

Yleisesti kuntoutusohjaajan rooli koettiin tärkeäksi haastateltavien mielestä. Roolia haastateltavat pohtivat seuraavasti:

”Kuntoutusohjaajan rooli on mielestäni varhaisessa vaiheessa ohjaus ja neuvonta, arjessa selviytyminen, ohjata potilasta minkälaista kuntoutusta on saatavilla. Työkyvyn arviointi. Monesti on rajatapauksia, ollaan työkyvyn rajoilla, voidaanko tukea työelämään. Voi tulla eri asioita esiin mitä lääkärin käynnillä.”

”Kuntoutusketjun seuraaja. Tietää, mikä potilaan seuraava etappi on. Ongelmana on, että potilaita on paljon. Vähimmäismäärä on, että tehdään alkukartoitus ja tiedotetaan potilaita, mitä mahdollisuuksia kuntoutukseen heillä on.”

”Kuntoutusarvio ja kerrotaan konkreettisesti kuntoutusvaihtoehdot, autetaan kuntoutukseen hakeutumisessa, kaavakkeiden täyttämässä.”

”Kuntoutuksen suunnittelu. Nyt kuntoutusohjaajan vastaanotolle tulee potilas usein vasta silloin kun on jo sovittu, että menee kuntoutukseen.”

”Kuntoutustarpeen kartoitus, toimia koordinaattorina.”

”Itse kaipaisin vajaatoimintapotilaille kuntoutusohjaajalta ohjausta nimenomaa erilaisten sosiaalietuuksien selvittämisessä ja kuntoutusasioissa. Minulla ei ole resursseja tiedottaa, eikä sitä tietoaakaan sosiaalietuuksista ja kaikista kuntoutuksistakaan, joten olisi hienoa, kun voisni hyvillä mielin jättää ne kuntoutusohjaajalle.”

Muutama haastateltava pohti myös laajemmin kuntoutusohjaajan roolia perusterveydenhuoltoon nähden seuraavasti:

”Yhteistyö kuntoutusohjaajan ja perusterveydenhuollon välillä on melko vähäistä muuten kuin hoitopalautteiden muodossa. Järjestämme kyllä vuosittain alueellisia sydänkoulutuksia ERVA-alueelle ja vajaatoiminta-asiat ovat olleet tällöin myös yhtenä puheen aiheena.”

”Olisi hienoa, jos joku koordinoisi näitä asioita myös perusterveydenhuoltoon päin. Tämä on sellainen asia, johon minulla harvemmin on aikaa ja mahdollisuutta.”

Yhteenvedonä täästä haastatteluosiosta voi todeta, että haastateltavat kuvasivat laajasti kuntoutusohjaajan roolia ja työnkuvaa. He näkivät kuntoutusohjaajan mm. kuntoutustarpeen arvioijana, kuntoutuksen ohjaajana ja -suunnittelijana, kuntoutusketjun seuraajana, koordinaattorina sekä kuntoutusvaihtoehtojen asiantuntijana ja myös konkreettisenä avustajana, esimerkiksi hakemusten täyttämässä. Kuntoutusohjaajan teh-

täväksi nähtiin myös varhaisvaiheen neuvonta ja ohjaus sairauteen sekä arjessa pärjäämiseen liittyen. Lisäksi työkyvyn arviointi nousi myös ammatillisen kuntoutuksen osalta esiin. Muutama haastateltava ajatteli myös, että kuntoutusohjaaja voisi olla ikään kuin linkki perusterveydenhuoltoon päin potilaan asioissa.

5.3.5 Kehittämisehdotuksia toimintamallin luomiseksi

Muutamit haastateltavat ehdottivat, että uuden sydämen vajaatoimintapotilaan tiedot laitetaan systemaattisesti kuntoutusohjaajan ajanvarausjonoon, mikä tarkoittaa sitä, että perustetaan vajaatoimintapotilaille oma kuntoutusohjaajan ajanvarausjono sähköisesti. Vastaava ”jonovaraus” on myös sepelvaltimotautipotilaille. Ajatuksena on, että uudet sydämen vajaatoimintapotilaat saadaan poimittua ajanvarausjonon kautta kuntoutusohjaajan tietoon vastaanottoajan antoa varten. Seuraavassa muutamien haastateltavien ajatuksia:

”Uudet vajaatoimintapotilaat pitäisi systemaattisesti ohjautua kuntoutusohjaajalle.”

”Kuntoutusohjaajan jonolistalle laitto ja jonkun käynnin yhteyteen katsotaan myös kuntoutusohjaajan vastaanotto.”

