

# Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen

Helena Hämäläinen ja Monica Röberg



# Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2007

*Helena Hämäläinen ja Monica Röberg*

## ***Kokonaisvaltainen katse sydäntuntoutukseen***

#### Kirjoittajat

Helena Hämäläinen, LKT, dosentti, tutkijalääkäri  
Kelan tutkimusosasto  
helena.hamalainen@kela.fi

Monica Röberg, valt. kand., ELV, DPH, tutkija  
Kansanterveyslaitos, Terveyden ja toimintakyvyn osasto, Väestöntutkimuslaboratorio  
monica.roberg@ktl.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 978-951-669-747-8 (nid.)  
ISBN 978-951-669-748-5 (pdf)  
ISSN 1238-5050

Vammalan Kirjapaino Oy  
Vammala 2007

## Tiivistelmä

Hämäläinen H, Röberg M. **Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88, 2007. 150 s. ISBN 978-951-669-747-8 (nid.), 978-951-669-748-5 (pdf).

Kela järjestää sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja vuosittain noin 1 000 sydänpotilaalle ja heidän omaiselleen. Toiminta on lähes yksinomaan laitospotilaista, josta Kela on antanut omat hyvän kuntoutuskäytännön ohjeensa. Ne sallivat kuntoutuksen toteutuksessa erilaisia malleja. Kaikille sydänkuntoutusta toteuttaville laitoksille toteutetussa kyselyssä ilmenikin, että käytännöissä ja kuntoutuksen vaikutusten arvioinneissa oli runsaasti vaihtelevuutta. Nyt raportoidussa tutkimuksessa olivat mukana neljä kuntoutuslaitosta ja niiden työikäisten sydänkursseihin vuosina 2003–2004 osallistuneet 134 kuntoutujaa. Tutkimuksessa selvitettiin kuntoutujien sairaushistoriaa ja työkykyä ja työ- tai eläketilannetta sekä kuntoutumiselle asetettuja tavoitteita ja kuntoutuskurssin kytkeytymistä hoito- ja palveluketjuun. Kuntoutuksen vaikutuksia arvioitiin työkyvyn, työtilanteen ja elämänlaadun muutoksina sekä tavoitteissa onnistumisina. Kuntoutujat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen mutta tyytymättömiä omien tavoitteittensa toteutumiseen. Terveystilaan liittyvän elämänlaadun monilla osa-alueilla oli tapahtunut merkitsevää paranemista, mikä todettiin vuosiseurannassa. Subjekttiivinen fyysinen kunto parani, ja fyysiset rajoitukset vähenivät. Henkisen hyvinvoinnin koheneminen ei ollut niin selkeää. Yksi työikäisille tarkoitettujen sydänkursseiden päätarkoituksista on kohentaa kuntoutujien työkykyä ja auttaa heitä pysymään työelämässä. Tämä tavoite ei täysin toteutunut. Tutkimuksen aikaan olivat voimassa Kelan ensimmäiset sydänkuntoutusta koskevat ohjeet (standardit). Tutkimuksen perusteella Kelan kuntoutuslinja voi täsmentää ohjeitaan kurssiohjelman sisällöstä ja tavoiteasettelun kirjaamisesta sekä ottaa käyttöön joitakin kuntoutuksen vaikutuksia osoittavia mittauksia seuraavana kolmevuotiskautenaan. Terveysturvan ja Kelan yhteistyötä tulisi tiivistää, jotta Kelan sydänkurssit saataisiin kytkeä sydänpotilaan palveluketjun osaksi.

**Avainsanat:** kuntoutus, vaikuttavuus, palveluketjut, hoitoketjut, kurssit, sepelvaltimotauti, ennaltaehkäisy, työkyky, työhönpaluu, elämänlaatu

## Sammandrag

Hämäläinen H, Röberg M. **En helhetsbetonad överblick över hjärtrehabiliteringen.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 88, 2007. 150 s. ISBN 978-951-669-747-8 (inh.), 978-951-669-748-5 (pdf).

Folkpensionsanstalten (FPA) ordnar årligen anpassnings- och rehabiliteringskurser för ca 1 000 hjärtpatienter och deras anhöriga. Rehabiliteringsanstalterna genomför kurserna enligt FPA:s standard, vilken tillåter olika modeller för kursprogrammen. Metoderna och utvärderingen av hjärtrehabiliteringen varierar mycket enligt en enkät som skickades till alla rehabiliteringsanstalter som anordnar hjärtrehabilitering. I undersökningen deltog 134 hjärtpatienter i arbetsför ålder från 13 kurser vid fyra rehabiliteringsanstalter. Kurserna följde standarden och anstaltens normala kurspraxis med tillägget, att kursdeltagarna under kursen uttryckligen utformade och bearbetade sin personliga målsättning för rehabiliteringen. Utvärderingen skedde med hjälp av enkäter till kursdeltagarna och rehabiliteringsteamerna med en bred frågeställning angående de centrala elementen inom sekundärpreventionen och hjärtpatienternas rehabilitering samt om kursernas uppläggning och innehåll och rehabiliteringsperiodens integrering i hälsovården. Deltagarna var nöjdare med rehabiliteringen som helhet än med hur de nått sin personliga målsättning. Den hälsorelaterade livskvaliteten och fysiska prestationsförmågan förbättrades och de fysiska begränsningarna minskade. Den mentala hälsan förbättrades något. Målsättningen att hjärtpatienten återgår till eller fortsätter i arbetslivet nåddes inte helt. I studien framkom vidare vikten av att betona kursdeltagarnas personliga målsättning, behovet av gemensamma uppföljningsmetoder för rehabiliteringsanstalterna samt det faktum att samarbetet mellan sjukvården, hälsovården och rehabiliteringen bör stärkas och att vårdkedjans kontinuitet för hjärtpatienter bör uppmärksammas mera än för närvarande. Undersökningens resultat används för att precisera och utveckla FPA:s standard för hjärtrehabilitering.

**Nyckelord:** rehabilitering, effektivitet, servicekedjor, vårdkedjor, kurser, kranskärslssjukdom, förebyggande åtgärder, arbetsförmåga, återgång till arbetet, livskvalitet

## **Abstract**

Hämäläinen H, Röberg M. **A comprehensive overview of cardiac rehabilitation.** Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 88, 2007. 150 pp. ISBN 978-951-669-747-8 (print), 978-951-669-748-5 (pdf).

The Social Insurance Institution of Finland organizes rehabilitation for about 1000 heart patients and their next of kin yearly. Private rehabilitation centres carry out inpatient rehabilitation courses in line with guidelines issued by the Institution. In implementing these guidelines, each centre relies on its own expertise. With a study group of 134 cardiac patients in working age recruited from four rehabilitation centres, this study focused on individualized goal planning for rehabilitation, evaluated subjective working capacity and the success of employment reintegration, and examined how the inpatient rehabilitation period fit into the patient's overall health care. The main outcome measures were working capacity, employment reintegration, quality of life, and goal attainment. The patients were more satisfied with the rehabilitation than with their own ability to attain goals. Health related quality of life improved. Physical functioning improved and physical limitations decreased. Mental health improved a little. Only partial success was achieved on the overall goal of helping heart patients remain actively involved in working life. The study can help the Social Insurance Institution of Finland to draft new and better guidelines on how to implement cardiac rehabilitation in rehabilitation centres. In addition, the health care system and the Institution should make plans to improve cooperation in the aftercare of cardiac patients.

**Key words:** rehabilitation, treatment outcome, continuity of patient care, health education, coronary disease, work capacity evaluation, quality of life, return to work

## ALKUSANAT

Keväällä 2002 Kelan sydänkuntoutustyöryhmä julkaisi ensimmäiset ohjeet hyvästä kuntoutuskäytännöstä. Ohjeet oli tarkoitettu kuntoutuslaitosten kurssiohjeiksi kolmivuotiskaudeksi 2003–2005. Kelan sydänkurssit on pääasiassa tarkoitettu työikäisille potilaille, jotka ovat työelämässä tai joiden tarkoitus on palata sinne. Erityisesti ne on suunnattu sellaisille sydänkuntoutujille, joille sairaus aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia rajoituksia ja jotka tarvitsevat monipuolista tukea, jotta voisivat turvallisesti jatkaa työtään. Kurssien tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn parantumisen edistämisen lisäksi mm. sekundaaripreventiivisiin elintapoihin ohjaaminen, psykososiaalisen selviytymisen tukeminen ja sairauteen liittyvien tietojen syventäminen. Kela kuntouttaa jonkin verran myös sydänvikaisia lapsia ja muita työvoimaan kuulumattomia.

Jo keväällä 2002 mietittiin jonkinlaista lomaketta sydänkurssien seurantaan. Kuntoutuslaitosten ja Kelan kuntoutuslinjan yhteisessä kokouksessa syntyi ajatus pilottihankkeesta, jonka avulla saataisiin tietoa siitä, millaisia sydänkurssien osallistujat ovat ja millaisia tavoitteita he asettavat kuntoutumiselleen. Tähän tutkimukseen osallistui eri puolilta Suomea neljä kuntoutuskeskusta: Kelan kuntoutusyhtymä Petrea Turusta, Kiipulan kuntoutuskeskus Turengista, Kunnonpaikka Siilinjärveltä ja Oulun Diakonissalaitoksen Kuntotalo. Tiedot kerättiin vuosina 2003 ja 2004.

Tässä julkaisussa on haluttu esittää Kelan sydänkursseja laajempi katsaus sydänkuntoutukseen: ei pelkästään kuntoutujan vaan myös järjestelmän näkökulmasta. Miten suomalainen laitostuntoutus eroaa kansainvälisestä käytännöstä? Miten terveydenhuollon laatukysymykset voidaan yleistää kuntoutukseen? Miten Kelan sydänkuntoutuskurssi sijoittuu osaksi palvelu- ja hoitoketjua? Erityiseksi tarkastelun kohteeksi on otettu se, miten kuntoutuja asettaa ja saavuttaa omat kuntoutumistavoitteensa.

Haluamme kiittää kaikkia tutkimukseen osallistuneita tahoja hyvästä yhteistyöstä. Ilman kuntoutuslaitosten myötävaikutusta ja erityisesti yhdyshenkilön erityistyöpanosta tutkimus ei olisi onnistunut. Työtämme on tukenut Kelan terveystutkimuksen päällikkö tutkimusprofessori Timo Klaukka, asiantuntijalääkäri Paavo Rissanen ja suunnittelija Leena Poikkeus. Ilman kuntoutujia ja hyvin täytettyjä lomakkeita tätä raporttia ei olisi olemassa. Erikoistutkija Arja Virtanen ja tutkija Jari Lammela ovat

suorittaneet tarvittavat tilastolliset analyysit. Elina Panula ja Eija Viholainen ovat olleet projektin sihteereinä. Käsikirjoitusta ovat kommentoineet osastonylilääkäri John Melin ja kehityspäällikkö Ilpo Vilkkumaa. Suomen kielen tarkistuksen on tehnyt Anu Lahtinen, ruotsin kielen Annika Cavonius ja englannin kielen Harri Lipiäinen. Kelan tutkimusosastossa tutkimuksen julkaisukuntoon ovat saattaneet Sirkka Vehanen, Marja-Riitta Ketonen, Maini Tulokas ja Petra Niilola.

*Turussa toukokuussa 2007*

*Helena Hämäläinen    Monica Röberg*



## SISÄLTÖ

<b>1 SUUNNISTUSKARTTA KUNTOUTUKSEN TARKASTELUUN</b> .....	13
1.1 Mitä on kuntoutus? .....	13
1.2 Sydäntuntoutuksen sijainti terveydenhuoltojärjestelmässä .....	13
1.3 Laatuun ja tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä .....	15
Kirjallisuus .....	17
<b>2 SYDÄNKUNTOUTUS LAAJA-ALAISENA KÄSITTEENÄ</b> .....	19
2.1 Kuntoutuksen sisältö .....	19
2.2 Historiaa ja käytäntöjä eri maissa .....	19
2.2.1 Keski- ja Etelä-Eurooppa .....	20
2.2.2 Iso-Britannia ja Irlanti .....	21
2.2.3 Kanada ja USA .....	23
2.2.4 Skandinaavia .....	23
2.2.5 Suomi .....	24
2.3 Kuntoutuksen vaikuttavuus .....	26
Kirjallisuus .....	29
<b>3 SYDÄNTAUTIA SAIRASTAVIEN SOPEUTUMIS- JA KUNTOUTUSVALMENNUSKURSSIT KELAN TOIMINTANA</b> .....	33
3.1 Hoito- ja kuntoutusvastuu .....	33
3.2 Kuntoutuskurssien järjestäminen .....	33
3.3 Sydäntuntoutuskurssien palvelulinjat ja hakeutuminen kursseille .....	34
3.4 Kurssien suunnittelu laitoksissa .....	35
3.5 Runko-ohjelman suunnittelu ja kurssien toteutus .....	36
3.5.1 Toimenpiteet ennen kurssin alkamista .....	36
3.5.2 Ensimmäinen kurssijakso .....	37
3.5.3 Seurantajakso .....	37
3.5.4 Toimenpiteet kurssien jälkeen .....	38
Kirjallisuus .....	39
<b>4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTTAMINEN</b> .....	40
4.1 Tavoitteet .....	40
4.2 Tutkimusasetelma .....	40
4.3 Mittaristo ja tiedonkeruu .....	41
4.3.1 Erityiset mittarit .....	43
4.3.2 Kuntoutujien ja kuntouttajien ajankäyttö sekä niiden luokitus .....	43
4.3.3 Kuntoutusohjelmien sisältö .....	45
4.4 Tutkimuksen toteutus .....	45
4.5 Tilastolliset menetelmät .....	46
Kirjallisuus .....	46
<b>5 SYDÄNKUNTOUTUSKURSSIEN TOTEUTTAMISKÄYTÄNTÖJÄ</b> .....	48
5.1 Sydäntuntoutuksen yleiset tavoitteet .....	48

5.2	Tavoiteasettelu ja tavoitteiden työstäminen .....	49
5.2.1	Laitosten kurssitavoitteet.....	49
5.2.2	Kuntoutujan tavoitteet.....	49
5.3	Sydäntuntoutuskurssien rakenteet .....	50
5.3.1	Kurssijaksot ja kurssipäivien jakautuminen.....	50
5.3.2	Sydäntuntoutuskurssien tiimit ja muu osallistuva henkilöstö.....	51
5.3.3	Yksilökohtaiset tutkimukset ja haastattelut .....	51
5.3.4	Kliiniset tutkimukset ja haastattelut.....	52
5.3.5	Kuntoutujien ja kuntoutuksen seuranta .....	53
5.4	Kurssiohjelmien sisältö .....	53
5.4.1	Ydintoiminnot ja ohjauskeinot .....	53
5.4.2	Muu kuntoutuskurssin aikainen toiminta .....	54
5.5	Pohdinta .....	55
	Kirjallisuus .....	55
<b>6</b>	<b>KUNTOUTUSKURSSI OSANA PALVELUKETJUA.....</b>	<b>57</b>
6.1	Palveluketjun merkitys kuntoutuksen ja hoidon jatkuvuudessa .....	57
6.2	Palveluketju sydäntuntoutuskurssitutkimuksessa .....	57
6.2.1	Kurssia edeltävä kuntoutus ja kursseille hakeutuminen .....	57
6.2.2	Hoidon jatkuvuus .....	58
6.2.3	Tiedonsaanti ja tarpeet.....	58
6.2.4	Kuntoutusjakson ajoitus.....	60
6.2.5	Hoitosuhteet ja -tahot seurantajakson aikana.....	61
6.3	Yhteenveto ja pohdinta.....	61
	Kirjallisuus .....	64
<b>7</b>	<b>KUNTOUTUJIIEN KOKEMUKSIA .....</b>	<b>66</b>
7.1	Kuntoutujien haastattelu.....	66
7.2	Kuntoutujat .....	66
7.3	Hakeutuminen kurssille ja hoidon jatkuvuus.....	67
7.4	Työ, harrastukset ja omaehtoinen kuntoutus .....	71
7.5	Kurssikokemuksia .....	74
7.6	Haastattelut kerätyn tiedon täydentäjinä .....	76
<b>8</b>	<b>KUNTOUTUJIIEN JA KUNTOUTTAJIIEN AJANKÄYTTÖ.....</b>	<b>77</b>
8.1	Tarkastelun näkökulmat ja aineisto .....	77
8.2	Kurssien kokonaisaika .....	78
8.2.1	Kuntoutuspäivien määrä .....	78
8.2.2	Päätöimintojen kokonaisaika .....	79
8.3	Ydintoiminnot.....	81
8.3.1	Ryhmätoiminnot.....	81
8.3.2	Yksilökohtaiset ohjelmaosuudet ja niihin käytetty työpanos .....	84
8.3.3	Ryhmä- ja yksilöaika yhteensä.....	87
8.4	Dokumentaatioon ja tiedonvälitykseen käytetty työpanos .....	88
8.5	Kokonaistyöpanokset.....	90

8.5.1 Ammattiryhmittäin.....	90
8.5.2 Kurssikoon vaikutus työpanokseen .....	92
8.6 Pohdinta.....	92
Kirjallisuus .....	95
<b>9 KUNTOUTUJIEN ASETTAMAT TAVOITTEET KUNTOUTUMISELLEEN JA NIIDEN TOTEUTUMINEN .....</b>	<b>97</b>
9.1 Taustatietoja .....	97
9.1.1 Ikä ja sukupuoli .....	97
9.1.2 Koulutus, työ ja työkyky .....	98
9.1.3 Sairaushistoria ja nykyinen terveydentila .....	100
9.1.4 Riskitekijät ja nautintoaineet.....	101
9.1.5 Lääkkeiden käyttö .....	102
9.1.6 Alkoholi.....	103
9.1.7 Kuntoutettavuus .....	103
9.2 Kuntoutumistavoitteet ja niiden saavuttaminen .....	104
9.2.1 Tavoitteiden asettaminen ja pysyvyys.....	104
9.2.2 Työelämä .....	105
9.2.3 Paino ja ruokavalio .....	106
9.2.4 Ruumiillinen kunto ja liikunta .....	108
9.2.5 Henkinen hyvinvointi ja sairauteen sopeutuminen .....	109
9.2.6 Tupakka.....	110
9.2.7 Alkoholi .....	110
9.2.8 Hoitosuhde .....	111
9.2.9 Ihmissuhteet .....	111
9.2.10 Vapaa-aika .....	111
9.2.11 Onnistuminen tavoitteiden saavuttamisessa.....	111
9.2.12 Tiimin arvio tavoitteiden saavuttamisesta .....	113
9.2.13 Elämäntilanne vuoden seurantakyselyssä.....	113
9.3 Elämäntilanne ja terveys seurannan aikana .....	114
9.4 Työtilanne ja sen muutokset .....	117
9.5 Elämänlaatu, mieliala ja niiden muutokset seurannan aikana .....	119
9.6 Kurssien sisältö ja oppien hyödyntäminen .....	121
9.6.1 Fyysinen suoriutuminen ja fyysinen hyvinvointi .....	121
9.6.2 Psykososiaalinen hyvinvointi .....	122
9.6.3 Näkökulmia ravitsemusohjauksen onnistumiseen .....	123
9.7 Yhteenveto eri tavoitealueilla havaituista muutoksista vuoden aikana ...	125
9.8 Pohdinta.....	126
Kirjallisuus .....	131
<b>10 LOPPUYHTEENVETO JA SUOSITUKSET .....</b>	<b>134</b>
10.1 Suosituksia sydänkuntoutuksen parantamiseksi.....	137

<b>LIITTEET</b> .....	139
Liite 1: Kuntoutuskurssien toteuttamiseen ja kurssilaisten osallistumiseen liittyvien tietojen keruu ja luokittelu .....	141
Liite 2: Ydintoimintojen kuvaus ja luokitus .....	144
Liite 3: Kysely niille sydäntuntoutusta toteuttaville laitoksille, otka eivät olleet mukana tutkimushankkeessa .....	147
Liite 4: Kysely sydäntuntoutusta koskevassa hankkeessa mukana olleille laitoksille.....	148
Liite: Tiedote sydänkurseja käsittelevän haastattelun aihepiireistä.....	150



## 1 SUUNNISTUSKARTTA KUNTOUTUKSEN TARKASTELUUN

### 1.1 Mitä on kuntoutus?

Kuntoutuslonteossa on esitetty viimeisin määritelmä siitä, mitä kuntoutus on.

”Kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäkestoista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa.” (Kuntoutuslonteko 2002.)

Kuntoutus-käsite on näin laajentunut ulottumaan työ- ja toimintakyvyn parantamisesta myös elämänhallinnan edistämiseen. Kuntoutumisprosessin lähtökohtana on kuntoutujan ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksellinen ja tavoitteellinen muutos.

Kelan kuntoutuksen yleistavoitteet ohjaavat kaikkea Kelan järjestämää kuntoutusta:

”Kelan kuntoutuksen tavoitteena on järjestää sellaista lääkinnällistä tai ammatillista kuntoutusta, joka vastaa kuntoutujan tarpeisiin ja yhteiskunnan asettamiin vaatimuksiin, on luotettavaa ja turvallista ja jonka avulla lain piiriin kuuluvien kuntoutujien työ- ja toimintakyky voidaan ylläpitää ja edistää” (Kela 2003, 2).

Yksilön ja yhteiskunnan edut painottuvat näissä tavoitteissa tasapuolisesti.

Suomalaisessa kuntoutustoiminnassa on meneillään toimintamallien ja -periaatteiden muutos vajavuuksien korjaamisesta ihmisen kokonaisvaltaiseen vahvistamiseen. Kuntoutujan bio-psykososiaalisten voimavarojen ja toimintaresurssien nähdään olevan yhteydessä perheeseen, työhön ja työympäristöön sekä ympäröivään yhteiskuntaan. Kuntoutus perustuu kuntoutujan omiin tavoitteisiin, jotka prosessin edetessä muotoutuvat ja täsmentyvät kuntoutustyön asiantuntijoiden kanssa. Kuntoutuksen valtaistavalla (empowerment) työotteella pyritään auttamaan kuntoutujaa, että hän uskoisi omiin mahdollisuuksiinsa selviytyä vaikeistakin tilanteista ja pääsisi elämäänsä eteenpäin (Järvikoski ja Härkäpää 2004, 158–160).

### 1.2 Sydänkuntoutuksen sijainti terveydenhuoltojärjestelmässä

Tässä raportissa ja tutkimuksessamme käsitellään vain sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutusta ja siihen kuuluvaa sekundaaripreventiota. Sepelvaltimopotilaan kuntoutuksesta käytetään sanaa sydänkuntoutus. Termi on sikäli virheellinen, että kyse ei ole pelkästä sydämen kuntoutuksesta vaan kokonaisesta ihmisestä, jonka fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja elämäntilannetta yritetään parantaa kuntoutuksen keinoin. Käytämme silti tätä termiä, sillä se on vakiintunut.

Sydänkuntoutukseen osallistujien sairaus- ja kuntoutusprosessi alkaa siitä, kun sairaus todetaan perusterveydenhuollossa tai potilas tarvitsee välittömästi erikoissairaanhoidon toimenpiteitä. Sepelvaltimotautia sairastavien kuntoutuksessa ei voida vetää tarkkaa rajaa lääketieteellisen hoidon, kuntoutuksen ja sekundaariprevention välille, vaan nämä limittyvät toisiinsa (Hämäläinen 2000). Sepelvaltimotauti on pitkäaikais-sairaus, jonka hallintaan potilas tarvitsee yleensä pysyvästi terveydentilansa seuranta, tarkastuksia ja tilanteenmukaista neuvontaa. Monella potilaalla on lisäksi muita pitkäaikais-sairauksia, joiden vaikutus tulisi huomioida kuntoutuksen muutenkin hyvin moniulotteisessa kentässä. Kuntoutujan näkökulmasta sydänkuntoutuskurssi voi olla yksi monista tärkeistä toimenpiteistä hänen hoidon ja kuntoutuksen jatkumollaan.

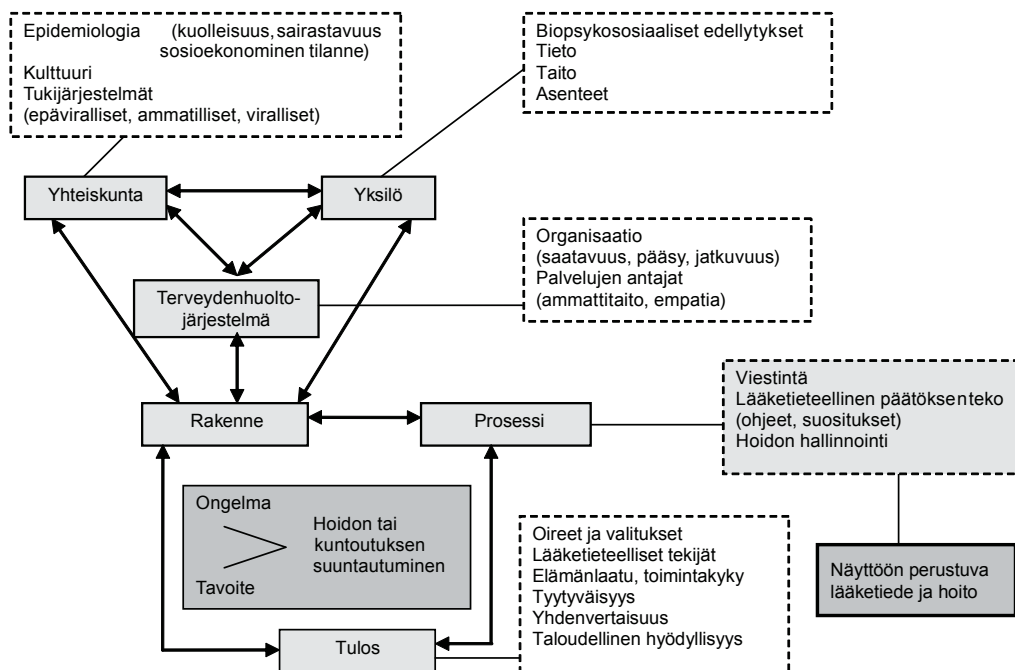
”Kuntoutus eroaa tavanomaisesta hoidosta ja huollosta monialaisuutensa ja menetelmiensä vuoksi. Hoidon ja kuntoutuksen raja ei kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa selvä eikä sitä ole aina tarpeen vetääkään” (Kuntoutusselonteko 2002).

On tavanomaista puhua kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta, joka kattaa kuntoutujan koko elämäntilanteen ja johon kuuluu sekä kuntoutujan biopsykososiaalinen minä että hänen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ympäristönsä (Talo ym. 2001). Tässä raportissa pyritään tarkastelemaan sepelvaltimopotilaiden kuntoutusta niin kuntoutujan kuin myös järjestelmän näkökulmasta. Tutkimuskohteena on se kokonaisuus, joka tuottaa kuntoutujalle optimaalisen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän. Tarkastelun orientaatiivälineenä tai karttana toimii kuviossa 1 esitetty kehys, jonka mukaan voidaan paikantaa raportissa käsiteltävien osa-alueiden sijainti ja suhde kokonaisuuteen.

Donabedianin 1960-luvulla luomaa ja ”Donabedianin kolmioksi” kutsuttua teoreettista kehystä ”rakenne, prosessi ja tulos”, käytetään edelleen terveydenhoito- ja kuntoutusjärjestelmien laadun tarkastelussa (Donabedian 1980; 1988). De Maeseneer työtovereineen (2003) on laajentanut tämän teorian kattamaa aluetta ajankohtaisten vaatimusten ja hyväksi todettujen sekä yleisten käytäntöjen suuntaan. Kehyksessä hoidon tai kuntoutustapahtuman rakenne muodostuu kolmesta keskenään toisiinsa liittyvästä komponentista: yhteiskunnasta, yksilöstä ja terveydenhuoltojärjestelmästä. Prosessi viittaa kaikkiin interventioihin ja vuorovaikutuksiin potilaan, tässä kuntoutujan, ja hoitoon sekä kuntoutukseen osallistuvien ammattihenkilöiden ja muiden asiantuntijoiden välillä. Näkemys hyvästä hoidosta ja hyvästä kuntoutuksesta on siirtynyt ongelmakeskeisyydestä tavoitekeskeisyyteen. De Maeseneer työtovereineen painottavat prosessin laadun riippuvuutta riittävästä, pätevistä tiedonvälityksestä, lääketieteellisestä päätöksenteosta sekä hoidon ja kuntoutuksen johtamisesta ja hallinnasta. (De Maeseneer ym. 2003.)

Prosessit ja rakenteet ovat erottamattomasti yhteydessä ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Eri laatu-komponenttien monimutkaisuus korostuu: lineaarisella ja mekanistisella lähestymisellä ei ole mahdollista parantaa hoidon tai kuntoutuksen laatua, vaan laadun monitahoiset determinantit ulottuvat terveydenhuoltojärjestelmään ja tulevat siten osaksi yhteiskuntaa ja yksilön omaa elämää. (De Maeseneer ym. 2003.)

**Kuvio 1.** Terveysthuoltojärjestelmän toiminnan rakenteen, prosessin ja tuloksen teoreettinen kehys De Maeseneerin ym. (2003) soveltaman mallin mukaan.



### 1.3 Laatuun ja tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä

Sydäntuntoutuksessa lääketieteellinen hoito (sekundaaripreventio) ja kuntoutus etenevät rinnakkain. Ne täydentävät toisiaan, ja molemmat alueet ovat sydänpotilaalle/sydäntuntoutujalle välttämätöntä ja jatkuvaa toimintaa riippumatta siitä, missä toimintaympäristössä kuntoutusta toteutetaan: kotiloissa, avohuollossa tai laitoksissa.

Yhdysvaltalaisen The Institute of Medicinin määritelmä terveydenhoidon laadusta on kansainvälisesti yleisesti hyväksytty:

”Hoidon laatua on se, missä määrin yksilöille ja väestöryhmille annetut terveystalvet lisäävät todennäköisyyttä toivottujen terveystalosten saavuttamiseen ja että ne ovat yhtäpitäviä nykyisen ammatillisen tietämyksen kanssa” (Lohr 1990).

Keskusteluun terveydenhuollon laadusta ja tuloksellisuudesta liittyy yhteiskunnallisia arviointikysymyksiä. Hoitojärjestelmiä arvioitaessa pohditaan juuri nyt sitä, miten vaikuttavuus voitaisiin määrittää: mikä hoidossa vaikuttaa ja millainen ajoitus on tuloksellinen (Evans ym. 2001). Hoidon laadun käsite on muutosvaiheessa. Hoidon



vaikuttavuus ja lopputulos nähdään hoidon rakenteiden ja prosessien tehokkuuden ja toimivuuden tuloksena, johon sisältyy myös yksilön näkökulmana hoitoon pääsy ja sen tehokkuus (Campbell ym. 2000). Lisäksi käydään keskustelua terveydenhuollon perinteisestä paradigmatista: onko biolääketieteellinen malli riittävä nykyisen yhteiskunnan terveydenhoitojärjestelmään (Wade ja Halligan 2005). Kaikki yllä mainittu voidaan yleistää myös kuntoutukseen.

Käsitys hoidon tai kuntoutuksen tuloksesta ja laadusta nähdään aikaisempaa laajemmin: se siirtyy ”ulos laitoksista ja sairaaloista” integroituen sosiaali- ja terveydenhuollon kautta jokapäiväiseen elämään ja sosiaaliseen ympäristöön. Vaikuttavuuteen sisällytetään ihmisen terveys, toimintakyky ja hyvinvointi sekä se, että hän pystyy toimimaan optimaalisesti omassa sosiaalisessa ympäristössään (WHO 2001). Potilaan näkökulmasta tärkeämpi tulos voi olla mahdollisuus osallistua sosiaaliseen elämään kuin jonkin testiarvon muutokset (De Maeseneer ym. 2003).

Sydänkuntoutus on usean sairaanhoidon ja terveydenhuollon tahon ja niiden yksikköjen tarjoama palvelukokonaisuus. Valtakunnallisen suosituksen mukaan palveluketju määritellään seuraavasti:

”Palveluketju (hoitoketju) muodostaa asiakkaan laajemman palvelukokonaisuuden, johon osallistuu useampia sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita julkisella ja/ tai yksityisellä sektorilla ja mahdollisesti myös muiden sektoreiden organisaatioita. Laadunhallinnan kannalta kriittisiä kohteita ovat prosessien sekä palvelulinjojen liittymiskohdat, asiakkaalle palvelujen sujuvuus.” (Sosiaali- ja terveydenhuollon... 1999, 21–24.)

Jotta hoito olisi laadukasta, potilaalla tulisi olla yksi vakituinen vastuutaho, joka ohjaa potilaan hoitoa kokonaisuutena sekä huolehtii hoitoprosessin etenemistä. Tässä yhteydessä hoidolla tarkoitetaan kaikkia niitä ammattihenkilöiden tai ammattihenkilöryhmien tekemiä toimenpiteitä, ohjaus- ja neuvontatilaisuuksia sekä käytännön harjoituksia, jotka liittyvät kuntoutukseen ja sekundaaripreventioon.

Kelan lääkinnällinen kuntoutus sekä perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito kohtaavat sydänpotilaan kuntoutuksessa ja hoidossa. Ne on rahoitettu julkisin varoin, ja ne kuuluvat julkishallinnon valvonnan alaisuuteen. Ne vaikuttavat toisiinsa, ja niiden laatukysymykset ovat yhteisiä. Kelan järjestämän kuntoutuksen pitäisi olla tarkoituksenmukaisella tavalla integroitunut yleiseen perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon mutta muodostaa kuitenkin oma ja tarpeellinen kokonaisuutensa.

Kun tarkastellaan sydänkuntoutuksen vaikuttavuutta kansainvälisten lääketieteellisten tietolähteiden valossa, korostuu tieteellinen näyttö sepelvaltimotaudin sekundaariprevention tuloksista (Taylor ym. 2004). Tiedemaailma luottaa pääasiassa satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten tuloksiin. Niissä tulosmuuttujana on aikaisemmin ollut ainoastaan niin lopullinen tapahtuma kuin kuolema. Myöhemmin

on tarkastelunäkökulmaa laajennettu riskitekijöissä tapahtuviin muutoksiin ja elämänlaatuun. Rasva-arvojen tai muiden riskitekijöiden muutokset voidaan kuitenkin katsoa hoidon seurauksiksi eli puhtaasti tehokkaan lääkehoidon vaikutuksiksi, ellei kuntoutusohjelmassa ole paneuduttu kunnolliseen elintapojen muutosten ohjaukseen. Lääkehoidon vallatessa alaa kaikilla sektoreilla monet auktoriteetit kuitenkin korostavat elintapojen muutoksen tärkeyttä lääkehoidon ohessa.

Jos puhutaan yksilön kuntoutumisesta ja tästä näkökulmasta myös kuntoutuksesta, on asetettava toisenlaisia tulostavoitteita kuin pelkästään kuolleisuusriskin väheneminen. Kuntoutuksen parissa toimivat ovatkin lähteneet siitä, että kussakin tapauksessa on sovittava ne tavoitteet, mihin juuri siinä tutkimuksessa pyritään, ja ne henkilökohdaiset tavoitteet, mihin yksittäinen kuntoutuja pyrkii. Tällöin saattaa olla vaikeaa määritellä niitä kriteerit täyttäviä korkeatasoisia mittareita, millä kuntoutustulosta mitataan. Kuntoutumisessa on usein kyse ihmisen yleisestä hyvinvoinnista, ja tästä syystä pehmeitä elämänarvoja on nostettu esiin.

## KIRJALLISUUS

Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1611–1625.

De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1314–1319.

Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1980.*

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743–1748.

Evans DB, Tan-Torres Edejer T, Lauer J, Frenk J, Murray C. Measuring quality: from the system to the provider. *Int J Q Health Care* 2001; 13: 439–446.

Hämäläinen H. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutus – näyttöön perustuvaa lääketiedettäkö? *Suom Lääkäril* 2000; 55: 4619–4623.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY, 2004.

Kansaneläkelaitoksen laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Versio 9 / 31.3 2003. Kansaneläkelaitos. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kuntoutuslinja, 2003.

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston antama selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriö 2002: 6.

Lohr KN. Medicare. A strategy for quality assurance, vol. I. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press, 1990.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, 1999.

Talo S, Wikström J, Metteri A. Kuntoutuminen monitieteisenä ja -tasoisena prosessina. Julkaisussa: Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaan I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2001: 55–71.

Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, ym. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004; 116: 682–692.

Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ* 2004; 329: 1398–1401.

WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva 2001. Laitoksen käänös: Stakes. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Jyväskylä: Gummerus, 2004.

## 2 SYDÄNKUNTOUTUS LAAJA-ALAISENA KÄSITTEENÄ

### 2.1 Kuntoutuksen sisältö

Nykyään sydänkuntoutus käsitetään kaikissa maissa hyvin laaja-alaisesti, jopa niin, että lähes kaikki, mikä liittyy sydänpotilaiden sairaalan ulkopuoliseen hoitoon, kuuluu kuntoutukseen. Euroopan kardiologisen seuran Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology on listannut seuraavat kuntoutuksen osat: fyysinen harjoittelu ja liikuntaneuvonta, tupakanpolton lopettaminen, rasva-aineenvaihdunnan hoito, verenpainetaudin hoito, sokeritaudin hoito, painon lasku sekä psykososiaalinen tuki (Giannuzzi ym. 2003). Näistä suurin osa liittyy selvästi riskitekijöihin eli sekundaaripreventioon. Aikaisemmin listalla oli myös ammatillinen kuntoutus, joka on nyt poistettu ja jolla ei ilmeisesti ole missään maassa ollut kovin merkittävää osuutta kuntoutuksen kokonaisuudessa. Osittain tämän selittää se, että työikäisten potilaiden määrä vähenee ja heidät pyritään hoitamaan niin hyvin, että työhönpaluu sujuu useimmissa tapauksissa ilman ammatillista kuntoutusta. Tämä ei kuitenkaan poista sitä tosiasiaa, että ammatillista kuntoutusta vieläkin tarvitaan, mutta sen unohtaminen on merkinnyt kehityksen ja tarpeen arvioinnin laiminlyöntiä.