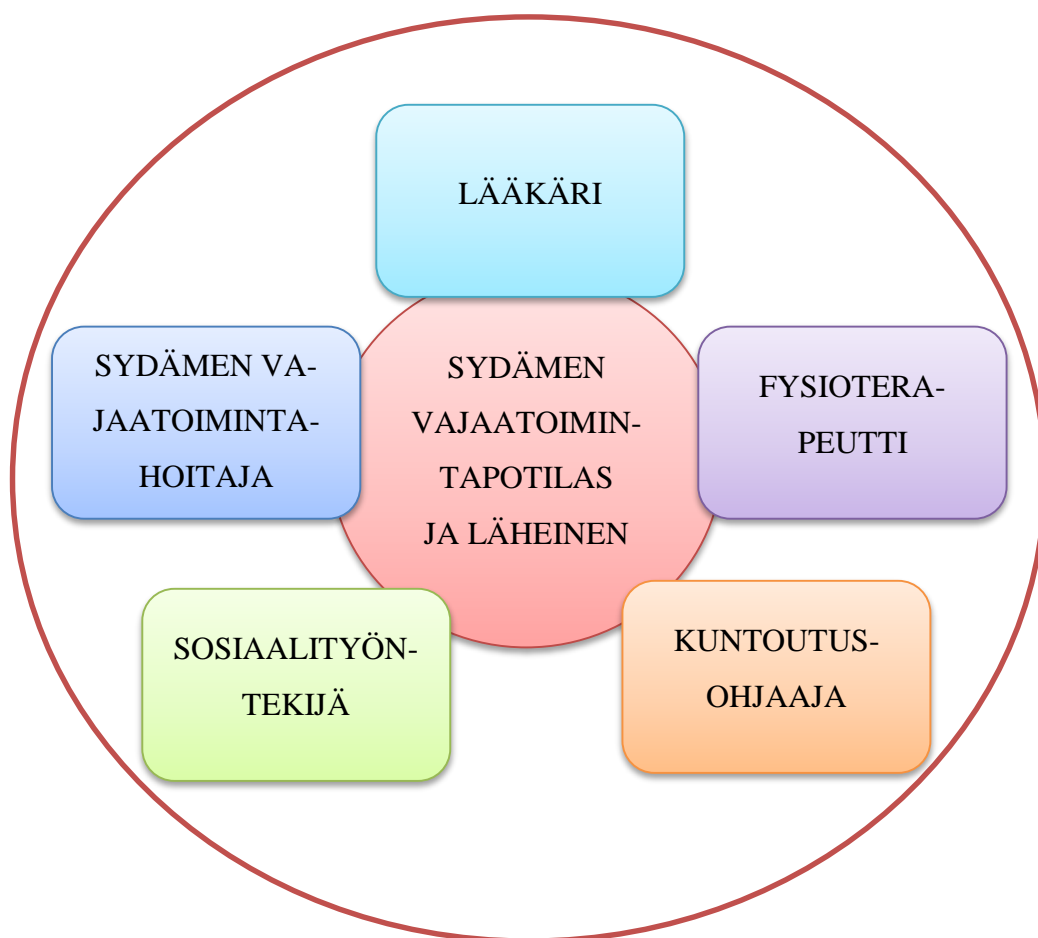
”Ensimmäisen poliklinikkakäynnin jälkeen potilas asetetaan kuntoutusohjaajan jonoon/varauslistalle, vai meneekö liian pitkälle?”

”Minusta olisi hyvä, että kaikki uudet sydämen vajaatoimintapotilaat pääsisivät kuntoutusohjaajalle, oli taudin etiologia mikä tahansa. Työikäisiin rajaaminen olisi hyvä.”

”Uskon, että ainakin vajaatoimintapolin osalta, kuten todennäköisesti myös geneettiseltä polilta onnistuu kuntoutusohjaajan jonoon laitto meillä kardiologisessa yksikössä.”

5.4 Toimintamalliehdotus

Tämän toimintamalliehdotuksen tavoitteena on turvata sydämen vajaatoimintaan sairastuneen kuntoutusohjauspalvelut osana moniammatillista hoito- ja kuntoutuspolkua. Kuntoutusohjauksen tavoitteena on arvioida ja tukea potilaan toimintakykyä laaja-alaisesti. Vajaatoimintapotilaan hoito ja kuntoutus tulisi nähdä kokonaisuutena, johon omalla asiantuntijuudellaan osallistuvat moniammatillisesti lääkäri, sairaanhoitaja/sydämen vajaatoimintahoitaja, fysioterapeutti, kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä.



Kuva 7. Tässä kaaviossa kuvataan sydämen vajaatoimintapotilaan ja läheisen olevan keskiössä ja ammattilaiset: lääkäri, sydämen vajaatoimintahoitaja, fysioterapeutti, kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä ovat moniammatillisena tiiminä hoitamassa, ohjaamassa ja tukemassa potilasta omalla ammattiosaamisensa alueellaan.

Ehdotan, että potilaat, joilla on uutena diagnosoitu sydämen vajaatoiminta etiologiasta riippumatta ja joiden seuranta tapahtuu Sydänsairaalassa, eli vaativat erikoissairanhoidon tasoista hoitoa ja seurantaa, laitetaan systemaattisesti kuntoutusohjaajan ajanvarausjonoon. Suoraa ikärajausta en halua ehdottaa malliin, koska kuntoutusohjaus ei saisi olla luonnollisestikaan ikään perustuvaa. Erityisesti sydänkuntoutuksesta hyötyvät myös ikääntyneet sydänpotilaat, joilla kuntoutus auttaa hyvän elämänlaadun ja itsenäisen toimintakyvyn säilymiseen (Rantala & Virtanen 2008).