Tuore amerikkalainen tieteellinen julkilausuma (Leon ym. 2005) on tehnyt seuraavanlaisen luettelon kuntoutuksessa huomioitavista asioista: potilaan tilanteen arviointi, ravitsemusneuvonta, aggressiivinen riskitekijöiden hoito, psykososiaalinen ja ammatillinen ohjaus sekä liikuntaneuvonta ja fyysinen harjoittelu. Näiden lisäksi asianmukainen tieteelliseen näyttöön perustuva lääkehoito on ehdottoman tärkeä. Kohderyhmään kuuluviksi sisällytetään sydäninfarkti-, ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden lisäksi vakaata sydämen vajaatoimintaa sairastavat ja katkokävelyoireesta kärsivät, uutta sydäntä odottavat ja sen saaneet sekä läppäleikatut potilaat. Julkilausumassa ollaan edelleen huolissaan siitä, että vain noin 10–20 % sydäninfarkti- tai ohitusleikkauspotilaista saa kuntoutusta. Tästäkin syystä korostetaan tavanomaisen sairaalan tai kuntoutuslaitoksen lisäksi kotiympäristössä tapahtuvaa toimintaa, jota hoitoalan ammattilainen, tavallisesti sairaanhoitaja, ohjaa. Tämän lisäksi suositellaan avohoidon moniammatillisia kuntoutusryhmiä.

Kun sepelvaltimotautia sairastavaa henkilöä aletaan kuntouttaa akuutin kohtauksen tai toimenpiteen jälkeen, on tärkeä ajatella myös taudin mahdollista etenemistä. Moniin sepelvaltimotaudin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa lääkehoidon lisäksi erittäin paljon myös elintavoilla. Epäterveellisten tapojen muuttaminen ei ole aina helppoa, ja siitä syystä tarvitaan monenlaisia keinoja, neuvontaa ja motivaation vahvistamista. Näin ollen on hyvin vaikea vetää tarkkaa rajaa hyvän hoidon, sekundaariprevention ja kuntoutuksen välille; ne limittyvät enemmän tai vähemmän toisiinsa.

### 2.2 Historiaa ja käytäntöjä eri maissa

Sydänpotilaiden kuntoutuksen voidaan katsoa alkaneen siitä, että viime vuosisadan puolivälissä infarktin sairastaneet potilaat saivat nousta vuodelevon sijaan nojatuoliin.

Tämä ja liikunnan varovainen aloittaminen merkitsivät pitkän vuodelevon haittojen torjuntaa ja fyysisen kunnon kohoamista. Sairaalavaiheen jälkeiset ohjelmat sisälsivätkin aluksi pelkästään liikuntaa. Tämän jälkeen infarktipotilaiden sairaalahoitovaihe on lyhentynyt ja potilaat on päästetty jalkeille yhä aikaisemmin, ja pitkän vuodelevon aiheuttamat ongelmatkin on voitu välttää.

Euroopan kardiologisen seuran EuroPrevent 2006 -kokouksessa Ateenassa sveitsiläinen H. Sanerin esitti tilannekatsauksen sydäntuntoutuksesta Euroopassa. Kuntoutusta toteutetaan hyvin eri laajuisena eri maissa. Sairaalassa hoidetuista sepelvaltimotautia sairastavista ja kuntoutusta saaneista potilaista Sanerinilla oli seuraavia lukuja: Irlanti 70 %, Ruotsi 50–75 %, Englanti 20–84 %, Saksa 70 %, Sveitsi 70 %, Pohjois-Italia 25 %, Kreikka 5–10 % ja Espanja alle 5 %. Suomikin oli listalla, mutta numeroiden paikalla oli kysymysmerkki, koska meiltä ei ole tuoreita tilastoja. Saksassa, Itävallassa, Sveitsissä, Pohjois-Italiassa, Etelä-Ranskassa ja Itä-Euroopassa kuntoutus on pääasiassa laituskuntoutusta, muualla avokuntoutusta.

### 2.2.1 Keski- ja Etelä-Eurooppa

1960-luvulla mm. WHO kiinnitti huomiota sydänpotilaiden kuntoutukseen, ja tällöin Saksassa ryhdyttiin rakentamaan kuntoutuslaitosverkostoa. Samanlainen toiminta käynnistyi muissakin Keski- ja Etelä-Euroopan maissa, erityisesti Italiassa. Saksalaiset kuntoutuslaitokset ovat olleet alusta lähtien hyvin varustettuja, ja niissä on voitu tehdä hyvin monipuolisia sydäntutkimuksia. Maassa on ollut tapana ohjata potilaita heti sairaalavaiheen jälkeen neljä viikkoa kestäväälle kuntoutuslaitosjaksolle (Dursch ja Schulz 2003), jonka kustannukset vakuutusyhtiöt maksavat ilmeisesti suurelta osin. Yli puolet potilaista ei kuitenkaan osallistu laitosisjaksolle (Wendt 1999). Jo aikaisemmin Saksassa on ollut tapana jatkaa laitosisvaiheen jälkeen jopa vuosia liikuntaryhmiä, joita valvoo lääkäri ja joilla on näin ollen ollut aina hyvä ensiapuvalmius, ns. ”Herz Gruppen” (Halle ym. 1998). Tällainen kuntoutus on hankitun kunnon ylläpitoa.

Euroopan neuvoston Public Health Officen kokouksessa Luxemburgissa vuonna 1989 aiheena oli ”Comprehensive Cardiac Care”. Pohjoismaalaiset yllätti, että kokouksessa käsiteltiin kuitenkin lähes yksinomaan ylläpitovaiheen kuntoutusta (Matti Arstila, henkilökohtainen tiedonanto 2006). Tuolloin Länsi-Saksassa toimi 2000 sydänryhmää, jotka kokoontuivat vuodesta toiseen 5000 lääkärin johdolla. Kokouksessa sovittiin, että harhaanjohtavasta termistä luovutaan ja ylläpitovaiheen kuntoutuksesta käytetään jatkossa nimitystä ”Cardiac Rehabilitation Groups”.

1990-luvun alkuvaiheessa Saksassakin ryhdyttiin kyseenalaistamaan alkuvaiheen kuntoutuksen toteuttamista laitoksissa, kun alkoi ilmestyä yhä enemmän raportteja akuutin sairaanhoitovaiheen jälkeisestä avokuntoutuksesta. Niinpä Saksassakin ryhdyttiin kokeilemaan niin sanottua ”Frankfurtin mallia” (Wendt 1999, Wendt ym. 1999) ja ”Kölnin mallia” (Bjarnason-Wehrens ym. 1999) eli malleja, joissa kuntoutus joko osaksi tai kokonaan siirrettiin avohoitoon. Vielä vuosikymmenen loppupuolella

näistä tosin raportoitiin vain kokeilumalleina. Avohoitoon siirtymiseen on voinut vaikuttaa myös se, että laitosjaksoa on pidetty kalliina ja sen vaikutuksia esim. työhönpaluuseen vaatimattomina. Huolimatta 4–6 viikon laitoskuntoutusjaksosta vain puolet sydäninfarktin sairastaneista palaa työhön (Kübler ym. 1994).

Myös Italia kuuluu niihin maihin, joissa toteutetaan yleisesti laitoskuntoutusta. Vuonna 2001 Italiassa oli 144 kuntoutusyksikköä, joista suurin osa toimi sairaaloiden (58 % yleisten sairaaloiden ja 23 % yksityisten sairaaloiden) yhteydessä ja vain 8 % oli varsinaisia kuntoutussairaaloita (Urbinati ym. 2003). Kaiken kaikkiaan n. 60 000 potilasta osallistui kuntoutukseen kyseisenä vuonna. Suurin ryhmä olivat sydänleikatut. Infarktipotilaiden ohjelma alkoi 11.–20. päivänä infarktista ja kesti 21–34 päivää.

Italialaiset yrittivät saada muita Euroopan maita mukaan hankkeeseen, jossa oli tarkoitus luoda eurooppalainen tietokanta, joka sisältää tietoja mm. kuntoutuslaitosten tutkimusvalikoimasta ja -välineistä sekä kuntoutusohjelmista ja tämän lisäksi jokaisen potilaan tautihistoriasta, tutkimuksista, hoidosta ja kuntoutumisesta. Kerättävää tietoa olisi ollut paljon, eikä kansainvälinen hanke saanut tarpeeksi rahoitusta. Italialaiset itse voivat omalta kansalliselta pohjaltaan tuottaa erilaisia kuntoutusta koskevia tilastoja tästä tietokannastaan.

### 2.2.2 Iso-Britannia ja Irlanti

Isossa-Britanniassa sovittiin kansallisista sydänkuntoutusohjeista 1990-luvun lopulla (Thompson ym. 1996). Niissä kiinnitettiin erityistä huomiota monitieteelliseen lähestymistapaan, yksilöllisiin ohjeisiin ja potilaan psykososiaalisen tilanteen huomiointiin (Audit Commission 1995; Lewin ym. 1998). Ison-Britannian kansallinen terveydenhoitojärjestelmä (NSF) ohjeisti sepelvaltimotaudin preventio-, hoito- ja kuntoutustoimet varsin tarkasti vuosituhannen vaihteessa (Department of Health 2000). Ohjeet on jaettu eri osa-alueisiin, joista jokaisella on oma standardinsa. Kuntoutus kuuluu seitsemänteen alueeseen. Sen standardi on seuraavanlainen:

”NHS Trusts should put in place agreed protocols/systems of care so that, prior to leaving hospital, people admitted to hospital suffering from coronary heart disease have been invited to participate in a multidisciplinary programme of secondary prevention and cardiac rehabilitation. The aim of the programme will be to reduce their risk of subsequent cardiac problems and to promote their return to full and normal life.”

Ohjeissa on lueteltu, mitä toimenpiteitä tulee tehdä ennen sairaalasta kotiutusta, pian sen jälkeen, neljä viikkoa akuutin kohtauksen jälkeen ja myöhemmässä seurantavaiheessa. Ohjeita annetaan kuntoutushenkilöstön kouluttamisesta, liikuntaryhmistä, elämäntapaneuvonnasta, psykologisesta tuesta ja kuntoutuksen integroimisesta primäärihoitoon. On kirjattava, kuinka paljon sepelvaltimotautia sairastavia potilaita hoidetaan sairaalassa ja kuinka monelle kuntoutusta järjestetään.

Kuntoutujien tavoitteiksi brittiohjeissa kirjattiin, että potilaat harrastavat liikuntaa vähintään viitenä päivänä viikossa vähintään puoli tuntia kerrallaan eivätkä tupakoi ja että heidän painoindeksi on alle 30 kg/m<sup>2</sup>. NSF-tavoite on, että vuoden kuluttua sairaalahoidosta vähintään 85 % sepelvaltimopotilaista on kutsuttu kuntoutusohjelmaan, yli puolet on tupakoimatta ja yli puolella painoindeksi on alle 30 kg/m<sup>2</sup>. Tavoitteet on kuitenkin asetettu liian alhaisiksi, koska useimmat kuntoutujat täyttävät ne tupakoinnin ja painon osalta ennen kuntoutuksen alkamista (Evans ym. 2006). Yllä mainittujen seikkojen lisäksi NSF-ohjeisiin liittyy sekä itse kuntoutusohjelmaa että kuntoutujaa koskevia tiedonkeräyslomakkeita mittaristoineen. Toiminnan tuloksia myös auditoidaan (Dataset Project 2006).

Lisäksi Skotlannissa on oma verkostonsa Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Sen ohjeet ovat hyvin samantapaiset kuin NSF-ohjeet. Erityisesti on syytä mainita ”Heart Manual” -ohjelma, jota toteutetaan äkillisen sydänkohtauksen jälkeen sairaalasta kotiuduttua ja jossa samalla potilas itse opiskelee sairautta ja siihen liittyviä kysymyksiä (Lewin 1998).

Irlannissa julkaistiin vuonna 1999 kansallinen sydänterveystien strategia, johon liittyivät myös ohjeet sydänkuntoutuksen toteuttamisesta (Department of Health 1999). Vuonna 2003 kohdistettiin kysely kaikille 39:lle sydänpotilaita hoitavalle sairaalalle (Lavin ym. 2005). Kaikissa näissä toteutettiin sairaalavaiheen aikana moniammatillista kuntoutusohjelmaa ja kolme neljäsosa potilaista sai yksilöllisen kuntoutussuunnitelman kotiinlähdevaiheessa. Välittömästi sairaalavaiheen jälkeistä kuntoutusta järjesti 82 % sairaaloista ja myöhempään toipumisvaiheeseen sijoittuvaa kuntoutusta 77 %. Neljäsosa sairaaloista järjesti vielä myöhempään eli ylläpitovaiheeseen sijoittuvaa toimintaa. Tätä irlantilaisien kehittämää varsin mittavaa tiedonkeruuta toteutetaan myös eri keskuksissa Englannissa, Sveitsissä, Ruotsissa ja Belgiassa (Hannah MacGee, henkilökohtainen tiedonanto 2006).

Brittiläinen järjestelmä luo pohjan tilastoille, joita tällä hetkellä on saatavissa mm. vuodelta 2000 eli aivan tuoreeltaan edellä mainittujen ohjeiden jälkeen (Beswick ym. 2004). Tuolloin Englannin sairaaloissa hoidettiin lähes 270 000 sepelvaltimopotilasta, joista kuitenkin vain 22–33 % kutsuttiin eri alueilla kuntoutusohjelmaan ja osallistuneita oli 13–20 %. Jos potilasjoukko rajattiin käsittämään ainoastaan akuutin sydäninfarktin tai epästabiliin angina pectoriksen, ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen vuoksi sairaalassa hoidetut 130 000 potilasta, kutsuttuja määrä oli 45–67 % ja osallistuneita 27–41 %. Raportissa yritetäänkin selvittää, mitkä ryhmät ovat saaneet huonosti kuntoutusta ja miten tilannetta voitaisiin parantaa. Näiden yleisten ohjeiden perusteella esimerkiksi Lontoossa on rekrytoitu ensi kerran sepelvaltimotaudin takia sairaalaan tulevia potilaita poliklinikalla tapahtuvaan 12 viikon ohjelmaan, jossa kartoitetaan riskitekijät ja ohjataan terveellisiin elämäntapoihin ja jossa potilaat voivat osallistua liikuntaan kerran viikossa (Fox ym. 2001).

Myös brittiläiseen maailmaan kuuluu standardi kuntoutuksen tavoitteellisuudesta:

”All patients entering a rehabilitation programme should have a set of goals established and agreed between the team and the patient/family within a defined time from entry (Target 90%). All patients enrolled in a rehabilitation programme should have at least one agreed outcome measure assessed on admission and discharge from the programme (Target 75%).” (Turner-Stokes 2002.)

### 2.2.3 Kanada ja USA

Vuonna 2001 Kanadassa Ontarion terveysministeriö myönsi rahoituksen pilotti-projektille, jonka tarkoituksena oli luoda malli, miten toteuttaa avohoidossa laaja-alaista sydänpotilaiden kuntoutusta (Arthur ym. 2004). Taustalla oli mm. Kanadan FinOHTAa vastaavan terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön tekemä katsaus sydänkuntoutuksen positiivisesta taloudellisesta vaikuttavuudesta (Brown ym. 2003). Projektiin osallistui n. 5 000 potilasta kaikkiaan 17 keskuksessa, jotka tarjosivat yhteneväistä kuntoutusta. Tässä mallissa liikuntaohjelmaa tarjottiin 97 %:lle potilaista ja 94 % osallistui siihen (Stone 2004). Vain puolelle potilaista tarjouduttiin antamaan ravitsemusneuvontaa, ja alle puolet otti tarjouksen vastaan. Suurin piirtein saman verran osallistui psykologin neuvontaan. Tämän projektin tuotoksena olivat mm. suositukset siitä, miten maakunnallisesti organisoitaisiin kattava kuntoutus kaikille sydänpotilaille.

Edellä mainitussa EuroPrevent 2006 -kokouksessa kuultiin myös Yhdysvaltojen tilanne, kun P. Ades esitteli sikäläistä käytäntöä. Medicare koskee yli 65-vuotiaita, ja se sallii akuutin sydäntapahtuman tai ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen jälkeen 36 eri ohjaus- ja liikuntatilaisuutta. Ohjelma alkaa noin kuukauden kuluttua sairaalavaiheen jälkeen. Eurooppalaisesta käytännöstä poiketen Medicare-ohjelma ei laske mukaan vajaatoimintaa sairastavia, mutta muuten se kattaa tavanomaiset sydänpotilaat. Työikäisillä on yleensä vakuutusyhtiöiden kattama kuntoutus, johon ei kuitenkaan kuulu kuin 12–18 ohjaustilaisuutta. Kuntoutukseen osallistuminen vaihtelee osavaltioittain, ja se kohdistuu keskimäärin vain 14 %:iin niistä, joille se olisi tarkoitettu.

### 2.2.4 Skandinavia

Skandinavian maista Tanskassa on panostettu sydänpotilaiden kuntoutukseen ja myös kerätty tietoa sen toteuttamisesta (Zwisler 2004). Tanskalaiset ovat mm. tehneet kyselyjä sydänkuntoutuksen toteuttamisesta vuosina 1986, 1990, 1996 ja 1999. Tänä aikana niiden sairaaloiden määrä, jotka ovat ryhtyneet toteuttamaan liikunnallista kuntoutusta ja antamaan psykososiaalista tukea, on lisääntynyt 20 %:sta noin 80 %:iin. Kuntoutus sisälsi sekä sairaalavaiheessa että toipumisvaiheessa liikuntaa, psykososiaalista tukea, ravitsemusohjausta ja tupakoinnin lopettamiseen tähtäävää neuvontaa kutakin noin



neljässä sairaalassa viidestä. Kaikkia näitä komponentteja oli kuitenkin vain noin puolessa kyselyyn vastanneista sairaaloista vuonna 1999 (Zwisler ym. 2005).

Naapurimaassa Ruotsissa niissä sairaaloissa, jotka hoitavat sydänkuntoutuksen parhaiten, toimii tiimi, johon kuuluu lääkärin ja sairaanhoitajan lisäksi fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykologi, sairausvakuutuskassan edustaja, apteekkari, työterapeutti sekä kuraattori (Bo Hedbäck henkilökohtainen tiedonanto 2006). Kaikissa sairaaloissa ei toki ole koko valikoimaa tiimiläisiä. Sairaalavaiheen jälkeen puolet potilaista osallistuu ns. sydänkouluun, jossa käsitellään kaikkia mahdollisia sairauteen liittyviä kysymyksiä. Ravitsemusneuvonta voidaan toteuttaa ruoanlaittokursseina. Liikuntaryhmät toimivat ilmeisesti ainakin lähes kaikissa sairaaloissa, ja yli puolet potilaista osallistuu niihin.

Sairaloista puolet kuuluu SEPHIAan, laatujärjestelmään, jossa potilaita seurataan akuutin tapahtuman jälkeen vastaanotolla tai tarvittaessa puhelimitse (SEPHIA 2006). Tähän järjestelmään rekisteröidään oireet, elämänlaatu, työkyky, sosiaalinen tilanne, elämäntapamuutokset, lääkitys, riskitekijämuutokset, tarve kajoaviin toimenpiteisiin, uudelleen sairastuminen ja joitakin taloudellisia seikkoja. SEPHIA-rekisteröinti on alkanut vasta vuoden 2005 alussa muutamissa sairaaloissa ja leviää kaiken aikaa, joten ensimmäisen seurantavuoden tilastot kattavat vasta 27 % tänä aikana hoidetuista potilaista. Niistä kuitenkin jo saa käsityksen, että esimerkiksi tupakoinnin, verenpaineen ja LDL-kolesterolin kohdalla n. 70 % potilaista pääsi tavoitteeseen keskimäärin 8 viikon kohdalla suoritettussa seurannassa.