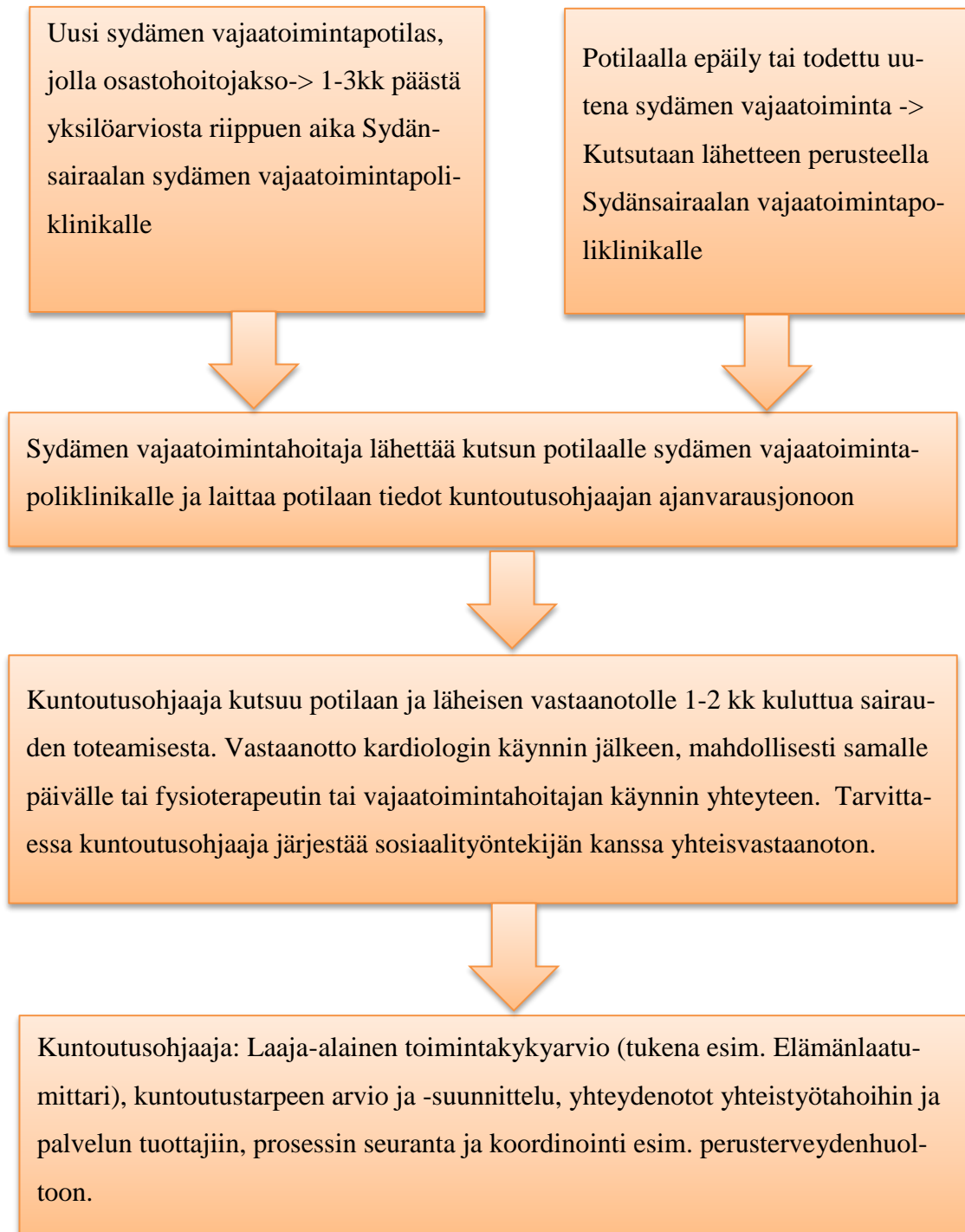
Kuntoutusohjaaja tutustuu kutsua edeltävästi potilaan sairauskertomukseen ja arvioi sopivan ajankohdan vastaanottoon. Tapaaminen pyritään järjestämään 1-2 kk aikavälille sairauden toteamisesta, samalle vastaanottopäivälle esimerkiksi lääkärin, fysioterapeutin tai sydämen vajaatoimintahoitajan kanssa. Kuntoutusohjaaja huolehtii, ettei potilaalle tule päällekkäisiä ohjaussuunnitelmia. Esimerkiksi silloin kun sydämen vajaatoiminnan syy on selkeästi sepelvaltimotauti, voi polku ja kokonaisuus muodostua toisenlaiseksi. Kuntoutusohjaajat ovat tietoisia Sydänsairaalan palvelukokonaisuudesta ja huolehtivat siitä, ettei päällekkäisyyksiä tule. Kuntoutusohjaaja kirjaa aina ajanvaraus suunnitelman sairauskertomukseen.

Kuntoutusohjaajien resurssit ovat rajalliset, joten ehdotan, että toimintamallin pilotointi alkaisi Sydänsairaalan Sydämen vajaatoimintapoliklinikalta ja sitten resurssit sekä tarve huomioiden laajenisi koskemaan jatkossa myös muita poliklinikoita.

Potilaan ohjautumiseksi ehdotan seuraavaa: Kun uudelle sydämen vajaatoimintapotilaalle lähetetään kutsu ensimmäiselle vajaatoimintapoliklinikkakäynnille Sydänsairaalaan, laittaa sydämen vajaatoimintahoitaja potilaan tiedot kuntoutusohjaajan sähköiseen ajanvarausjonoon. Ajanvarausjärjestelmään perustetaan jonovaraus kardiologisen yksikön resurssille: sydämen vajaatoimintapotilaat kuntoutusohjaajalle.

Ehdotan että, toimintamallin pilotointi alkaisi 2016 vuoden alusta ja pilotin arvio tapahtuisi 6/2016. Pilotin aikana kysytään jatkuvaa asiakaspalautetta mm. kuntoutusohjaajan käynnin tarpeeseen liittyen. Potilaalle lähetetään hoitopalautteen mukana kirjallinen asiakaspalautekysely ja Sydänsairaalan maksama palautekirjekuori.

Pilottia edeltävästi kuntoutusohjaajat tiedottavat pilotista myös muiden poliklinikoiden sairaanhoitajia ja ohjaavat hoitajia tarvittaessa ottamaan yhteyttä kuntoutusohjaajiin, varsinkin silloin kun potilaalla on todettu uusi sydänsairaus.



Kuva 8. Tässä kaaviossa on kuvattu pilotointiehdotus uuden sydämen vajaatoimintapotilaan ja läheisen kuntoutusohjaajan vastaanotolle ohjautumiseksi sekä lyhyesti kuntoutusohjaajan tehtäväkuvaus.

6 JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSIA

Opinnäytetyöaineisto synnytti toimintamalliehdotuksen lisäksi myös muita kehittämissuhteita toiminnan parantamiseksi. Ammattilaisten yhteistyön tiivistäminen ja mittarin käyttöönotto toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arvion tukena sekä vaikuttavuuden arvioinnissa ovat kehittämissuhteitani jatkoa ajatellen.

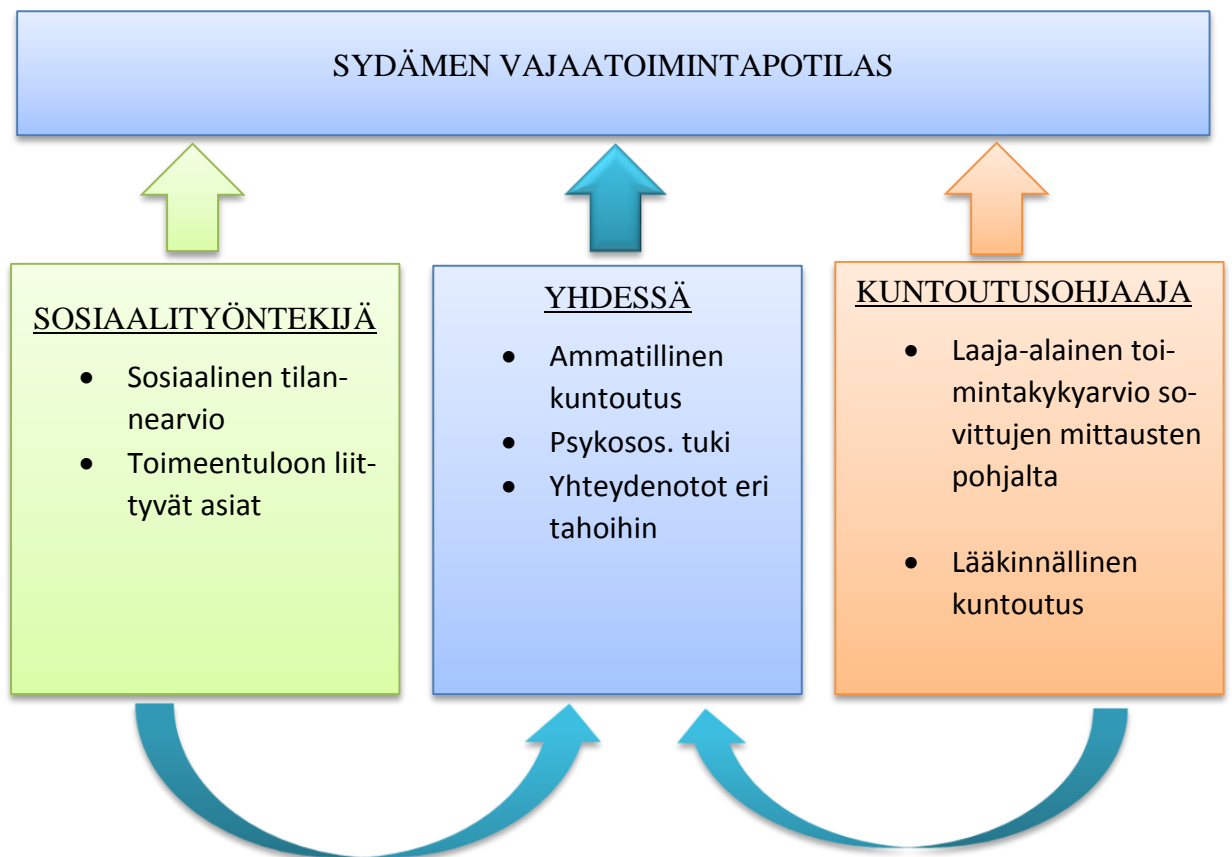
6.1 Yhteistyön tiivistäminen

Tämän opinnäytetyön tekemisen aikana tuli esiin tarve yhteistyön tiivistämiseen. Ammattilaisten haastattelussa ilmeni, että kaivattiin enemmän yhteistyötä sydämen vajaatoimintapotilaita hoitavien ammattilaisten kesken. Erään haastateltavan kehitysehdotus oli, että ”*säännöllisin väliajoin tuodaan moniammatillisesti asioita, paperikiertotyypillisesti, mietitään yhdessä kinkkisemmät asiat. Kokoonpano voisi olla lääkäri, sairaanhoitaja/vajaatoimintahoitaja, sosiaalityöntekijä, kuntoutusohjaaja ja fysioterapeutti. Kokoonpano voitaisiin pyytää myös tarvittaessa koolle.*” Myös toinen haastateltavista ehdotti moniammatillisuuteen liittyen yhteistyöpalavereja.