### *2.2.5 Suomi*

Suomessa sydänpotilaiden kuntoutus alkoi jo 1960-luvun alussa Työterveyslaitoksen silloisella kuntoutusosastolla apulaisprofessori Juha Hakkilan aloitteesta (Hakkila ja Rinne 1963). Kuntoutustyöryhmään kuuluivat lääkärin lisäksi fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti sekä tavanomainen sairaalan osaston henkilökunta, koska kuntoutus nivoutui akuuttiin vaiheeseen ja kesti 1,5–4 viikkoa. Kuntoutus oli liikuntapainotteista, mutta huomion kohteena olivat myös potilaan kotiolot ja työympäristö. Vuoden kuluttua sadasta potilaasta 9 oli kuollut ja 76 palannut työhön. Tulosta voidaan pitää varsin hyvänä. Suomi oli näin Ruotsin ja Yhdysvaltojen kanssa kehityksen kärjessä sydänpotilaiden varhaisessa aktivoimisessa ja sairaalavaiheen hoitojakson lyhentämisessä.

Työterveyslaitoksella aloitettua toimintaa jatkoi sitten Kuntoutussäätiö, jonka kuntoutuskeskus sijaitsee Helsingin Malminkartanossa. Keskuksessa annetaan Kelankin maksamaa kuntoutusta. Ensimmäiset kurssit siellä järjestettiin jo vuonna 1961 (Julkunen 1988). Kuntoutussäätiö aloitti myös fysioterapeuttien koulutuksen sydänryhmien vetäjiksi. Jo 1970-luvun alussa siellä liitettiin psykologi sydäntiimin jäseneksi. Säätiössä on myös tutkittu sydänsairauden aiheuttamia psyykkisiä reaktioita ja sairaudesta toipumista. (Julkunen 1988; Sala 1988; Julkunen ym. 2000; Saarinen 1992, 2002.)

Vuonna 1984 voimaan tullut laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtion-osuuksista selkiytti jonkin verran kuntoutuksen järjestämistä, kun lääkinällinen kuntoutus säädettiin terveyspalvelujärjestelmän, sairaaloiden ja terveyskeskusten tehtäväksi. Tätä vahvistivat edelleen vuonna 1991 voimaan tulleet uudet kuntoutuslait. Lakien mukaan kuntoutuksen laiminlyönti on hoidon keskeyttämistä tai riittämätöntä hoitoa. Siinä määrätään myös, että potilaiden neuvonta kuuluu kuntoutukseen. Lain noudattamisessa on selviä puutteita.

Terveydenhuollon toteuttamasta kuntoutuksesta ei ole saatavilla tuoreita tilastoja. Suomen Sydäntautiliitto kartoitti kyselyin sairaaloiden ja terveyskeskusten kuntoutustoimintaa vuonna 1991 (Suomen Sydänliitto, kuntoutuspäällikkö Ulla-Riitta Penttilä, henkilökohtainen tiedonanto 2006). Kyselyyn vastasi 94 % sairaaloista ja 63 % terveyskeskuksista. Vain noin puolet sairaaloista järjesti sydänpotilaille osastohoidon aikana neuvontaa. Noin 10 % sairaaloista ja terveyskeskuksista järjesti sopeutumisvalmennusta omana toimintanaan, noin neljäsosa sairaaloista osti palvelun. Liikuntaryhmiä oli vielä sopeutumisvalmennusryhmiäkin vähemmän. Karkean arvion mukaan terveydenhuollon järjestämään toimintaan oli osallistunut enintään noin 1 000 henkeä vuodessa. Vuoden 1994 uusintakyselyn mukaan tilanne ei ollut parantunut, vaan toimintaa kuvaavat luvut olivat pikemminkin pienentyneet.

Suurin palvelujen tuottaja on ollut Suomen Sydänliitto, joka järjestää erilaisia neuvontatilaisuuksia ja liikuntaryhmiä. Ilmoitettu vuosittainen osallistujamäärä on ollut muutamia tuhansia. Henkilöiden ikä- ja sukupuolijakaumasta tai mahdollisesta diagnoosiryhmästä ei ole tietoa. Juuri valmistuneessa pro gradu -tutkimuksessa (Ikonen 2006) kuvataan Sydänliiton ns. Tulppa-ohjelmaa ja sen tuloksia. Toiminta on perusterveydenhuollon toteuttamaa avokuntoutusta, jossa kuntoutujia pyritään ohjaamaan kuntoutumisensa kannalta tärkeimmän tekijän eli ns. avaintekijän valintaan. Toiminta on alkanut Pohjois-Karjalasta mutta on laajentumassa muuallekin Suomeen (Mäkinen ja Penttilä 2007).

Stakesin työryhmä tutki kuntoutusta kolmessa Suomen kunnassa. Selvityksen mukaan kuntoutuskustannuksiin käytettiin n. 7,5 % kuntien sosiaali- ja terveismenoista (Winnell ja Ståhl 1998). Kustannukset jakautuivat siten, että sydänkuntoutukselle ohjattiin 1,9 % henkilöistä ja 2,2 % rahoista. Tuki- ja liikuntaelinsairauksissa vastaavat luvut olivat 18,7 % ja 12,6 %.

Kansaneläkelaitos järjestää harkinnanvaraisena kuntoutuksena sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja vajaan 1 000 sydänpotilaalle vuosittain. Vuonna 2004 iskeemisen sydänsairauden vuoksi kuntoutusta sai 1 273 henkilöä. Kun kaikki verenkierroelinsairauksia sairastavat kuntoutetut lasketaan yhteen, summa on 5 259. Se on 6 % kaikista kuntoutuspalveluja saaneista. Suurin ryhmä on tuki- ja liikuntaelinsairaudet (n = 31 748, 37 %) (Kela 2004).

Suomi oli mukana eurooppalaisessa EUROASPIRE-tutkimuksessa, jossa kartoitettiin sairaaloissa sydäninfarktтин, ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen vuoksi hoidet-

tujen potilaiden riskitekijöitä. Suomesta mukana oli Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS). Selvitykset tehtiin vuosina 1995–1996 ja 1999–2000 (EUROASPIRE I and II Group 2001). Riskitekijöiden tasossa oli tämän neljän vuoden aikana taannuttu: tupakoitsijoiden, lihaviiden ja diabeetikoiden määrä oli lisääntynyt, ja joka toisella verenpaine tai kolesterolitasot ylittivät tavoitearvot. Lyhentyneet hoitoajat eivät enää sallineet potilasohjausta, etenkin elintapamuutosten tukemista. Kuntoutukseen ohjattiin KYS:ssä vain 17 % projektin potilaista, muualla Euroopassa lähes puolet (EUROASPIRE II Group 2001). Stakesin varsin tuoreen sepelvaltimopotilastutkimuksen mukaan vain noin 10 % vastaajista oli osallistunut johonkin sydänkuntoutukseen: puolet avo- ja puolet laitosmuotoiseen (Keskimäki ym. 2004).

Yllä esitetyt esimerkit eurooppalaisista käytännöistä osoittavat, että kuntoutusta arvostetaan ja että sitä ohjeistetaan valtakunnallisella tasolla. Kuntoutusta toteutetaan sekä laitoksessa että avohoidossa, ja siinä pyritään saattamaan kaikki sepelvaltimotautia sairastavat potilaat kuntoutuspalvelujen piiriin. Keski- ja Etelä-Euroopan kuntoutuslaitokset toimivat edelleen niiden potilaiden parissa, jotka ovat toipumassa akuutista sydäninfarktista tai invasiivisesta toimenpiteestä. Suomen käytännöt poikkeavat tästä selvästi, koska suoraa linkkiä sairaalan ja kuntoutuslaitoksen välillä ei ole. Suomesta puuttuvat myös valtakunnalliset hallinnolliset yleisohjeet kuntoutuksen toteuttamisesta.

### 2.3 Kuntoutuksen vaikuttavuus

Terveystieteiden hoidossa on yhä enemmän kiinnitetty huomiota siihen, että annetut hoidot ovat vaikuttavia, ts. ne perustuvat tieteellisesti osoitettuun näyttöön niiden tehosta. Toivottavana tuloksena on, että potilas paranee. Tällöin suoritetaan satunnaistettuja kontrolloituja kokeita, jolloin vaikuttavalla aineella tai jollakin toimenpiteellä saatua tulosta voidaan verrata vaikuttamattomaan tai tavanomaiseen hoitoon.

Myös kuntoutukselta on ryhdytty vaatimaan vaikuttavuutta. Satunnaistettuja kontrolloituja kokeita voidaan soveltaa joskus mutta ei suinkaan aina. Kuntoutuksen vaikutusten arvioinnissa onkin erittäin tärkeä määrittää tavoite, mihin kuntoutuksella pyritään, ja arvioida tulosta sen mukaan. Jos tavoitteena on yksinomaan työhönpaluu, käytetään mittarina esimerkiksi työssäoloa tai sairauden aiheuttaman poissaolon kestoa. Jos tavoitteena on työkyvyn paraneminen, sitä pitää mitata jollakin standardimittarilla. Mittareiden soveltaminen kulloiseenkin tilanteeseen voi olla ongelmallista. Jos käytettävissä ei ole tuloksia kontrolloiduista koeasetelmista, ei kuntoutusta koskevissa tutkimuksissa aina voida sanoa, että kuntoutustoimenpide yksinomaan on saanut aikaan muutoksen. Potilaan toipumisesta voivat edistää tai haitata myös muut samanaikaiset tapahtumat, jotka tulisi ottaa huomioon.

Sydänpotilaiden kuntoutusta koskevia kontrolloituja interventiotutkimuksia on tehty jo noin puoli vuosisataa sitten. 1970-luvulla ilmestyivät ensimmäiset suomalaiset väitöskirjatutkimukset liikunnallisen kuntoutuksen vaikutuksista työhönpaluuseen

ja ennusteeseen sydäninfarktin jälkeen (Kentala 1972; Palatsi 1976). Ensimmäisiä laaja-alaisen kuntoutuksen ja sekundaariprevention vaikuttavuutta selvittäviä tutkimuksia oli WHO:n monikeskustutkimus, jonka aineisto kerättiin 1970-luvun alkupuolella (WHO 1973 ja 1983). Tutkimuksessa oli mukana 24 keskusta 15 maasta, kaksi keskusta Suomestakin (Helsinki ja Turku). WHO koetti ohjailla tutkimusta, mutta ongelmia ilmeni. Suomalaiset keskukset pyrkivät yhdistämään voimansa ja tekemään tutkimuksen mahdollisimman hyvin. Vain nämä kaksi keskusta osoittivat, että sydänkuntoutus voi alentaa sydänkuolleisuutta, erityisesti äkkikuolleisuutta (Kallio ym. 1979), mikä tulos näkyi vielä 15 vuotta akuutin infarktitaapahtuman jälkeen tehdyssä seurannassakin (Hämäläinen ym. 1995).

1970-luvulla tutkittiin yksinomaan sydäninfarktin sairastaneita potilaita. Myöhemmin kohdejoukoksi ovat tulleet myös ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaat, jonkin verran myös muut sepelvaltimopotilaat. Jo 1980-luvulla Oldridge julkaisi ensimmäisen meta-analyysin, johon oli kerätty tietoja useista infarktipotilaiden pääasiassa liikunnallista mutta myös muuta laaja-alaisempaa kuntoutusta sisältävistä tutkimuksista, ja saatu näin 4 347 potilasta käsittävä joukko (Oldridge ym. 1988). Kuntoutuksen vaikutusten mittarina olivat ns. kovat muuttujat eli kuolleisuus ja uusi infarkti. Analyysi osoitti sydänkuntoutuksen vähentävän sydänkuolemia, erityisesti äkkikuolemia, mutta uuden infarktin riskiin ei kuntoutuksella ollut vaikutusta.

Viime vuosina ns. Cochrane-työryhmät ovat yhteneväisten periaatteiden mukaan käyneet kattavasti läpi tutkimusnäytön erilaisista tutkimusaiheista. Tuoreissa katsauksissa käsitellään liikunnalliseen kuntoutukseen pohjautuvia mutta myös sekundaaripreventiota mukaan ottaneita tutkimuksia (Taylor ym. 2004), psykososiaalisen intervention vaikutuksia (Rees ym. 2004a) ja sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden liikunnallista kuntoutusta (Rees ym. 2004b) sekä niiden merkitystä potilaiden kuntoutumiselle.

Liikunnallisen kuntoutuksen vaikutusten Cochrane-katsaukseen on hyväksytty 48 randomoitua ja kontrolloitua tutkimusta, joissa on ollut mukana 8 940 sepelvaltimotautia sairastavaa potilasta. Taulukossa 1 esitetyt tiedot on otettu American Journal of Medicine -julkaisussa ilmestyneestä artikkelista (Taylor ym. 2004). Tutkimuksista 19:ssä käsiteltiin yksinomaan liikuntaa, muissa laaja-alaista kuntoutusta. Suurimmassa osassa tutkimuksia pääasiallisena tulosmuuttujana oli kuolleisuus. Kuntoutus vähensi merkittävästi kokonaiskuolleisuutta ja sydänkuolleisuutta, mutta se ei vaikuttanut niiden infarktien lukumäärään, joista selvittiin elossa. Kuntoutus ei myöskään vaikuttanut siihen, miten potilaat joutuivat ohitusleikkaukseen tai pallolaajennukseen. Ne tutkimukset, joissa pyrittiin vaikuttamaan riskitekijöihin, osoittivat, että systoliseen verenpaineeseen, kokonaiskolesteroliin, triglyserideihin ja tupakointiin voitiin vaikuttaa suotuisasti. Tutkimukset, joissa käytettiin jotakin elämänlaatua kuvaavaa mittaria, osoittivat elämänlaadun parantuneen, mutta näin tapahtui sekä interventio- että verrokkiryhmässä.

**Taulukko 1.** Cochrane-katsauksen meta-analyysin tulokset kuntoutusohjelmien vaikutuksesta päätapahtumiin ja riskitekijöiden tasoihin (Taylor ym. 2004).

Päätetapahtuma	Tutkimusten lukumäärä	Suhteellinen riski / riskitekijän muutos (95 % LV)
Kokonaiskuolleisuus	34	0,80 (0,68; 0,93)
Sydänkuolleisuus	18	0,74 (0,61; 0,90)
Uusi infarkti	19	0,79 (0,57; 1,09)
Verenpaine, systolinen (mmHg)	8	-3,2 (-5,4; -0,9)
Verenpaine, diastolinen (mmHg)	5	-1,9 (-2,7; 0,3)
Kokonaiskolesteroli (mmol/l)	17	-0,37 (-0,63; -0,11)
HDL-kolesteroli (mmol/l)	13	0,05 (-0,03; 0,14)
LDL-kolesteroli (mmol/l)	13	-0,20 (-0,53; 0,12)
Triglyseridit (mmol/l)	13	-0,23 (-0,39; -0,07)
Tupakointi	13	0,63 (0,50; 0,83)

Erilaisten psykologisten interventioiden vaikutusta selvitettiin 36:n analyysiin hyväksytyn hyvin heterogeenisiä interventioita ja mittausmenetelmiä sisältäneen tutkimuksen meta-analyysissä, jossa oli mukana yhteensä 12 841 potilasta (Rees ym. 2004a). Yhteisenä nimittäjänä oli, että ohjelmilla pyrittiin vaikuttamaan stressin kokemiseen. Yhteenvedon todettiin, että interventioilla oli pieni vaikutus depression ja ahdistuneisuuden lievenemiseen eikä mitään vaikutusta kokonais- tai sydänkuolleisuuteen. Interventiot vaikuttivat sellaisten infarktien riskiin, joista selvittiin hengissä, OR 0,78 (95 % LV 0,67; 0,90).

Sydämen vajaatoimintaa sairastavien liikunnallisen kuntoutuksen katsaus sisältää tietoja mukaan hyväksytyistä 29 tutkimuksesta ja 1 126 potilaasta (Rees ym. 2004b). Jo potilaiden pieni määrä kuvastaa sitä, että tutkimusta on tällä saralla tehty vain vähän aikaa verrattuna tavanomaiseen sepelvaltimotautia sairastaneiden kuntoutukseen. Katsauksen potilaat ovat sairastaneet joko sepelvaltimotaudin aiheuttamaa sydänsairautta tai sydänlihaskivaa eli kardiomyopatiaa. Tutkimukset ovat käsitelleet vakaana pysynyttä vajaatoimintaa eli NYHA (New York Heart Association, functional class) II–III-luokan potilaita, yleensä miehiä. Tämänasteinen NYHA tarkoittaa sitä, että sydänoireita esiintyy tavanomaisessa (NYHA III) tai sitä suuremmassa (NYHA II) rasituksessa. Harjoitusohjelma on yleensä sisältänyt rasiskestävyyttä lisäävää liikuntaa, vain 6 tutkimuksessa myös lihaskuntoharjoittelua. Harjoittelun tuloksena voitiin todeta fyysisen suorituskyvyn parantuneen. Elämänlaatua mitattiin 9 tutkimuksessa, ja 7:ssä se parani enemmän harjoitelleilla kuin verrokeilla. Tutkimusten vähäisyyden ja lyhyehkön seurannan takia päätelmiä kuolleisuuden vähenemisestä ei voida tehdä. Yhteenvedon voidaan todeta, että näiden tutkimusten tulos ei ole yleistettävissä koko joukkoon vajaatoimintaa sairastavia potilaita ja siksi yleispäteviä ohjeita liikunnallisesta kuntoutuksesta on vaikea antaa.

Aikaisemmin kuntoutuksen vaikuttavuuden osoittimena käytettiin vain ns. kovia tulostuottajia, ts. kuolleisuutta ja uuden infarktin sairastamista. Myöhemmin mukaan on otettu sekundaaripreventioon liittyviä riski-indikaattoreita ja vielä myöhemmin erilaisia elämänlaadun mittareita. Tämä ilmentää sitä, että kuntoutus on käsitteellisesti laajentunut. Potilasta ajatellaan nykyisin kokonaisuutena: fyysisen hyvinvoinnin lisäksi otetaan huomioon hänen psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuutensa, ja myös näiden alueiden hyvinvointiin pyritään.

## KIRJALLISUUS

Arthur HM, Swabey T, Suskin N, Ross J. Cardiac Care Network of Ontario. Ontario Cardiac Rehabilitation Pilot Project Collaborative. The Ontario Cardiac Rehabilitation Pilot Project: Recommendations for health planning and policy. *Can J Cardiol* 2004; 20: 1251–1255.

Audit Commission. Dear to our hearts? Commissioning services for the treatment and prevention of coronary heart disease. London: HMSO, 1995.

Beswick AD, Rees K, Griebsch I, ym. Provision, uptake and cost of cardiac rehabilitation programmes: improving services to under-represented groups. *Health Technol Assess* 2004; 8(41):1–152 [viitattu syksyllä 2005]. Saatavissa: <<http://www.ncchta.org/fullmono/mon841.pdf>>.

Bjarnason-Wehrens B, Predel HG, Graf C, Rost R. Ambulatory cardiac phase II rehabilitation – ”the Cologne model” – including 3-year-outcome after termination of rehabilitation. *Herz* 1999; 24 (Suppl 1): 9–23.

Brown A, Noorani H, Taylor R, Stone J, Skidmore B. A clinical and economic review of exercise-based cardiac rehabilitation programs for coronary artery diseased. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, Technology overview 2003:11.

Dataset Project. University of York. The National Cardiac Rehabilitation Audit Project, 2006 [viitattu 15.5.2006]. Saatavissa: <[www.cardiacrehabilitation.org.uk](http://www.cardiacrehabilitation.org.uk)>.

Department of Health. Building healthier hearts. The report of the Cardiovascular Health Strategy Group. Dublin: Stationery Office, 1999.

Department of Health: National Service Framework NSF 2000, Chapter 7 [viitattu syksyllä 2005] . Saatavissa: <<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/75/24/04057524.pdf>>.

Dursch M, Schulz O. Neustrukturierung der kardiovaskulären Bewegungstherapie in Deutschland unter Berücksichtigung aktueller internationaler Leitlinien. *Herz* 2003; 28: 349–358.

Evans JA, Bethell HJ, Turner SC. NSF for CHD: 3 years of 12-month follow-up audit after cardiac rehabilitation. *J Publ Health (Oxf)* 2006; 28: 35–38.

EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines. A comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001; 357: 995–1001.

EUROASPIRE II Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients in 15 countries: principal results from EUROASPIRE II. *Eur Heart J* 2001; 22: 554–572.

Fox KF, Nuttall M, Wood DA, ym. A cardiac prevention and rehabilitation programme for all patients at first presentation with coronary artery disease. *Heart* 2001; 85: 533–538.

Giannuzzi P, Saner H, Bjornstad H, ym. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24: 1273–1278.

Hakkila J, Rinne H. Experiences on the rehabilitation of coronary patients in Finland. Proceedings of the Ninth World Congress of the International Society for rehabilitation of the Disabled. Copenhagen, June 23–29, 1963.

Halle M, Huonker M, Schmidt-Trucksass A, ym. Sports in the heart rehabilitation group – experiences with ambulatory rehabilitation at home. *Ther Umsch* 1998; 55: 235–239.

Hämäläinen H, Luurila OJ, Kallio V, Knuts LR. Reduction in sudden deaths and coronary mortality in myocardial infarction patients after rehabilitation. 15-year follow-up study. *Eur Heart J* 1995; 16: 1839–1844.

Ikonen T. Tulppa-ohjelman prosessi ja tuloksellisuus. Sepelvaltimotautia sairastavien ja sepelvaltimotaudin riskissä olevien potilaiden ryhmäkuntoutusohjelma. Pro gradu. Kuopion yliopisto, Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos. Kansanterveystiede. 2006.

Julkunen J. Kolme vuosikymmentä sydänkuntoutusta. *Kuntoutus* 1988; (3): 13–18.

Julkunen J, Saarinen T, Idänpään-Heikkilä U, Sala R. Sydänkuntoutuksen tuloksellisuus. Kontrolloitu seurantatutkimus. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia 63, 2000.

Kallio V, Hämäläinen H, Hakkila J, Luurila OJ. Reduction in sudden deaths by a multifactorial intervention programme after acute myocardial infarction. *Lancet* 1979; 2:1091–1094.

Kelan kuntoutustilasto 2004. Saatavissa: <[www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto\\_04\\_pdf/\\$File/Kunto\\_04.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto_04_pdf/$File/Kunto_04.pdf?OpenElement)>.

Kentala E. Physical fitness and feasibility of physical rehabilitation after myocardial infarction in men of working age. *Ann Clin Res* 1972; 4: (Suppl 9): 1–84.

Keskimäki I, Aalto A-M, Häkkinen U ym. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. STAKES, Raportteja 286, 2004.

Kübler W, Niebauer J, Kreuzer J. Cost/benefit relations: evaluation of inpatient and ambulatory rehabilitation. *Z Kardiol* 1994; 83 (Suppl 6): 151–158.

Lavin D, Hevey D, McGee HM, De la Harpe D, Kiernan M, Shelley E. Cardiac rehabilitation services in Ireland: the impact of a coordinated national development strategy. *Ir J Med Sci* 2005; 174 :33–38.

Leon AS, Franklin BA, Costa F, ym. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2005; 111: 369–376.

Lewin RJ, Ingleton R, Newens AJ, Thompson DR. Adherence to cardiac rehabilitation guidelines: a survey of rehabilitation programmes in the U.K. *BMJ* 1998; 316: 1354–1355.

Lewin B. Cardiac rehabilitation, a cognitive behavioral model, the heart manual and other topics. 1998 [viitattu joulukuussa 2005]. Saatavissa: <[www.cardiacrehabilitation.org.uk/heart\\_manual/chapter.htm](http://www.cardiacrehabilitation.org.uk/heart_manual/chapter.htm)>.

Mäkinen A, Penttilä U-R. Sepelvaltimopotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Selvitys kuntoutuksen määrästä, sisällöstä ja järjestämistavoista. Helsinki: Suomen sydänliiton julkaisuja 1/2007.

Oldridge N, Guyatt G, Fletcher B, Rimm A. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomised trials. *JAMA* 1988; 260: 945–950.

Palatsi I. Feasibility of physical training after myocardial infarction and its effect on return to work, morbidity and mortality. Väitöskirja. Oulu:1976.

Rees K, Bennett P, West R, Davey SG, Ebrahim S. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*: CD002902, 2004a. Saatavissa: <<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD002902/frame.html>>.

Rees K, Taylor RS, Singh S, Coats AJ, Ebrahim S. Exercise based rehabilitation for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*: CD003331, 2004b [viitattu 2.5.2006]. Saatavissa: <<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD001800/frame.html>>.

Saarinen T. Sepelvaltimotautipotilaiden sairauteen sopeutuminen ja työhönpaluu. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia 35, 1992.

Saarinen T. Depressiiviset oireet ja perheen tuki työikäisillä sydäninfarktipotilailla. Terveyspsykologian erikoistumisopinnojen lisensiaatintutkimus. Turku: Turun yliopisto, 2002.

Sala R. Käsien suoritettu rasituskoee sydäninfarktin sairastaneiden työkyvyn arvioinnissa. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia 23, 1988.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN. 2002 [viitattu syksyllä 2005]. Saatavissa: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign57.pdf>>.



SEPHIA Sekundärprevention efter HIA-vård, UCR/Akademiska Sjukhuset, Uppsala 2006 [viitattu 1.11.2006]. Saatavissa: <<http://www.ucr.uu.se/sephia/>>.

Stone J. Cardiac rehabilitation: Cost and care effective. *Can J Cardiol.* 2004; 20: 1256–1257.

Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, ym. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004; 116: 682–692.

Thompson DR, Bowman GS, Kitson AL, de Bono DP, Hopkins A. Cardiac rehabilitation in the United Kingdom: guidelines and audit standards. National Institute for Nursing, the British Cardiac Society and the Royal College of Physicians of London. *Heart* 1996; 75: 89–93.

Turner-Stokes L. Clinical governance in rehabilitation medicine. The state of the art in 2002. A British Society of Rehabilitation Medicine report. *Clin Rehabil* 2002; 16 (Suppl 1): 1–60.

Urbinati S, Fattirolli F, Tramarin R, ym. The ISYDE project. A survey on Cardiac Rehabilitation in Italy. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60: 16–24.

Wendt T. Ambulatory phase II rehabilitation of heart patients in the Rhine-Main district hospital: the Frankfurt model. *Herz* 1999; 24 (Suppl 1): 24–31.

Wendt T, Bentjen A, Gilbert K, ym. Ambulatory/partial inpatient phase II rehabilitation of heart patients in a Rhine-Main district rehabilitation clinic. *Herz* 1999; 24 (Suppl 1): 57–62.

WHO. World Health Organization. Evaluation of comprehensive rehabilitative and preventive programmes for patients after acute myocardial infarction: Report on two working groups. Prague 1971, and Moscow 1972. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1973.

WHO. World Health Organization. Rehabilitation and comprehensive secondary prevention after acute myocardial infarction. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, EURO Report and Studies 84, 1983.

Winell K, Ståhl T. Kuntalaisten kuntoutuspalvelut. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamat kuntoutuspalvelut kolmessa kunnassa. Helsinki: Stakes, Raportteja 226, 1998.

Zwisler ADO. Cardiac rehabilitation. A survey on implementation in Denmark and presentation of a local model. Dissertation. Copenhagen: University of Copenhagen, 2004. [viitattu 2005]. Saatavissa: <[www.cardiacrehabilitation.dk/uploads/media/Samlet\\_WR\\_01.pdf](http://www.cardiacrehabilitation.dk/uploads/media/Samlet_WR_01.pdf)>.

Zwisler AD, Traeden UI, Videbaek J, Madsen M. Cardiac rehabilitation services in Denmark: still room for expansion. *Scand J Public Health* 2005; 33: 376–383.

### **3 SYDÄNTAUTIA SAIRASTAVIEN SOPEUTUMIS- JA KUNTOUTUSVALMENNUSKURSSIT KELAN TOIMINTANA**

#### **3.1 Hoito- ja kuntoutusvastuu**

Sydänpotilaan hoito- ja kuntoutusprosessi alkaa sairauden toteamisesta. Kaikki sepelvaltimotautia sairastavat henkilöt eivät tarvitse Kelan järjestämää kuntoutusta. Ensisijainen vastuu kuntoutuksesta ja sen toteuttamisesta on perusterveydenhuollolla, jota Kelan kuntoutus ainoastaan täydentää. Kelassa toimiva sydänkuntoutuksen asiantuntijaryhmä on laatinut hyvän kuntoutuskäytännön ohjeet. Niiden mukaan

”kuntoutukseen voivat hakeutua henkilöt, jotka eivät ole hyvästä lääketieteellisestä ja muusta hoidosta huolimatta toipuneet riittävästi tai joiden sosiaaliset ja psykologiset ongelmat eivät ole väistyneet fyysisten oireiden helpottuessa.”

Perusterveydenhuollon toimenpiteitä ei voida korvata Kelan kuntoutuksella, vaan

”kuntoutujan tulee saada hoitotalolta tarvittava tieto sairauden hoidosta, liikunnasta, ravinnosta, elintavoista sekä oma itsehoito-ohjelma ennen Kelan järjestämään kuntoutukseen hakeutumista” (Hyvä kuntoutuskäytäntö ... 2002, 2–3).

#### **3.2 Kuntoutuskurssien järjestäminen**

Kelan järjestämä kuntoutus toteutetaan yksilö- tai kurssimuotoisena. Erillisiä palvelulinjoja ovat esimerkiksi työikäisten tuki- ja liikuntaelinsairaiden kurssit, hengityselinsairaiden kurssit, yksilölliset kuntoutusjaksot sekä työelämässä jaksamista edistävät kurssit, kuten TYK- ja ASLAK®-toiminta. Sydäntautia sairastavien sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssit ovat oma palvelulinjansa. Sairauskohtaisille kuntoutus- ja sopeutumiskursseille osallistui vuonna 2004 noin 11 000 henkilöä, joista vajaa 1 000 otti osaa myös laitoksissa järjestettäviin sydänkursseihin (Kela 2004).

Sydänkurssit kuuluvat Kelan ns. harkinnanvaraiseen kuntoutukseen (L 2005/566, 3 §, 12 §). Ne toteutetaan tavallisesti kahdessa jaksossa. Ensimmäistä, yleensä pidempää jaksoa seuraa 3–4 kuukauden jälkeen lyhyempi, kuntoutumisen etenemistä tukeva seurantajakso. Useimmiten kurssit pidetään internaattimuotoisina kuntoutuslaitoksissa. Avomuotoisia kursseja on toteutettu ainoastaan yhdessä laitoksessa. Sydänkursseihin sisältyy pari omaisten päivää. Vuosittain noin 500 omaista käyttää tämän mahdollisuuden. Kela korvaa heidän kulunsa.

Kelan terveys- ja toimeentuloturvaosaston kuntoutuslinja hankkii kuntoutuspalvelut palveluntuottajilta avoimella tarjouskilpailulla. Menettelyssä noudatetaan julkisista hankinnoista annettua lakia ja Kelan hallituksen vahvistamaa hankintaohjetta. Sopimuskausi on 2–3 vuotta. Kela on standardoinut palvelun laatu- ja sisältövaatimukset. Laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi on Kelan hyväksymä ja käyttämä asiakirja, joka sisältää kuntoutusprosessin kuvauksia ja ohjeita. Standardi on jaettu kolmeen

osaan: siinä määritellään erikseen kuntoutujan, kuntoutusprosessin sekä palvelutuottajan osuus. (Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen ... 2002, 2–3). Sopimuksen solmimisen ehtona on lisäksi, että laitoksilla on ajan tasalla oleva laadunhallintajärjestelmä. Sopimusten noudattamista valvotaan auditoinnein.

Kurssien ja osallistujien määrät päätetään vuosittain sen mukaan, miten paljon eduskunta kohdentaa kuntoutukselle määrärahoja. Kela määrittelee kulloisenkin kurssitarpeen ja jakaa rahat sen perusteella (L 2005/566, 12 §). Tarvittaessa kurssien laadusta ja määrästä sekä mahdollisista kehittämishankkeista käydään neuvotteluja suoraan kuntoutuslaitosten kanssa.

### 3.3 Sydänkurssien palvelulinjat ja hakeutuminen kursseille

Suurin osa sydänpotilaille tarkoitetuista kursseista on suunnattu 16–64-vuotiaille, etenkin niille, jotka ovat työelämässä ja haluavat pysyä siinä. Jonkin verran kurssitehtaan myös muun ikäisiä ja työvoimaan kuulumattomia. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien kuntoutuskurssit toteutetaan yleensä ryhmän erityispiirteet huomioiden.

Myös sydänvikaisten lasten ja nuorten sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssit räätälöidään. Niissä mm. vanhempien ja perheen osallistuminen on tärkeää. Lisäksi järjestetään synnynnäistä sydänvikaa sairastavien yli 18-vuotiaiden kursseja (Hyvä kuntoutuskäytäntö ... 2002).

”Kuntoutusprosessi on kuntoutujan läpikäymä toimintosarja, johon kuuluvat seuraavat vaiheet: kuntoutuksen suunnittelu, käynnistäminen toteuttaminen ja päättäminen. Jokainen vaihe sisältää yhden tai useamman palvelutapahtuman” (Kela 2002, 1).

Kuntoutusprosessin kuvaus on myöhemmin laajentunut sisältämään kokonaisvaltaista näkemystä:

”Kuntoutujan kuntoutusprosessiin kuuluu kuntoutustarpeen arviointi ja suunnittelu hoidosta vastaavalla taholla, kuntoutuksen hakeminen, kuntoutuksen toteutus kuntoutuslaitoksessa sekä kuntoutuksen seuranta ja jatkotoimenpiteet hoitotahon kanssa” (Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen ... 2005, 1).

Kuntoutujan prosessi on laaja ja sisältää yhteistyötä ja neuvotteluja useamman eri tahon kanssa kurssin alku- ja loppuvaiheessa. Hoitoketjun idea sisältyy yksilön kuntoutusprosessin kuvaukseen.

Kursseille hakeudutaan hoitavan lääkärin ehdotuksesta. Aloitteen voi tehdä myös potilas itse tai Kelan toimihenkilö. Hakemus jätetään Kelan toimistoon, ja päätös kuntoutuksen hyväksymisestä perustuu lääkärin lausuntoon, kuntoutushakemukseen ja toimiston asiantuntijalääkärin puoltavaan lausuntoon. Jos potilaalla on monien

erillisten sairauksien aiheuttamia ongelmia, voi olla vaikea arvioida, mikä olisi hänelle sopivin sairausryhmäkohtainen kurssi.

*Esimerkkitapaus: 55-vuotiaalla ylipainoisella miehellä on ollut noin 15 vuotta toimintakykyä alentavia tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Mies saa sydäninfarktin, ja sairaalassa hänellä todetaan diabetes. Mies vaipuu masennukseen. Kuntoutuminen takkuilee, ja vajaan vuoden kuluttua todetaan kuntoutustarve. Mutta mihin kuntoutukseen? Liikakapainoisten tules-kurssille? Mielenterveyskursseille? Sydänkuntoutukseen? Diabeteksen sopeutumisvalmennuskurssille?*

Monisairastavuuden lisäksi kuntoutustarpeen taustalla ovat aikaisempaa enemmän psykososiaaliset ja syrjäytymisvaaran ongelmat. Käytännön kuntoutuksessa on kiinnitetty huomiota siihen, että kuntoutujien ryhmittelyssä tulisi lääketieteellisen diagnoosin lisäksi ottaa huomioon ne taustatekijät, jotka ovat vaikuttaneet kuntoutustarpeen syntyyn (Pekkonen ym. 2002).

### 3.4 Kurssien suunnittelu laitoksissa

Sydänsairaus on pysyvä pitkäaikais sairaus. Sydäntautia sairastavan kuntoutumis- ja kunnossa pysymisen prosessi on jatkuva; se alkaa ennen kuntoutuslaitosjaksoa ja jatkuu lopun elämän. Laitoksessa toteutuva sydänkuntoutuskurssi on siinä vain yksi tapahtuma. Sydänkuntoutuskurssin koettu hyödyllisyys tai hyödyttömyys on riippuvainen monesta pienestä tekijästä: millä odotuksilla ja millä mielellä kuntoutuja hakeutuu kurssille, minkälaiset kurssikaverit ovat ja minkälainen vuorovaikutus syntyy kurssilaisten välille sekä minkälaiselta laitoksen työntekijöiden välittämä ilmapiiri tuntuu.

Laitoksen näkökulmasta kuntoutujan prosessi on eritasoisten ja rinnakkaisten prosessien yhteinen ja näkyvin tulos. Laitoksissa on hallittava ja ohjattava useita samanaikaisia prosesseja, jotta yksi sydänkurssi toteutuu. Laitosten pitää pystyä toimittamaan samanaikaisesti useiden palvelulinjojen erilaisia kursseja. Henkilöstön tasapuolinen kuormittaminen ja sen tietotaidon optimaalinen hyödyntäminen monen samanaikaisen kurssin aikana on tarkkaa työtä, joka vaikuttaa siihen, miten työntekijät jaksavat, ja siten myös välillisesti kuntoutuksen tuloksellisuuteen.

Eri laitoksilla on oma erityinen ja vahva osaamisalueensa ja oma profiilinsa, joka ohjaa sopimusten sisältöä ja laitoksen palveluvalikoiman kokoonpanoa. Tuotevalikoima näyttää olevan jokseenkin pysyvä laitosten vuosittaisissa talous- ja toimintasuunnitelmissa. Kuntoutuskurssien kohderyhmistä riippumatta kurssitoiminnan hallinta, yleissuunnittelu ja toteuttaminen noudattavat laitoksissa tavanomaista suunnittelun prosessikaavaa ja sen sisältämiä vaiheita. Resurssikysymykset ovat hyvin keskeisiä palvelulinjan ja sen tuotteen (= kurssin) suunnittelussa. Eri palvelulinjojen tarvitsemat henkilöstö- ja aikaresurssit ovat yleensä kokemuksen ja laitoksen oman kehittämistoiminnan tulosta. Kuntoutuskurssien runko-ohjelmat ja toteutuksen prosessi

suunnitellaan palvelulinjakohtaisesti ja kuvataan laitoksen laatukäsikirjassa. Tässä kuvauksesta rajataan pois tukiprosessit, esimerkiksi majoitus- ja ravitsemispalvelut sekä laitoksen toimistotyöt, vaikka ne ovatkin keskeisiä kurssien kannalta.

Kuntoutuskurssien konkreettinen suunnittelu tapahtuu kolmella toisiinsa hierarkkisessa suhteessa olevalla tasolla. Ensimmäisellä tasolla on kurssin runko-ohjelman suunnittelu. Toisella tasolla on perusohjelman laatiminen. Se voi toteutua kokonaan ja täysin suunnitelman mukaisesti, mutta myös osittain tai mukautetussa muodossa, joten vasta toteutunutta ohjelmaa voidaan kutsua kurssiohjelmaksi. Kolmannella tasolla on kuntoutujan yksilökohtaisen kuntoutuksen suunnittelu. Jotkut kuntoutujat saattavat tarvita erillistä ohjausta. Yksilölähtöisyys on kuntoutuksen tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden kannalta keskeisestä. Standardin mukaan

”hyvä kuntoutus toimitetaan parhaiten prosessissa, jossa etukäteen otetaan huomioon kuntoutujan tarpeet ja joka toteutetaan asetettujen tavoitteiden pohjalta tuloksellisia ja yleisesti hyväksytyjä kuntoutusmenetelmiä käyttäen” (Kelan laitosten muotoisen kuntoutuksen ... 2002, 1).