Haastattelun pohjalta ehdotan moniammatillisen työryhmän mahdolliseksi tekemistä, mikä tarkoittaa, että tarvittaessa työryhmä voi kokoontua esimerkiksi potilaan asioissa tai ajankohtaisissa yhteistyökysymyksissä. Työryhmään voisi tarvittaessa tulla edustusta Sydänsairaalan ulkopuoleltakin esim. perusterveydenhuollosta tai työterveyshuollosta. Moniammatillista työryhmää vaativissa potilasasioissa voisi kokoontumiseen osallistua tarvittaessa myös potilas ja läheinen. Pääsääntöisesti työryhmään kuuluisi kardiologi, sydämen vajaatoimintahoitaja, kuntoutusohjaaja, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Työryhmän jäsen voisi kutsua ryhmän koolle tarpeen mukaan.

Ehdotan myös sosiaalityöntekijän ja kuntoutusohjaajan yhteistyön tiivistämistä. Yhteisvastaanotto voisi tulla kyseeseen esimerkiksi silloin jos sosiaalityöntekijä ei ole tavannut potilasta osastohoitojaksolla tai työikäisten vajaatoimintapotilaiden kohdalla, joilla nousee ammatilliset asiat erityiskysymykseksi. Yhteiskäynnin tarpeellisuus voidaan arvioida yksilöllisesti ja kuntoutusohjaaja voisi olla asian tiimoilta yhteydessä sosiaalityöntekijään tai päinvastoin.

Sosiaalityöntekijä vastaisi vajaatoimintapotilaan yhteiskäynnillä ensisijaisesti sosiaalisesta tilannearviosta ja toimeentuloon liittyvistä asioista. Yhteisesti voidaan tarvittaessa pohtia esimerkiksi sydämen vajaatoimintapotilaan ammatillista kuntoutusta, psykososiaalisen tuen tarvetta ja ottaa yhteyttä tarvittaviin tahoihin. Kuntoutusohjaaja kartoittaa kokonaistilannetta, lääkinnällisen kuntoutuksen tarvetta ja kokoaa myös laaja-alaisen toimintakykykuvauksen ja – arvion sovittujen mittausten pohjalta (esim. elämänlaatumittari).



Kuva 9. Tässä kuvassa on kuvattu kuntoutusohjaajan ja sosiaalityöntekijän yhteistyön tiivistämistä.

Yhteistyö ja sen kehittäminen yhdessä perusterveydenhuollon kanssa on tärkeää. Yksi haastateltavista toivoikin ”*selkeyttä ja systemaattisuutta sydämen vajaatoimintapotilaiden kulkuun, aina perusterveydenhuollosta osastolle ja sieltä poliklinikalle ja edelleen perusterveydenhuoltoon* ”

Parhailtaan on menossa sydämen vajaatoimintahoitoketjuun liittyvä hanke, jonka tarkoitus on kehittää juuri hoidon kokonaisuutta, joka yhdistää hoitopolkukokonaisuuden ilman organisaatorajoja. Tässä hankkeessa ovat mukana mm. Sitra, Tampereen kaupunki, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Sydänsairaala. (Sitran www-sivut 2015) Hankkeen tuloksia ei vielä tämän opinnäytetyön tekemisen aikana ollut saatavilla.

6.2 Elämänlaatumittarin käyttöön otto

Tutustuessani viitekehyksen puitteissa kirjalliseen aineistoon ja tutkimuksiin sydämen vajaatoimintapotilaiden arjessa pärjäämiseen liittyen, syntyi ajatus elämänlaatumittarin käyttöön otosta vajaatoimintapotilaan kokonaistilanteen ja kuntoutustarpeen arvioinnin tukena. Arjessa pärjääminen ja elämänlaatu kulkevat mielestäni rinnakkain. Jos arjessa pärjääminen on huonoa, on elämänlaatu usein myös alentunut. Parhaimmillaan elämänlaatumittari antaa kokonaisvaltaisen käsityksen potilaan arjessa pärjäämisestä ja toimintakyvystä.

Taija Hujanen (2010, 26) kartoitti tutkimuksessaan mm. sydämen vajaatoimintapotilaan terveyteen liittyvää elämän laatua elämänlaatumittarin avulla. Hän käytti EuroQol-5D-mittaria (EQ-5D), jossa on viisi eri vaikuttajaa: liikkuminen, itsestä huolehtiminen, tavanomaiset toiminnot (esim. ansiotyö, kotityö, opiskelu, vapaa-ajan toiminnot), kivut/vaivat ja ahdistuneisuus/masennus. EQ-5D mittaria on kansainvälisesti käytetty laajasti ja se on nopea ja helppokäyttöinen.

Elämänlaatumittareita voidaan käyttää lähtökohtana keskustelulle, tavoitteiden asettamisen apuna sekä toiminnan suuntaamisessa. Kuntoutuksessa sitä on yleisesti käytetty myös kuntoutuksen arvioinnissa. Elämänlaatumittareita on erilaisia ja niihin voi tutustua TOIMIA-tietokannassa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2015.)