Kuntoutujan omaa osallistumista ja aktiivisuutta sekä hoitoketjun huomioimista painotetaan selkeästi uusimmissa standardeissa:

”Hyvä kuntoutus on kuntoutusprosessi, jossa etukäteen otetaan huomioon kuntoutujan tarpeet ja joka toteutetaan yhdessä kuntoutujan kanssa asetettujen tavoitteiden mukaisesti käyttäen tuloksellisia ja yleisesti hyväksytyjä kuntoutusmenetelmiä. Prosessin aikana syntyvä tieto ja jatko-ohjauksen tarve välitetään kuntoutujan suostumuksella hoidosta tai seurannasta vastaavaan yksikköön.” (Kelan laitosten muotoisen kuntoutuksen ... 2005, 61.)

### 3.5 Runko-ohjelman suunnittelu ja kurssien toteutus

#### 3.5.1 Toimenpiteet ennen kurssin alkamista

Kelan toimisto välittää kuntoutuslaitokselle lääkärinlausunnon, kuntoutushakemuksen, kuntoutuspäätöksen ja mahdolliset muut asiakirjat. Kurssia edeltävänä aikana (noin 2–4 viikkoa) käynnistetään perusohjelman suunnittelu. Asiakirjojen perusteella varmistetaan vielä etukäteen kuntoutujan ja kuntoutuskurssin yhteensopivuus. Kuntoutuslaitoksesta otetaan yhteyttä kuntoutujaan, annetaan informaatiota kurssista ja lähetetään lomakkeita, joissa kysytään hänen terveydentilastaan ja kuntoutustavoistaan, ruokavaliostaan ja muista käytännön asioista. Kuntoutujan varmistettua osallistumisensa, laitoksessa tehdään tarkempi tukipalvelusuunnitelma (majoitus, ruokavalio, allergioiden huomioiminen jne.). Perustetaan asiakasrekisteri, johon viedään kuntoutujakohtaiset, säädöksissä määrätyt ja muut tarvittavat asiakirjat, tallenteet ja tiedot.

Kuntoutuskurssin runko-ohjelma täsmennetään kurssin perusohjelmaksi laitoksessa määriteltyjen resurssien puitteissa. Tiimin jäsenet eli kuntoutuksesta vastaavan työryhmän jäsenet, standardissa nimellä avainhenkilöt, perehtyvät kuntoutujien asiakirjoihin samalla arvioiden kuntoutujan tilaa suhteessa perusohjelmaan sekä mahdollisten yksilökohtaisten toimenpiteiden, tutkimusten tai erillisen ohjauksen tarvetta. Voidaan hankkia lisäselvityksiä asiakkaan hoidosta vastaavalta taholta. Useimmissa laitoksissa yhdyshenkilö (nykyisin nimellä ryhmän ohjaaja) tekee muille avainhenkilöille yhteenvetoja tulevien kuntoutujien lääketieteellisestä tilasta ja muista kuntoutuksessa huomioitavista asioista. Yhdyshenkilö on kuntoutustiimin jäsen.

Monissa laitoksissa avainhenkilöt kokoontuvat yhteiseen ohjelmapalaveriin, jossa kuntoutujakohtaiset suunnitelmaan ja ohjaukseen liittyvät tarpeet käydään läpi. Toisissa yhteensovittaminen järjestetään ryhmäohjaajan välityksellä. Kurssin perusohjelmaan kirjataan täsmennykset ja sekä erityistyöntekijöiden päiväohjelmiin että kuntoutujien kurssiohjelmiin varataan aikaa tarpeellisille tutkimus- tai ohjaustilaisuuksille.

### *3.5.2 Ensimmäinen kurssijakso*

Kuntoutujat saapuvat ensimmäiselle kuntoutusjaksolle, ja kurssi toteutetaan suunnitellun ohjelman mukaisesti. Kurssin alkupäivinä tehdään perusohjelmaan kirjatut yksilökohtaiset tutkimukset ja haastattelut sekä toimintakyky- ja muut mittaukset. Tavoitekeskustelut voidaan käydä yksilökohtaisesti avainhenkilöiden tutkimusten ja haastattelujen yhteydessä tai yhdessä koko ryhmän kesken. Tiimi ohjaa kurssin ja kuntoutujien prosessin etenemistä, ja se kokoontuu sovitulla tiheydellä ja tavalla. Lääkäri, sydänkurseilla usein kardiologi, vastaa kuntoutusselosteiden laadinnasta ja sisällöstä sekä siitä, että tarvittavat asiantuntijalausunnot sisällytetään kuntoutusselosteeseen.

Kurssijakson jälkeinen asiakirjahallinta ja dokumentaatio saatetaan kuntoon ohjeistuksenmukaisella tavalla. Asiakirjoja ovat mm. kuntoutujakohtaiset tallenteet, todistukset ja lausunnot, kuntoutusselosteet ja muu kurssikohtainen dokumentaatio. Eri ammattiryhmien edustajilla on omat tiedostonsa, joita ennen sähköisen asiakirjahallinnan käyttöönottoa harvoin säilytettiin yhteisessä asiakasarkistossa. Monessa kuntoutuslaitoksessa tiimi kokoontuu tekemään kurssijakson toteutuksesta yhteenvetöön seuraavan jakson suunnittelun pohjaksi. Tukipalvelut hoitavat mm. laskutuksen ja dokumenttien välityksen.

### *3.5.3 Seurantajakso*

Seurantajakson suunnitteluun ja toteuttamiseen kuuluvat samat toiminnot kuin ensimmäiseen kurssijaksoon. Avainhenkilöillä on suunnittelussa apuna jo kirjatut kuntoutujakohtaiset tiedot ja edellisen jakson aikana tehdyt muistiinpanot. He tietävät siten, mitä erityisesti tulee huomioida tai käsitellä tulevalla jaksolla. He ovat

perehtyneet kuntoutujan tilanteeseen sekä hänen keskeisiin ongelma-alueisiinsa ja tavoitteisiinsa. Kuntoutujilta tulleet tiedot ja viestit välijakson tapahtumista tiedotetaan avainhenkilöille ja muille kurssin työntekijöille. Avainhenkilöillä on hyvä tietopohja ja hyvät mahdollisuudet räätälöidä seurantajakson sisältö vastaamaan kuntoutujan yksilöllisiä tarpeita sekä laatia tarpeellisia suosituksia kuntoutuksen jatkamisesta. Seurantajakso alkaa yleensä sitomalla ensimmäisen kurssin tapahtumat ja silloin asetetut tavoitteet nykyhetkeen.

Seurantajakson aikana selvitetään kuntoutumisen jatkuvuutta ja sitä mahdollisesti rajoittavia tai edistäviä tekijöitä. Jatkuvuus pyritään turvaamaan niin, että kuntoutuja tiedostaa, mitä jakson aikana esiin tulleista ongelma-alueista on tarpeen työstää jatkohoidosta vastaavan tahon kanssa. Mahdollisimman mielekäs ja toteuttamiskelpoinen jatkosuunnitelma takaa kuntoutuksen jatkuvuuden. Parhaimmillaan kuntoutuja löytää uuden elämäntavan ja uusia terveystottumuksia.

### *3.5.4 Toimenpiteet kurssien jälkeen*

Seurantakurssin päättyessä kootaan tarvittavat tiedot kuntoutujakohtaista kuntoutusselostetta varten. Kuntoutusseloste on verrattavissa terveydenhuollon hoitajaksojen tiivistelmätason asiakirjoihin (STM 2001a; 2001b). Myös muut kuntoutuksen aikana laaditut suunnitelmat ja lausunnot rinnastetaan esimerkiksi jatkuvaan potilaskertomukseen ja hoitajaksokohtaisiin asiakirjoihin.

Kuntoutusseloste kootaan tiimin ja kuntoutukseen osallistuneiden konsultoitujen erikoislääkäreiden ja muiden erityistyöntekijöiden ja ammattihenkilöiden lausuntojen, raporttien ja yhteenvetojen pohjalta. Jatkohoidon kannalta keskeiset lausunnot liitetään selosteeseen. Vastuulääkäri kokoaa ja allekirjoittaa kurssiselosteen. Kuntoutusselosteen jakelu on seuraavanlainen: (a) laitoksen arkistokappale, (b) kuntoutujan kappale, (c) Kelan toimiston kappale ja (d) kuntoutujan luvalla oma kopio hoidosta vastaavalle taholle. Muut kuntoutuskurssin aikana syntyneet asiakirjat ja dokumentaatio saatetaan määrättyyn muotoon ja säilytykseen.

Tukipalvelu hoitaa laskutuksen, asiakasrekisterissä olevien asiakirjojen ja tallenteiden arkistoinnin sekä tilastoinnin. Dokumentaatioprosessi kaikkine vaiheineen jää monesti asiakasprosessien varjoon. Kela ei kuitenkaan maksa laitoksen lähettämiä laskuja, ennen kuin kuntoutusseloste on saapunut toimistoon. Dokumentaatioprosessin tavoitteena on varmistaa kuntoutujan oikeusturva oikeiden, kattavien ja pätevien lausuntojen muodossa kuntoutuksen jatkumisen, sosiaaliturvapäätösten ja muiden jatkotoimenpiteiden perustaksi. Tämän lisäksi tavoitteena on täyttää maksajatahon tuotteelle asettamat laatuvaatimukset.

## KIRJALLISUUS

Hyvä kuntoutuskäytäntö 18.6.2002. Kelan järjestämät sydäntautia sairastavien kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit.

Hyvä kuntoutuskäytäntö 6.4.2005. Kelan järjestämät sydäntautia sairastavien kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. Liite 1 Kelan laitospuolitoiseen standardiin 11/2005.

Kelan laitospuolitoisen kuntoutuksen standardi. Versio 8. 8.4.2002. Kansaneläkelaitos. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kuntoutuslinja.

Kelan laitospuolitoisen kuntoutuksen standardi. Versio 11. OTE / 6.4 2005. Kansaneläkelaitos. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kuntoutuslinja.

Kelan kuntoutustilasto 2004 [viitattu 2005]. Saatavissa: <[www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto\\_04\\_pdf/\\$File/Kunto\\_04.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto_04_pdf/$File/Kunto_04.pdf?OpenElement)>.

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566.

Pekkonen M, Männikkö K, Sörensen L, Alén M. Kelan järjestämään laitospuolitoiseen osallistuneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu. *Suom Lääkäril* 2002; 48: 4953–4958.

Sosiaali- ja terveysministeriö: Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen: STM oppaita 2001a: 3.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus: Potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Asetus 99/2001b, sis. liite.



## 4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteet olivat

- 1) kuvata niitä sydänpotilaita, jotka hakeutuvat Kelan sydänkurseille, heidän sairaushistoriaansa, oireitaan, elintapojaan, elämänlaatuaan, työkykyä ja työtilannettaan sekä muutoksia näissä seurannan aikana (luku 9)
- 2) selvittää, millaisia tavoitteita kuntoutajat asettivat kuntoutumiselleen ja miten ne toteutuivat (luku 9)
- 3) selvittää, saattaisiko suhteellisen yksinkertainen tavoitteiden ja niiden toteutuman kirjaaminen tuottaa sellaista käytäntöä, jota voitaisiin hyödyntää myöhemmin sydänkurssien ja mahdollisesti muidenkin kurssien vaikutusten arvioinnissa ja seurannassa (luku 9)
- 4) kuvata sydänkuntoutuskurssien erilaisia toteuttamiskäytäntöjä ajanjaksolla 2003–2005 kaikissa sydänkuntoutusta toteuttavissa laitoksissa (luku 5)
- 5) kuvata hallinnollisesta ja työn organisatorisesta näkökulmasta sitä kokonaisuutta, minkä kuntoutajat osallistuvat erilaisiin kurssin toimintoihin ja minkä laitoksen henkilökunta käytti kurssien toteuttamiseen (luku 8)
- 6) kuvata kurssijaksoa osana kuntoutujan palveluketjua (luku 6)
- 7) kuvailla yhden sydänryhmän kokemuksia kuntoutuspolustaan sydänkurseille (luku 7).

### 4.2 Tutkimusasetelma

Kohdejoukkona olivat neljän kuntoutuslaitoksen sydänkurssit ja kurssilaiset syksyllä 2003 sekä alkuvuodesta 2004. Kyseessä on ennen–jälkeen-asetelma, jossa kyselyillä ennen kurssia sekä seurantajaksolla ja noin vuoden kuluttua kurssista pyrittiin selvittämään muutoksia kyselyn kohteena olleissa muuttujissa seurannan aikana. Tiimi täytti omat lomakkeensa sekä alku- että seurantajaksolla. Tiimin yhdyshenkilö keräsi kurssien aikana tiedot kuntoutujien osallistumisesta ja kuntoutustyöntekijöiden kurssien toteuttamiseen käyttämästä ajasta. Tämän lisäksi tiedot kurssien ohjelmien rakenteista kerättiin myös muilta kuntoutuslaitoksilta, jotka toteuttivat sydänkurssia vuosina 2003–2005.

Kurssien aikana oli voimassa Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardin versio 8/ 8.4 2002 ja Kelan järjestämien sydäntautia sairastavien kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuksen Hyvä kuntoutuskäytäntö 18.6.2002.

### 4.3 Mittaristo ja tiedonkeruu

**Taulukko 1.** Kurssijaksojen ja vuosikyselyn aikaiset kyselyt ja niiden sisältöryhmät.

Alkujakso	Seurantajakso	Vuosikysely
Kyselylomake (Kuntoutuja) Koulutus Ammatti Sairaushistoria Riskitekijät Työtilanne/työkyky Toimintakyky/haitat Elämänlaatu Masennus/ahdistuneisuus	Kyselylomake (Kuntoutuja) Työtilanne/työkyky Toimintakyky/haitat Elämänlaatu	Kyselylomake (Kuntoutuja) Sairastaminen vuoden aikana Työtilanne/työkyky Toimintakyky/haitat Elämänlaatu Masennus/ahdistuneisuus Kurssiario Kuntoutumistavoitteiden toteutuma
Kuntoutumistavoitteet Kuntoutuja tiimin avustuksella Tiimin arvio kuntoutettavuudesta ja tavoitteista	Kuntoutumistavoitteiden toteutuma Kuntoutuja Tiimi	

#### Taustatiedot ja omat arviot ennen kuntoutusta

- sosiodemografiset tiedot (siviilisäätty, koulutus)
- terveys (sairaudet, toimenpiteet, oireet)
- työ (työ vs. eläke, työpaikka, arvio työhönpaluun mahdollisuuksista, työtyytyväisyys, työn fyysiset ja psyykkiset vaatimukset)
- työkyky (subjektiivinen arvio)
- fyysinen toimintakyky/haitat (KTL 2005)
- elämänlaatu (RAND-36) (Hays ym. 1993)
- masennus/ahdistuneisuus (HADS) (Zigmond ja Snaith 1983)
- sosiaalinen tuki (KTL 2005)
- elintapoihin liittyvät riskitekijät (tupakka, alkoholi, liikunta, paino, ruokavalio)
- kuntoutuksen oikea-aikaisuus
- kurssiodotukset
- tavoitteet omalle kuntoutumiselle ennen kurssia.

#### Kuntoutumistavoitteet

Tavoitteet kirjattiin kurssin aikana tiimin kanssa, mutta niiden tuli olla kuntoutujan itsensä asettamat. Tulosten käsittelyä varten tavoitteet oli luokiteltu etukäteen seuraaviksi osa-alueiksi:

- eläminen sairauden aiheuttamien rajoitteiden kanssa
- ruumiillinen kunto ja selviytyminen ruumiillisista rasituksista
- henkinen hyvinvointi

- työkyvyn säilyminen/paraneminen, työhönpaluu
- ihmissuhteiden paraneminen
- hyvä hoitosuhde
- painonhallinta
- terveellinen ruokavalio
- tupakoinnin lopettaminen
- alkoholin käytön vähentäminen
- vapaa-ajan harrastukset.

Kullekin kuntoutujalle mietittiin yhdessä korkeintaan kolme hänelle tärkeintä tavoitetta. Nämä henkilökohtaiset tavoitteet pyydettiin kirjaamaan yksityiskohtaisesti, ja niiden toteutumista seurattiin.

### **Tiimin arvio kuntoutettavuudesta**

- kuntoutujan sopivuus (fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kannalta)
- kuntoutuksen ajoitus
- kuntoutujan motivaatio muutokseen/tavoitteisiin
- arvio kuntoutettavuudesta
- arvio kuntoutujan asettamien tavoitteiden realistisuudesta.

### **Seurantajakson tiedonkeruu**

Kuntoutuja täytti lomakkeen, jolla kartoitettiin elämänlaatua, sairauden aiheuttamia haittoja, elintapoja ja tavoitteiden saavuttamista. Tiimi vastaavasti ilmoitti lomakkeella oman käsityksensä kuntoutustavoitteiden saavuttamisesta.

### **Seurantakysely sekä muut mittaukset noin vuoden (8–12 kk:n) kuluttua alkujaksosta**

Postikyselyllä kartoitettiin mm. seuraavien asioiden tilaa ja muutoksia: terveys, työ vs. eläke, työkyky, sairauden aiheuttamat haitat, masennus/ahdistuneisuus, elintavat ja elämänlaatu sekä tavoitteiden saavuttaminen ja kurssiarvio. Painoa ja vyötärön ympäristä varten oli oma lomakkeensa.

### **Kuntoutujien haastattelut**

Yhden kuntoutuskurssin osallistajat (8 miestä ja 2 naista) haastateltiin seurantajakson aikana. Haastatteluissa pyrittiin selvittämään sairauden kulkua ja kuntoutukseen hakeutumista, hoitoketjun toimivuutta, sairauden ja työn yhteensovittamista, omaehtoista kuntoutusta ja kokemuksia kuntoutuskurssista. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin, ja kvalitatiivinen analyysi painottui temaattiseen tulkintaan.

#### 4.3.1 Eriytyiset mittarit

Jotta voitaisiin arvioida, onko kuntoutuksella vaikutusta, tarvitaan herkkä mittari. Perinteiset lääketieteelliset terveydentilamittarit eivät osoita esim. elämänlaadun muutoksia (Rissanen ym. 1995).

RAND-36 on ns. geneerinen terveyteen liittyvää elämänlaatua kuvaava mittari, jota on käytetty elämänlaadussa tapahtuneiden muutosten osoittajana (Hays ym. 1993; Di Fabio ym. 1997; Aalto ym. 1999; Berkhuisen ym.1999; Goss ja Maynard 2002; van Weert ym. 2005). Siinä on 36 erilaista kysymystä luokiteltuna kahdeksaan eri osaluokkaan: koettu terveys, fyysinen toimintakyky, psyykkinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus, fyysiset rajoitukset ja emotionaaliset rajoitukset. Korkeampi luku osoittaa parempaa elämänlaatua.

Mielialaa kuvaamaan käytettiin 14 kysymystä sisältävää HADS-lomaketta (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond ja Snaith 1983). Mittaria on käytetty ympäri maailmaa paljon sen yksinkertaisuuden ja luotettavuuden vuoksi (Herrmann 1997; Bjelland ym. 2001). Puolet kysymyksistä mittaa masentuneisuutta ja puolet ahdistuneisuutta. Vastausvaihtoehtojen perusteella luokitellaan henkilöt niin, että normaalia on pistesumma 0–7, rajatapaus 8–10 ja masentunut tai ahdistunut 11–21.