7 YHTEENVETO JA POHDINTA

Opinnäyteyöni aihevalinta sai alkunsa työelämäni tarpeista. Muutaman vuoden Tays, Sydänsairaalassa kuntoutuskoordinaattorina ja sittemmin myös kuntoutusohjaajana toimiessani olin huomannut, etteivät sydämen vajaatoimintapotilaat ohjautu välttämättä kuntoutusohjaukseen vaikka tarve siihen olisikin ilmeinen. Aihevalinta vahvistui myös kuultuani käynnistyneestä hankkeesta, jossa kuvataan sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketju ja luodaan yhteistyömalleja Tampereen kaupungin, Tampereen yliopistollisen sairaalan ja Tays, Sydänsairaalaan välillä. Hankkeen tavoitteena oli mm. löytää ongelmakohtia sekä ratkaisumalleja ongelmiin, sujuvuuden ja vaikuttavuuden lisäämiseksi. Opinnäytetyön teon aikana hanke oli kuitenkin vielä keskeneräinen, enkä päässyt tuloksia hyödyntämään tässä työssäni.

Kuntoutusohjauksen tulisi mielestäni olla osa potilaan kokonaisuhoitoa ja kuntoutusta, koska potilaan yksilöllinen ja laaja-alainen toimintakyvyn arvio on kokonaisuhoiton onnistumisenkin kannalta tärkeää. Rantala & Virtanen (2008) toteavat sydänkuntoutukseen ohjautumisesta ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta seuraavaa: ”Oikeille potilaille suunnatun ja riittävän ajoissa aloitetun sydänkuntoutuksen tehosta ei ole epäselvyyttä. Suomessa erityisen suuri ongelma on kuntoutukseen ohjautumisen epävarmuus. Jo nykyisin suuri osa sydänpotilaista voidaan saada kuntoutettua yhdessä terveydenhuollon, Kansaneläkelaitoksen, sydänyhdistysten ja muiden järjestöjen kuntoutuspalveluilla, kunhan huolehditaan kunkin potilaan ohjautumisesta sopivaan ohjelmaan ja estetään palveluiden päällekkäisyydet. Sydänpotilaiden paremmat hoitotulokset saavutetaan yhdistämällä tehokas akuuttihoito, oikein ajoitetut kajoavat toimenpiteet, paras mahdollinen lääkehoito sekä tavoitteellinen ja moniammatillisesti suunniteltu ja toteutettu kuntoutusohjelma.” (Rantala & Virtanen 2008.)

Kun mietin menetelmiä toimintamalliehdotuksen luomiseksi kuntoutusohjaukseen ohjautumiseen, tulin siihen tulokseen, että Sydänsairaalan asiantuntijoiden moniammatillinen haastattelu on hyvä menetelmä kokonaiskäsityksen saamiseen. Haastatteluteemat löysin mielestäni sujuvasti teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Teema-alueet, jotka olivat sydämen vajaatoimintapotilaan hoito- ja kuntoutuspolku, arjessa pärjää-

minen, kuntoutusohjauksen tarve ja oikea-aikaisuus, kuntoutusohjaajan rooli hoitoketjussa sekä kehittämisehdotukset toimintamallin luomiseksi, olivat mielestäni onnistuneet teemavalinnat, koska sain kattavasti ja laajasti asiantuntijoilta tietoa keskeisistä ongelmista ja hoitokokonaisuudesta. Erityisesti arjessa pärjäämisen teema oli ajatuksia herättävä ja vahvasti käsitystäni laaja-alaisen toimintakykyarvion tarpeellisuudesta. Haastattelussa korostui myös työikäisten ammatilliseen toimintakykyyn liittyvät huolet, joihin on tärkeä saada tukea ja ohjausta ammattilaiselta.

Koko haastatteluosion myötä minulle vahvistui ajatus siitä, että sydämen vajaatoimintapotilaan laadukas hoito ja kuntoutus ovat parhaimmillaan moniammatillista yhteistyötä. Sen tulee olla myös kauaskantoista niin, että huomioidaan sairastuneen arjessa selviytymistä ja tuetaan kaikin keinoin potilaan voimaantumista, jotta hän jaksaisi mahdollisimman hyvin hoitaa itseään. Tämä voidaan mielestäni yksilön edun lisäksi nähdä myös yhteiskunnan etuna, taloudellinen näkökulma huomioiden.

Potilaslähtöisyyden huomioiminen on tärkeää ja tätä näkökulmaa ajatellen löysin hyviä tutkimuksia sydämen vajaatoimintapotilaan kotona selviytymiseen ja elämänlaatuun liittyen. Tutkimustulokset tukivat mielestäni myös kuntoutusohjauksen tarpeellisuutta, koska tuloksissa sydämen vajaatoimintaan sairastuneen arjen haasteet tulivat laajasti näkyviin eri toimintakyvyn alueilla niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin.

Kehittämistyössäni halusin vertailla myös muiden sairaanhoitopiirien sydämen vajaatoiminta hoitoketjuja sekä toisen sairausryhmän hoito- ja kuntoutuspolkua, koska koin hyödylliseksi saada laajempaa näkökulmaa aiheeseeni liittyen. Hoitoketjujen vertailuissa yllättävää oli, ettei kuntoutusohjaus, laaja toimintakykyarvio tai kuntoutussuunnitelman laatiminen näkynyt ketjuissa, vaikka hoitoketjut olivat muuten mielestäni erittäin hyvin kehitettyjä ja kuvattuja. PSHP:n reumapotilaiden tuore hoitoketjukuvaus kuntoutusohjauksen näkökulmasta on mielestäni onnistunut, koska siitä nousee omana kokonaisuutena esiin toiminta- ja työkyvyn ylläpitäminen, johon kuuluvat toimintakyvyn, työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi kuntoutusvaihtoehtoineen. Benchmarking tapaamisesta reumapotilaiden kuntoutusohjaajan kanssa sain ajatuksia toimintamalliehdotukseeni sekä myös jatkokehittämisehdotuksen yhteistyön tiivistämiseksi kuntoutusohjaajan ja sosiaalityöntekijän välillä.

Kehittämistyössä käyttämäni aineistonkeruumenetelmät olivat minulle opettavia prosesseja. Aineiston moninaisuus ja laajuus muodostui kuitenkin lopulta haasteeksikin ja tuli tunne, että voisin käyttää vielä enemmänkin hyödykseni kerättyä aineistoa.

Opinnäytetyöprosessi eteni aikataulussa suunnitelman mukaan. Olin säännöllisesti yhteydessä työelämäohjaajaani pääasiassa puhelimen välityksellä lomani aikana ja siten palattuani työelämään takaisin neuvottelimme usein kasvokkain.

Kehittämistyössäni ehdotan hiljattain sairastuneen, vaikea-asteisen (vaatii erikoissairaanhoidon seuranta ja/tai hoitoa) sydämen vajaatoimintapotilaan systemaattista ohjautumista kuntoutusohjaukseen, jossa kuntoutusohjaaja tekee laajan toimintakykyarvion ja kuvauksen sovittuja mittareita hyödyntäen. Perusteena systemaattiselle ohjautumiselle ovat mielestäni opinnäytetyössäni esiin tuleva aineisto, joka perustelee tarvetta laajaan toimintakykyarvioon ja tältä pohjalta kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Tärkeää on tunnistaa yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti sydämen vajaatoimintapotilaan ongelma-alueet, jotta voimme moniammatillisesti tukea potilasta ja hänen läheistään sairauden hoidossa ja arjessa selviytymisessä.

Yhteenvedona voin todeta, että toimintamalliehdotus perustuu suurelta osin Sydänsairaalan ammattilaisten haastatteluihin. Lisäksi ehdotukseen on vaikuttanut merkittävästi vertailu toisen sairausryhmän hoitopolkuun. Vahvistusta toimintamalliehdotukseen, erityisesti kuntoutusohjauksen tarpeellisuuteen osana sydämen vajaatoimintapotilaan hoitokokonaisuutta, sain myös kirjallisuudesta ja tutkimusten kautta. Esimerkiksi Hartikainen ja Visamo (2000, 70) toteavat tutkiessaan sydämen vajaatoimintapotilaiden kotona selviytymistä, että vajaatoimintapotilaiden ohjauksessa pitäisi huomioida päivittäisissä toiminnoissa selviäminen, aktiivisuus hoitoon osallistumisessa sekä potilaiden sairauteen suhtautuminen ja mahdolliset mielialan muutokset. Tärkeää tutkimuksen mukaan olisi myös selvittää, pystyvätkö sydämen vajaatoimintapotilaat itse ratkaisemaan niitä arjen ongelmia, jotka johtuvat sairaudesta ja tietävätkö he mistä saada apua näihin arjen ongelmiin.

Kuntoutusohjauksella on tarkoitus tukea pitkäaikaissairasta ja hänen läheistään arkipäivän selviytymisessä, elämänhallinnassa ja sosiaalisen toimintakyvyn säilymisessä. Kuntoutusohjaaja arvioi potilaan toimintakykyä laajasti ja hallitsee myös selviytymistä tukevat palvelukokonaisuudet. Hänen tehtävänä on toimia yhteyshenkilönä sairaalan, kodin ja työn sekä kuntoutukseen osallistuvien ammattihenkilöiden ja eri palvelujärjestelmien välillä. (Kuntoutusohjaajien yhdistys ry:n www- sivut 2015.)

Yhtenä kehittämissuunnitelmana on konkreettisen yhteistyön tiivistäminen vajaatoimintapotilaiden hoito- ja kuntoutuskokonaisuuteen liittyen paitsi erikoissairaanhoidon sisällä niin myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Huomioitavaa on, että sydämen vajaatoimintapotilaiden määrä on suuri ja yhteistyötä tarvitaan. Kehittämistyössäni ehdotan myös mittarin tai mittareiden käyttöön ottoa kuntoutusohjauksessa, sydämen vajaatoimintapotilaiden toimintakykyä ja kuntoutustarvetta arvioitaessa. Toimintakykymittareita on monenlaisia, mutta itseäni miellyttivät elämänlaatumittarit, jotka mielestäni arvioivat laaja-alaisesti yksilön arkeen ja elämään vaikuttavia tekijöitä.