Liikuntaindeksi laskettiin niin, että liikunnan rasittavuuskerroin oli joko 1, 2 tai 3 riippuen liikunnan rasittavuudesta (kevyt, keskiraskas, rasittava) ja näillä kerrotut liikunta-ajat laskettiin yhteen.

Ruokavaliota arvioitiin lähinnä sen sisältämän rasvan laadun perusteella. Ohjeiden mukaista oli käyttää kasvirasvoja ja hylätä kovat tyydyttyneet rasvat. Rasvaindeksi laskettiin summaamalla hyväksytyt vaihtoehdot.

#### 4.3.2 Kuntoutujien ja kuntouttajien ajankäyttö sekä niiden luokitus

Kuntoutujien osallistuminen erilaisiin ohjelmiin (ydintoimintoihin) ja laitoksen näiden toteuttamiseen sekä kurssien hallintaan käyttämä työpanos kirjattiin tunteina. Tiedonkeruu, luokitukset ja työmenetelmät on kuvattu yksityiskohtaisesti liitteessä 1.

Tutkimukseen osallistui neljä kuntoutuslaitosta. Tietoja kerättiin 13 kurssin kuntoutujista ja samojen kurssien sydänkuntoutuksesta vastaavista kuntoutustyöntekijöistä (tiimeistä) ajanjaksolla elokuu 2003 – elokuu 2004. Ajankäytön tiedonkeruu kattoi kaikkien eri kuntoutuskurssien molemmat kurssijaksot. Kyseisille kurseille oli varattu yhteensä 158 kurssipaikkaa, joista 11 (7 %) jäi täyttämättä. Laitosten tunnisteiksi valittiin kirjaimet A, B, C ja D. Osallistumisen ja työpanoksen kuvaukseen kerättiin 147 kuntoutujan tietoja (taulukko 2). 13 henkilöä ei halunnut mukaan varsinaiseen seurantatutkimukseen, mutta heidän osallistumisensa on yhdistetty muiden kurssilaisten tietoihin. Keruu kattoi siten kaikkien kuntoutujien osallistumistiedot ja kaikkien laitosten työpanostiedot.

**Taulukko 2.** Laitosten kurssipaikkojen, kurssien ja kuntoutujien määrät.

Laitokset	Kurssit/laitos	Miehet	Naiset	Kuntoutujat yhteensä
A	3	22	7	29
B	3	20	3	23
C	3	35	5	40
D	4	40	15	55
Yhteensä	13	117	30	147

Tiedonkeruuta varten luotiin joka kuntoutuslaitokselle oma, perusohjelmasta muotoiltu Kuntoutujan lomake, johon kirjattiin päivän toiminnot ja niiden totuttamistapa. Ydintoiminnon koodi ja kesto sekä ohjaavan työntekijän ammatti merkittiin lomakkeeseen kurssiohjelman mukaisesti. Jos ohjelma ei toteutunut suunnitellusti, tiedot korjattiin lomakkeelle. Myös tarpeenmukainen yksilö- tai ryhmätoiminta raportoitiin.

Kuntoutujien lomakkeelta saatiin näin tiedot ydintoimintoihin käytetyistä työpanoksista ja ammattiryhmäkohtaisista työpanoksista. Tiimien dokumentaatioon ja viestintään käyttämä työpanos kerättiin joka kuntoutuslaitoksen jokaisesta kurssista erilliseen tiedonkeruulomakkeeseen. Myös omaisten ryhmän ohjaaminen kirjattiin tiimilomakkeelle. Ydintoimintojen kuvaukset saatiin laitosten laatukäsikirjoista. Käytetyt luokitukset on esitetty yksityiskohtaisesti liitteessä 2 ja tulokset luvussa 9.

### **Kuntoutujien osallistuminen ja laitoksen työpanokset**

- yksilöohjelma/yksilöohjaus
- ryhmäohjelma/ryhmäohjaus
- muu toiminta/tiimityö eli viestintä ja dokumentaatio.

### **Ammattiryhmät**

- lääkärit
- terveydenhoitajat
- ravitsemusterapeutit ja muut neuvontaa antavat, yleisnimityksenä ravitsemusohjaajat
- fysioterapeutit ja muut suorituskykyä ja fyysistä hyvinvointia edistävät ammattiryhmät kuten toimintaterapeutit, liikunnanopettajat ja -ohjaajat, kuntohoitajat, lääkintävahtimestarit, yleisnimityksenä fysioterapeutit
- psykologit
- sosiaalityöntekijät.

### **Ydintoiminnot**

- terveys ja tavoitteet
- ravitsemus

- fyysinen suorituskyky
- fyysinen hyvinvointi
- psyykkinen hyvinvointi
- sosiaalinen hyvinvointi.

### 4.3.3 Kuntoutusohjelmien sisältö

Elokuussa 2004 tehtiin sähköpostikysely kaikille vuonna 2003 Kelan järjestämiä sydänkuntoutuskursseja toteuttaneille kuntoutuslaitoksille. Kysymykset olivat avoimia, ja niissä tiedusteltiin laitoksen arvoja, yleistavoitteita, sydänkuntoutuksen tavoitteita ja niiden soveltamiskäytäntöä. Lisäksi kysyttiin sydänkursseilla käytetyistä mittareista, laboratoriotutkimuksista, sydäntiimin kokoonpanosta ja työtavoista sekä käytännön tavoiteasettelusta. Lopuksi kukin laitos sai ehdottaa, millaisin mittarein sydänkuntoutuksen vaikuttavuutta voisi arvioida. (Luku 5 ja liitteet 3 ja 4.)

### 4.4 Tutkimuksen toteutus

Kuntoutuslaitokset toimivat kursseilla lomakkeiden antajina ja täytettyjen lomakkeiden kerääjinä. Kurssilaiset saivat ensimmäiset lomakkeet kotiin muiden kurssitiedotteiden mukana, jolloin he täyttivät ne kotona ennen kursseja, tai ensimmäisenä kurssipäivänä, jolloin he täyttivät ne ensimmäisenä iltana. Tavoitteet kirjattiin vasta ensimmäisen kurssijakson lopulla, jotta kurssilaiset olisivat ehtineet keskustella kuntoutumisesta ja muodostaa oman käsityksensä henkilökohtaisista tavoitteistaan. Ennen seurantajaksoa he täyttivät kotona seurantalomakkeen ja kertoivat siinä mm., olivatko he mielestään saavuttaneet tavoitteet.

Tiimi kirjasi alkujaksolla käsityksensä kuntoutujan sopivuudesta ja kuntoutustavoitteiden realistisuudesta. Se ilmoitti seurantajaksolla oman käsityksensä kuntoutujan tavoitteiden toteutumisesta. Vuosiseurantakysely lähetettiin kuntoutujalle Kelan tutkimusosastosta Turusta. Mikäli ensimmäiseen kyselyyn ei vastattu, lähetettiin toinen. Jos tämäkin jäi palauttamatta, yritettiin kuntoutujaan saada yhteys puhelimitse. Tällä tavoin saatiin vielä jokunen vastaus. Vuosikyselyssä kuntoutujia pyydettiin käymään terveydenhoitajalla tai pyytämään, että lääkärikäynnin yhteydessä mitattaisiin sekä paino että vyötärön ympäryys. Kirjeessä oli tätä varten oma lomakkeensa ja palautuskuorensa.

Tiimin yhdyshenkilö täytti jokaisen kuntoutujan osallistumisesta lomakkeen, jolle kirjattiin erikseen poissaolot ja tapahtumat (esim. 1–2 päivää kestävä sairaus), jotka tilapäisesti estivät kuntoutujaa osallistumista sekä tarpeenmukaiset yksilökohtaiset tutkimus-, ohjaus- ja neuvontatilaisuudet. Yhdyshenkilö keräsi joka kurssilta ja joka kurssijaksolta tiedot tiimien kokoontumisien määrästä, kestosta ja osanottajista (ammattiryhmät) sekä lausuntojen tekemiseen ja muuhun kirjalliseen työhön käytetyn ajan ja tekijät ammattiryhmittäin.

#### 4.5 Tilastolliset menetelmät

Luokiteltujen muuttujien osalta tulokset on esitetty pääasiassa frekvenssi- ja prosenttijakaumina. Mielenkiintoisimmat eri laitosten ja sukupuolten väliset erot on testattu käyttäen  $\chi^2$ -riippumattomuustestiä. Jatkuvat muuttujat ja niiden muutokset on esitetty keskiarvoina ja keskihajontoina. Niiden testaamiseen on käytetty toistettujen mittausten varianssianalyysiä. Nämä muutokset esitetään keskiarvoina ja 95 %:n luottamusväleinä.

Ajankäyttöä koskevat tiedot vietiin Excel-taulukkoihin, joiden avulla ne yhdistettiin, ryhmiteltiin ja työstettiin. Datan käsittelyssä ja raportissa käytetään yksikköä 1 tunti = 1,00. Täten 15 min = 0,25. (Liite 1.)

#### KIRJALLISUUS

Aalto A-M, Aro AR, Teperi J. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina: mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 101, 1999.

Berkhuysen MA, Nieuwland W, Buunk BP, Sanderman R, Viersma JW, Rispens P. Effect of high- versus low-frequency exercise training in multidisciplinary cardiac rehabilitation on health-related quality of life. *J Cardiopulm Rehabil* 1999; 19: 22–28.

Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D: The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2001; 52: 69–77.

Di Fabio RP, Choi T, Soderberg J, Hansen CR. Health-related quality of life for patients with progressive multiple sclerosis: influence of rehabilitation. *Phys Ther* 1997; 77: 1704–1716.

Goss JR, Epstein A, Maynard C. Effects of cardiac rehabilitation on self-reported health status after coronary artery bypass surgery. *J Cardiopulm Rehabil* 2002; 22: 410–417.

Hays RD, Sherbourne CD, Matzel RM. The RAND 36-item Health Survey 1.0. *Health Econ* 1993; 2: 217–227.

Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997; 42: 17–41.

Hyvä kuntoutuskäytäntö 18.6.2002. Kelan järjestämät sydäntautia sairastavien kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit.

Kelan laitospuolitoisen kuntoutuksen standardi. Versio 8. 8.4.2002. Kansaneläkelaitos. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kuntoutuslinja.

KTL. Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisu B6, 2005.

Rissanen P, Sintonen H, Pekurinen M. 15D terveyteen liittyvän elämänlaatumittarin, visuaalisen analogimittarin ja koetun terveydentilamittarin arvot aikuisikäisessä normaaliväestössä. *Sos Lääket Aikak* 1995; 32: 207–211.

van Weert E, Hoekstra-Weebers J, Grol B, ym. A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer survivors: effectiveness on health-related quality of life. *J Psychosom Res* 2005; 58: 485–496.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–370.



## 5 SYDÄNKUNTOUTUSKURSSIEN TOTEUTTAMISKÄYTÄNTÖJÄ

Sydänsairauksia sairastaville osoitetut sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssit on kehitetty vuosien mittaan yhteistyössä Kelan, Suomen Sydänliiton ja alan erikoislääkäreiden sekä heidän yhdistystensä kanssa (Huttunen ym. 1999). Sydänkuntoutus- ja sekundäärispreveniivisten ohjelmien kehittäminen on jatkuvaa ja tarpeellista yhä lyhenevien sairaalajaksojen takia.

”Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan kuntoutuksen tavoitteena on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen ja palauttaminen parhaalle mahdolliselle tasolle, jonka potilaan katsotaan voivan saavuttaa nykyikäisten hoitotoimenpiteiden jälkeen.” (Hämäläinen 2000).

Kuntoutuksessa pyritään nykyään kuntoutujan kokonaisvaltaisen elämäntilanteen edistämiseen. Kuntoutuksen lähtökohtana on yksilölähtöisyys, ja ohjauksessa pyritään siihen, että kuntoutujan omat tavoitteet ohjaavat kuntoutuksen etenemistä. (Järvikoski ja Härkäpää 2004, 158–160.)

Sydänkuntoutusta toteutetaan eri tavalla eri laitoksissa, mutta tarkempia tai koottuja tietoja toteuttamistavoista tai -menetelmistä ei ole ollut saatavilla (Julkunen ym. 2000, 7). Koska oma tutkimuksemme käsitti vain neljä kuntoutuslaitosta, mutta halusimme yleiskuvan koko Kelan sydänkurssitarjonnasta tällä hetkellä, teimme suppean kyselyn kuudelle muullekin laitokselle. Keräsimme tietoa työikäisille tarkoitettujen sydänkurssien ohjelmista ja menetelmistä, jotta vaihteluväli paljastuisi.

### 5.1 Sydänkuntoutuksen yleiset tavoitteet

Kelan Hyvän kuntoutuskäytännön kuvauksessa esitetyt yleistavoitteet antavat yhteiset suuntaviivat eri kuntoutuslaitosten toteuttamille sydänkurseille. Kuntoutuskurssien toimittamisprosessin eri vaiheet on tarkoin määritelty, niin myös niiden pääasiallinen sisältö sekä kuntoutustyöntekijöiden määrä ja pätevyys. Laitosten oman työtteen ja kuntoutusparadigman toteuttamiseen löytyy silti tilaa ja mahdollisuuksia.

Kelan Hyvän kuntoutuskäytännön ohjeistuksessa määritellyt tavoitteet ovat

- kuntoutujan työ- ja toimintakyvyn palautumisen tai parantamisen edistäminen
- terveiden elämäntapojen ja itsehoito-ohjelmien omaksuminen
- kivun ja sydänsairauksiin liittyvien yleisten ongelmien hallinta
- kuntoutujan psyykinen tukeminen
- sydänsairaudesta annetun tiedon syventäminen
- arjessa ja työelämässä selviytymisen tukeminen
- antaa potilaan omaisille tietoa sairaudesta, jotta heillä olisi valmius tukea kuntoutusta. (Hyvä kuntoutuskäytäntö ... 2002.)

Kuntoutuksen yleiset tavoitteet määrittelevät kuntoutustoiminnan laajaksi ja kokonaisvaltaiseksi tapahtumaksi. Tavoiteasettelussa on huomioitu kuntoutuja ja hänen sairautensa sekä hänen sosiaalinen ympäristönsä niin työelämässä kuin arjessakin: hänen psykososiaalinen hyvinvointinsa sekä se, että hän on tietävä ja aktiivinen toimija kuntoutumisprosessissaan.

## 5.2 Tavoiteasettelu ja tavoitteiden työstäminen

Kurssien sisällöt noudattivat Kelan kuntoutuslinjan asettamia vaatimuksia. Kuvauksista voidaan päätellä, että Hyvän kuntoutuskäytännön edellyttämä sisältö löytyi kaikista laitoksista. Ohjelmien variaatiot johtuivat lähinnä kuntoutuslaitosten erilaisista painopistealueista, sisällöllisistä laajennuksista ja lisäyksistä. Yksi esimerkki vaihtelusta oli informaatiotilaisuus jalkojen hoidosta: etenkin diabetesta sairastaville sydänkuntoutujille jalkojen kunto on tärkeä mutta terveysneuvonnassa usein huomioimatta jätetty asia. Toisena esimerkkinä on yksi hierontakerta hemmotteluhoitona ja nautiskeluna. Kaiken kaikkiaan laitoksissa oli monia innovatiivisia ja erilaisia työotteita ja menetelmiä, mutta ne jäivät tässä raportissa tarkemmin kuvaamatta.

### 5.2.1 Laitosten kurssitavoitteet

Useimmissa laitoksissa kurssiohjelmien tavoitteet olivat peräisin laadunhallintajärjestelmiin kirjatusta yleistavoitteista ja arvoista. Miten yleistavoitteet ja arvot konkretisoituvat jokapäiväisessä käytännön työssä, oli vastauksissa kuvattu riittämättömästi. Kysymys siitä, miten tavoitteet viedään laitoksissa konkreettiseksi ja mitattavaksi toiminnaksi, oli epäselvästi esitetty ja siksi laitosten vastauksissa vähäisesti huomioitu. Vastausten perusteella ei ole mahdollista päätellä etteikö konkretisoitumista tapahtuisi laitoksissa.

### 5.2.2 Kuntoutujan tavoitteet

Kurssimuotoiseen kuntoutukseen on tullut uusi vaativa ulottuvuus. Aikaisemmin standardiohjelmat perustuivat siihen olettamukseen, että ne ovat sellaisinaan kaikille kuntoutujille sopivia, koska sisältävät ”yleisiä, hyviksi ja tarpeelliseksi todettuja toimenpiteitä”. Nykyaikaisessa kuntoutuksessa yleisohjelmat ovat kehittyneet puiteohjelmiksi, joita jokaisessa kurssissa räätälöidään mahdollisimman pitkälle yksittäisten kuntoutujien tarpeita vastaaviksi ja tukeviksi. Työotteiden muutos johtuu siitä, että kuntoutusparadigma on siirtynyt vajavuuskeskeisestä paradigmasta valtaistavaan paradigmaan (STM 2004). Muutamissa laitoksissa siirtymä oli tietoinen päätös. Toisissa oltiin ehkä liukumassa paradigmasta toiseen: toiminnan kuvauksissa joko ei ollut nähtävissä selkeää kannanottoa tai sitten niistä löytyi molempien paradigmojen piirteitä. Yhden laitoksen työote oli tunnistettavasti vajavuuskeskeinen.

Varsinaisen tutkimushankkeen keskeisiä kysymyksiä oli, miten kuntoutujan omat tavoitteet kirjataan ja miten niitä edistetään kuntoutuksessa. Kuntoutuksen tavoitteellisuus on työntekijöille hankalaa; vaikka kuntoutuksen perusmuoto on kurssi, tulee jokaista kurssilaista kohdella yksilöllisesti ja edistää yksittäisen kuntoutujan kuntoutumista hänen omista tavoitteistaan käsin, kuitenkin noudattaen laitoksen ohjeita ja ryhmän asettamia rajoituksia.

Kuuden kuntoutuslaitoksen asiakirjoista ja vastauksista ilmeni, että kuntoutuksen lähtökohdaksi otettiin yleisohjelman lisäksi kuntoutujan oma tavoiteasettelu. Kolmessa laitoksessa työnteko kurssilla pohjattiin määrätietoisesti kuntoutujan tavoitteisiin siten, että ne olivat keskeisesti esillä kaikissa eri ohjelmaosioissa. Kuntoutuja työsti ja seurasi aktiivisesti omaa etenemistään ja tavoitteensa saavuttamista. Näissä laitoksissa myös kurssien välajakso hyödynnettiin. Ensimmäisen kurssijakson päättyessä ohjeistettiin kuntoutuja omien tavoitteiden konkreettiseen työstämiseen jaksojen välisenä aikana. Seurantajakson alkaessa punottiin kuntoutujan kuntoutusprosessia kokonaisuudeksi.

### 5.3 Sydänkuntoutuskurssien rakenteet

Jokainen kuntoutuslaitos toteutti Kelan kuntoutuskursseja kuntoutuslinjan asettamien vaatimusten ja Hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti (Kela 2002). Kuntoutuslaitoksella on itsenäinen vastuu ja vapaus määritellä ohjelman sisällölliset painopistealueet ja työotteet sekä se, miten ja millä panostuksella ohjelma konkreettisesti toteutetaan. Kuntoutusohjelmat rakentuvat laitospohjaisesti hieman erilaisiksi kokonaisuuksiksi. Kuntoutuslaitos on osa sitä ympäröivää yhteiskuntaa ja talousaluetta. Paikallinen kulttuuri ja laitoksen sisäinen arvomaailma tuovat oman leimansa kuntoutusohjelmaan. Laitoksen ominaispiirteet ovat kuntoutuskursseilla rikkaus, jota tulee edelleen vaalia.