LÄHTEET

- Eskola, J. & Vastamäki J. 2001. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Harjola, V-P. & Remes, J. 2008. Sydämen vajaatoiminnan epidemiologia ja etiologia. Teoksessa J. Heikkilä, M. Kupari, H. Huikuri, M. Nieminen & K. Peuhkurinen (toim.) Kardiologia. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 717 - 718.
- Hartikainen, L. & Visamo, A. 2000. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden arvio kotona selviytymisestäään. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, L., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 1999. Sisätautikirurginen hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Hujanen, T. 2010. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan itsehoidon toteutuminen ja terveyteen liittyvä elämänlaatu. Pro gradu – tutkielma. Itä – Suomen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2013. 6.verkkoversio painos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.10.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5.uud.p. Helsinki: WSOY.
- Karlöf, B. & Lövingsson, F. 2004. Johtamisen näkökulmat, peruskäsitteitä ja – malleja. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kettunen, R. 2014. Sydämen vajaatoiminnan syyt. Viitattu 8.5.2015. <http://www.terveysportti.fi>
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (KSSHP) www-sivut. Viitattu 30.8.2015. <https://www.ksshp.fi>
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2012. Kohti asiakkuutta - Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kupari, M. & Lommi, J. 2004. Sydämen vajaatoiminta. Kapseli 34. Hyvinkää: Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. <http://www.fimea.fi>
- Lommi, J., Nieminen, M. & Harjola, V-P. 2008. Sydämen vajaatoiminnan hoito. Teoksessa J. Heikkilä, M. Kupari, H. Huikuri, M. Nieminen & K. Peuhkurinen (toim.) Kardiologia. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 758.

Lommi, J. 2013. Sydämen krooninen vajaatoiminta. Viitattu 8.5.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Lyytikäinen, M. 2013. Parastaminen (Benchmarking). Viitattu 2.9.2015. <https://www.innokyla.fi>

K. Mattsen (toim.). Kuntoutusohjaus ja kuntoutusohjauksen prosessit Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja 7/2002

Mattsen, K., Mäkilä, R., Pettersson, R. & Sjögren, R. 2008. Kuntoutusohjauksen kehittäminen erikoissairaanhoidossa – haasteita ja mahdollisuuksia. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2008.

Mäkijärvi, M. 2014. Sydänsairauden vaikutukset elämään. Viitattu 8.5.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Penttilä, U – R. Sydänsairaus ja arjen rasitukset. 2014. Viitattu 9.5.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin (PSSHP) www-sivut. Viitattu 30.8.2015. <https://www.psshpi.fi>

Rantala, M. & Virtanen, V. 2008. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 124/3:254–60. Viitattu 5.5.2015. <http://www.duodecimlehti.fi>

Riikola, T. & Toivonen, L. 2010. Tahdistinhoito (käypähoidon potilasversio). Viitattu 15.6.2015. <http://www.kaypahoito.fi>

Silvennoinen – Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa – Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 20.5.2015. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8251-9>

Sipponen, J., Lommi, J. & Kupari, M. 2008 Sydämen vajaatoiminnan kirurginen hoito ja sydämen siirto. Teoksessa J. Heikkilä, M. Kupari, H. Huikuri, M. Nieminen & K. Peuhkurinen (toim.) Kardiologia. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 774.

Sitran www-sivut. Viitattu 2.5.2015. <http://www.sitra.fi>

Suomen Kuntoutusohjaajien yhdistys ry www-sivut. Viitattu 16.5.2015. <https://www.suomenkuntoutusohjaajienyhdistys.fi>

Sydänsairaalan www-sivut. Viitattu 2.5.2015. <http://www.sydansairaala.fi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Viitattu 16.9.2015. <http://www.thl.fi>

Terveydenhuoltolaki. 2010. L30.12.2010/1326

Terveysportin www-sivut. Viitattu 30.8.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Vammaispalvelujen käsikirja 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kuntoutusohjaus. Viitattu 17.5.2015. <https://www.thl.fi>

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

1. Nykyinen sydämen vajaatoimintapotilaan hoito- ja kuntoutuspolku
 - a) Minkälainen sydämen vajaatoimintapotilaan hoito- ja kuntoutuspolku on?

2. Sydämen vajaatoimintapotilaan arjessa pärjääminen
 - a) Millaisia kokemuksia sinulla on sydämen vajaatoimintaa sairastavan arkielämän haasteista?
 - b) Mitkä ovat keskeisimmät arjen pärjäämisen ongelmat kun vajaatoimintapotilas tulee vastaanotolle?
 - c) Miten ammattilainen voi tukea sydämen vajaatoimintaa sairastavaa arkielämän haasteissa?

3. Kuntoutusohjauksen tarve ja oikea-aikaisuus
 - a) Mitä mieltä olet kuntoutusohjauksen tarpeellisuudesta sydämen vajaatoimintapotilaiden kohdalla?
 - b) Mikä olisi sopivin ajankohta kuntoutusohjauksen toteuttamiseen?

4. Kuntoutusohjaajan rooli hoitoketjussa
 - a) Millaisena näet kuntoutusohjaajan roolin vajaatoimintapotilaan hoitoketjussa?
 - b) Mitä ajatuksia herää yhteistyöstä?

5. Kehittämisehdotuksia toimintamallin luomiseksi
 - a) Onko sinulla ehdotusta tai ajatuksia miten sydämen vajaatoimintapotilas voisi ohjautua kuntoutusohjaukseen?
 - b) ...jos on, niin millaisia?