#### 5.3.1 Kurssijaksot ja kurssipäivien jakautuminen

Sydänkuntoutuskurssit toteutettiin yleensä kaksijaksoisina kaikissa laitoksissa, yhdessä kolmiosaisena. Kurssien kokonaispituudet olivat 14–20 , tavallisimmin 17–18 päivää. Alkujaksojen pituudet olivat 12–15 päivää ja seurantajaksojen 2–5 , yleisimmin 4–5 päivää. Laitoksissa toteutettiin omaisten päiviä enimmäkseen kaksipäiväisinä, yhdessä laitoksessa yhden päivän pituisena. Jaksojen välinen aika oli 3–6 kk. Noin kolmasosassa laitoksissa kurssilla oli 14 kurssipaikkaa, muissa 10. Jos kurssilla on yli 10 osallistujaa, kurssi jaetaan pienryhmiin laitoksessa katsotun tarpeen sekä Kelan ohjeistuksen mukaan. Jako perustuu kuntoutujien fyysiseen suorituskykyyn ja keskusteluryhmien kokoon. Keskusteluryhmän optimaalinen koko on 5–7 osallistujaa.

### *5.3.2 Sydänkuntoutuskurssien tiimit ja muu osallistuva henkilöstö*

Kaikissa laitoksissa sydänkuntoutuksen toteutumisesta vastasi moniammatillinen työryhmä eli tiimi. Kurssin vastuuhenkilönä oli pääsääntöisesti erikoislääkäri tai kardiologi. Ydintiimin jäsenet eli avainhenkilöt olivat erikoislääkäri, kardiologi tai kurssin kuntoutuslääkäri, (erikois)sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, (työ)fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja psykologi. Ryhmän ohjaajana (aikaisemmin nimellä yhdyshenkilö tai kurssivastaava) toimi yleisimmin sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, muutamassa laitoksessa fysioterapeutti. Tiimien ammatillinen kokoonpano vaihteli jonkin verran eri kuntoutuslaitoksissa. Joissain laitoksissa ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä tai kardiologi kuului tiimiin kiinteästi, toisissa he osallistuivat tiimityöhön tarpeen mukaan.

Tiimejä vahvistettiin tarpeen mukaan muiden ammattiryhmien edustajilla, esim. kuntoutusteologilla, seksuaaliterapeutilla, lääkintävahtimestarilla, liikunnanohjaajalla tai -opettajalla. Tiimit olivat kaikissa kuntoutuslaitoksissa pysyviä tiimejä ja jäsenet ammattikohtaisesti erikoistuneita sydänkuntoutukseen. Jäsenten vaihtuvuus oli vähäistä. Laitoksissa käytettiin lisäksi tarpeen mukaan konsultoivia erikoislääkäreitä, kuten sisätautilääkäreitä, psykiatria ja fysiatria.

Avainhenkilöiden eli tiimien jäsenten toimintatavat olivat erilaisia eri laitoksissa. Joissain kuntoutuslaitoksissa pidettiin tiimipalaveri ennen kurssien alkamista ja myös ennen seurantajaksoa tarkentamaan kurssiohjelman sisältöä, toisissa laitoksissa nämä asiat hoiti ryhmän ohjaaja. Tiimien kokoontumistiheys ja asioiden käsittelymenetelmät oli järjestetty eri tavoin. Jossain laitoksessa tiimikokoukset olivat säännöllisesti toistuvia tapahtumia, joissa enemmistö tiiminjäsenistä oli läsnä. Viestintä tapahtui tiivistetysti ja omaksutun rutiinin mukaan. Toinen ääripää oli menettely, jossa suurin osa avainhenkilöiden välisestä viestinnästä tapahtui kirjallisesti. Tavallisesti menettelyt olivat erilaisia muunnelmia yllä kuvatuista tavoista. Kahdessa laitoksessa avainhenkilöt tapasivat toisensa pientyöryhmissä (2–3 henkilöä) joiden kokoonpano tarpeen mukaan. Kuntoutuskurssien lopussa kurssin vastuulääkäri kokosi kuntoutusselosteen. Muutamassa laitoksessa aineiston kokosi ryhmäohjaaja ja lääkäri vain viimeisteli selosteen. Ryhmäohjaajan tehtävät, niiden vaatavuus ja vastuualue erosivatkin eniten muiden avainhenkilöiden tehtävistä.

Varsinaiseen kuntoutukseen osallistui myös fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, kuntohoitajia, liikunnanohjaajia, ravitsemusohjaajia ja -neuvoja, ravitsemuspäällikkö, ravitsemuspalvelun (apulais)emäntä, vapaa-ajan ohjaajia, Sydänliiton edustaja sekä laboratoriotyön ammattihenkilöstöä.

### *5.3.3 Yksilökohtaiset tutkimukset ja haastattelut*

Jokaisessa laitoksessa kurssilääkäri/kardiologi ja hoitaja tapasivat kuntoutujat kahden ensimmäisen päivän aikana ja tekivät yksilökohtaiset haastattelut ja tutkimukset.

Muita ammattiryhmien edustajia, joiden yksilötutkimus tai haastattelu sisältyi perusohjelmaan, olivat fysioterapeutti 8 laitoksessa, ravitsemusterapeutti tai -ohjaaja tai ravitsemusohjaukseen erikoistunut sairaanhoitaja 4 laitoksessa, sosiaalityöntekijä 4 laitoksessa ja psykologi 3 laitoksessa. Kahdessa laitoksessa alkututkimuksen teki joko sosiaalityöntekijä tai psykologi eli kuntoutuja tapasi jompaakumpaa heistä. Muissa laitoksissa edellä mainittujen ammattien edustajat tekivät haastattelut tai tutkimukset avainhenkilöiden määrittelemän tarpeen mukaan. Yleensä yksilötapaamisen tarve oli määritelty jo perusohjelmassa. Yhdessä laitoksessa omaisillekin tehtiin suppea terveystarkastus.

Kuntoutuslaitosten panostusta alkuhaastatteluihin ja -tutkimuksiin voidaan tarkastella myös toisesta näkökulmasta. Avainhenkilöt suorittivat alkututkimukset ja haastattelut eri laitoksissa erilaisin työpanoksin: yhdessä laitoksessa 2 avainhenkilöä ja neljässä laitoksessa 3. Yhdessä laitoksessa 4, kolmessa laitoksessa 5 ja yhdessä laitoksessa 6 asiantuntijaa osallistui kuntoutujan alkutilanteen selvitykseen. Ero on melkoinen laitosten työpanoksen näkökulmasta. Yhden kuntoutujan alkuselvitykseen käytetty aika vaihteli laitoksittain 1:stä 6:een tuntia.

#### *5.3.4 Kliiniset tutkimukset ja haastattelut*

Kaikissa kuntoutuslaitoksissa sairaan- tai terveydenhoitajan tutkimukseen sisältyi pituuden, painon ja verenpaineen mittaus. Joissakin laitoksissa valitut kuntoutujat kävivät ohjelmoitusti verenpainemittauksissa kurssijakson aikana. Hoitajan ja/tai lääkärin haastattelussa käsiteltiin yleensä terveydentila, sairaus- ja oirekysely, hoitotilanne, koettu terveydentila, riskikartoituslomake, terveystottumukset sekä elintavat, mm. tupakointi ja alkoholinkäyttö. Lääkärin tutkimukseen sisältyi tietysti kuntoutujan lääketieteellisen tilan tutkimus ja arviointi.

Yleensä kuntoutuslaitokset pyysivät kuntoutujia ottamaan mukaansa viimeisten kolmen kuukauden sisällä kotipaikkakunnalla tehtyjen laboratoriotutkimusten tuloksia. Eri laitoksilla oli niistä omat toivelistansa. Yhdessä laitoksessa tehtiin pieni peruspaketti laboratoriotutkimuksia kaikille kuntoutujille, muutamassa laitoksessa vain valituille ryhmille, esim. työelämästä poissa oleville, tai lääkärin/kardiologin pyynnöstä. Muutamassa laitoksessa tehtiin myös laboratoriotutkimuksia, joko kurssiin sisältyviä tai kuntoutujan itse maksamia.

Useimmissa laitoksissa EKG otettiin alkututkimusten yhteydessä. Noin puolet laitoksista pyysi kuntoutujaa tuomaan mukanaan kliinisen rasituskokeen tulokset. Muutamassa laitoksessa rasituskokeita tehtiin tarvittaessa, yhdessä laitoksessa kaikille kuntoutujille. Kahdessa laitoksessa rasituskokeen tuloksia käytettiin fyysisen suorituskyvyn harjoitustason määrittämiseen.

Fyysisen suorituskyvyn taso sekä tuki- ja liikuntaelinten toimintakyvyn edellytykset kartoitettiin useimmissa laitoksissa 6 minuutin kävelytestillä ja erilaisin lihaskunto-

ja toiminnallisin testein. Lisäksi selvitettiin liikkumisen ja fyysisen harjoituksen mahdollisia rajoituksia. Tutkimukseen liittyi useimmiten liikuntatottumusten selvittäminen.

Ravitsemusterapeuteilla ja -neuvojilla sekä sosiaalityöntekijöillä ja psykologeilla oli omat ammatilliset tutkimusmenetelmänsä, tutkimuslomakkeensa ja testinsä. Käytetyt menetelmät ja tutkimusten laajuus vaihtelivat laitoksittain. Vastauksissa oli mainittu mm. ruokavalio- ja ruokatottumuskyselyt, ruokapäiväkirja, sosiaalinen perustutkimus, sosiaalinen tuki, työ ja työolot, psykologinen perustutkimus, DEPS-seula, Beck, mielialakysely, sairauten sopeutuminen, RAND-36 sekä CILL.

### *5.3.5 Kuntoutujien ja kuntoutuksen seuranta*

Suurin osa laitoksista ilmoitti, että seuranta tapahtuu samalla tavalla ja samoilla mittareilla kuin alkututkimuksissa. Lisäksi kuntoutuksen etenemistä seurattiin tiimityöskentelyn yhteydessä ja ryhmätöiden edetessä. Niissä neljässä laitoksessa, jotka osallistuivat varsinaiseen tutkimukseen, oli tutkimushanketta varten luotu tavoitelomake. Lomakkeeseen kirjattiin kuntoutujan asettamat tavoitteet kuntoutuskurssin alkaessa ja niiden toteutumisen seuranta kurssin edetessä ja päätyttyä.

Muutamassa laitoksessa seurantaan laskettiin kuuluvaksi kuntoutusseloste ja vuosittainen raportti Kelan kuntoutuslinjalle. Laitoksilla oli erilaisia tyytyväisyysmittareita. Yksi laitos ilmoitti, että kaikille kuntoutujille tehdään seurantakysely puoli vuotta kuntoutusjakson päättymisestä. Samassa laitoksessa oli luotu kuntoutujille oma tavoite- ja seurantalomake, jotta he pystyisivät itse arvioimaan ja seuraamaan edistymistään.

## 5.4 Kurssiohjelmien sisältö

Tiedostelussa ei kysytty eri kuntoutuslaitosten ohjelmien sisältöä. Tässä kohdassa käytetään neljän varsinaiseen tutkimushankkeeseen osallistuneen laitoksen laatukäsikirjoihin kirjattuja ohjelmasisältöjä. Ydintoimintojen tarkempi kuvaus on liitteessä 2.

### *5.4.1 Ydintoiminnot ja ohjauskeinot*

Ydintoiminnot ja niiden toteuttaminen muodostavat kurssin pääsisällön. Terveysohjauksessa panostettiin tietojen antamiseen: mitä sydänsairaus on, mitä siihen liittyy, miten sydän- ja verenkiertoelimet toimivat ja miten niiden toimintaa voidaan omatoimisesti parantaa. Sydänsairauteen liittyy paljon epävarmuutta ja ehkä virheellisiäkin uskomuksia. Näitä otettiin esille ja näistä keskusteltiin. Keskeiset kysymykset ovat tällaisia: mitä uskaltaa tehdä, milloin pitää hakeutua hoitoon, jos alkaa tuntua pahalta, uskaltaako jatkaa entisiä harrastuksia ja miten jatkossa tulisi

elää? Ravitsemustottumusten, elintapojen ja fyysisen suorituskyvyn parantaminen ovat sydänkuntoutuksen peruspilareita. Painonpudotus on monelle kuntoutujalle aiheellista, mutta on vaikeaa konkretisoida hyvät aiheet uusiksi elintavoiksi ja integroida ne sairauskohtauksen jälkeiseen elämään.

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja oireet ovat monelle kuntoutujalle todellisia liikkumista rajoittavia tekijöitä. Kaikkien laitosten ohjelmiin kuului kehon optimaalisen käytön ja rentoustekniikan opettelu. Keskustelu vertaisryhmässä asiantuntijan johdolla on tehokas keino, ja sitä käytettiin kaikissa laitoksissa. Henkiseen hyvinvointiin kuuluu oman sosiaalisen elämän uudelleen rakentaminen sairauden jälkeen sekä vapaa-aikana että työssä. Työelämän vaatimukset ja keskustelut työn sopivuudesta käytiin laitoksissa yleisellä tasolla, myös kahdenkeskisissä ohjaustilaisuuksissa. Laitoksissa oli erilaisia tapoja arvioida työkykyä. Jossakin laitoksessa asia kuului luonnollisena osana kurssiohjelmaan, jossakin toisessa taas kuntoutujaa kehoitettiin ottamaan yhteyttä hoidosta vastaavaan tahoon työkyvyn tarkempaa selvitystä varten.

Sydänkuntoutuksen ydintoiminnot toteutettiin pääasiallisesti ryhmätoimintana. Yksilötoimintaa olivat tutkimukset ja yksilölliset ohjaus- ja neuvontatilaisuudet. Ohjelmaosuudet toteutettiin sekä käytännön harjoituksina että luentoina ja opetuskeskusteluina. Sisällöllisesti ohjatun keskustelun tarkoitus on aktivoita kuntoutujatkin puhumaan. Muutamassa laitoksessa oli tapana, että kuntoutujat tapaavat kaikki avainhenkilöt tai suurimman osan heistä kurssien alku- ja palautetilaisuuksissa. Joka laitoksessa toteutetaan nykyään omaisten päiviä, joiden ohjelmat ovat kuitenkin sisällöltään erilaisia.

Ryhmätilaisuuksien ja opetuskeskustelujen pitäjät vaihtelivat laitoksittain. Jossain niitä piti yksi asiantuntija, mutta jokseenkin tavallinen käytäntö oli, että ryhmän kanssa työskenteli työpari. Eri ammattikuntien edustajat pitivät eri aihepiirien opetuskeskusteluja: sydänsairauksien riskitekijöistä kertoi terveydenhoitaja tai lääkäri, tuki- ja liikuntaelimestön oireista ja vaivoista fysioterapeutti tai lääkäri. Opetuskeskusteluja vapaa-ajan toiminnoista pitivät lähes kaikkien ammattiryhmien edustajat.

#### *5.4.2 Muu kuntoutuskurssin aikainen toiminta*

Kaikissa kuntoutuslaitoksissa on monipuoliset ja osin ohjatut vapaa-ajan ohjelmat. Etenkin viikonloppujen ohjelmat ovat luovasti koottuja. Kurssilaisille tarjotaan lisäksi mahdollisuuksia omatoimiseen kuntoiluun. He kokoontuvat usein iltaisin keskustelemaan toistensa kanssa kokemuksistaan ja sairauteen liittyvistä asioista. Näitä omalla ajalla tapahtuneita keskusteluja pidetään palautteiden perusteella kuntoutuskurssien keskeisimpänä antina.

## 5.5 Pohdinta

Eri laitosten kurssien sisällöt ja toteuttamiseen osallistuvat ammattikunnat olivat kiinnostavan erilaisia, vaikka toteuttamista ohjaavat Kelan standardit ja Hyvän kuntoutuskäytännön ohjeistus. Selvitykseen osallistuivat kaikki aikuisten sydänkuntoutusta vuonna 2003 toteuttaneet laitokset. Näin saatiin kokonaiskuva laitoksissa tapahtuvasta sydänkuntoutustoiminnasta. Selvitystyö olisi voinut olla perusteellisempikin, esimerkiksi laitosten työotteita ja toimintaa ohjaavia periaatteita ja paradigmoja olisi voinut tutkia tarkemmin.

Näin ylimalkaisen kyselyn perusteella ei ole mahdollista arvioida tiimitapahtumien viestinnän kattavuutta tai tehokkuutta. Vastauksista ei selvinnyt, miten yksilön erityisongelmat tulevat huomioiduiksi. Lisäksi jää avoimeksi, saavatko avainhenkilöt riittävästi ja tarpeellista tietoa kuntoutujien tilasta ja tarpeista, jotta eri asiantuntijoiden ohjauksesta muodostuu kuntoutujalle yhtenevä ja samansuuntainen toimintakokonaisuus ja prosessi. Kysymys tiimien eri työskentelytapojen tehokkuudesta edellyttäisi oman tutkimuksensa. Toisaalta kiehtoisi sellainen ajatus, että laitokset ottaisivat tiimityöskentelyn kehittämiskohteekseen soveltaen siihen myös benchmarking-menetelmää.

Kaikissa laitoksissa seurattiin kuntoutujien edistymistä monentasoisesti. Mittausmenetelmät olivat kovin erilaisia. Yleensä kurssinaikainen seuranta oli monipuolista ja vaikutti järjestelmälliseltä. Kurssikoosteet toimitettiin Kelan kuntoutuslinjalle. Laitosten vastauksista voidaan päätellä, että seuranta tehdään pääasiallisesti yksilötasolla ja kuntoutuskurssin tarpeisiin. Tietojen hyödyntäminen muussa kuin kurssin toteuttamisessa jää yleensä puutteelliseksi. Muutamassa laitoksessa tiedot yhdistettiin yleisen tason seurantatiedostoksi. Neljässä laitoksessa tehtiin tai oli aikaisemmin tehty sydänkuntoutuskursseihin liittyvää tutkimustyötä ja opinnäytteitä. Yhdessä laitoksessa oli työn alla pro gradu -tutkimus sydänkuntoutuksen kuntoutusprosessin sisällöstä, tavoitteista, toteutuksesta ja vaikuttavuudesta.

Sydänkuntoutuskurssseissa kerätään paljon tietoa, mutta niiden koordinoimisessa ja hyödyntämisessä olisi parantamisen varaa. Osan laitosten keräämistä tiedoista voisi standardoida. Selkeitä ja yksinkertaisesti koottavia seurantatietoja olisi mahdollista yhdistää koko maan kattavaksi seurantatiedostoksi. Seurannan valtakunnallinen yhtenäistäminen ei ole kuitenkaan laitosten tehtävä.

## KIRJALLISUUS

Huttunen Matti ja työryhmä. Suositus sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutuksesta. 2. uud. p. Helsinki: Suomen Sydäntautiliiton julkaisuja 1, 1999.

Hyvä kuntoutuskäytäntö 18.6 2002. Kelan järjestämät sydäntautia sairastavien kuntoutus- ja sopeutusvalmennuskurssit. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kansaneläkelaitos, 2002.



Hämäläinen H. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutus – näyttöön perustuvaa lääketiedettäkö? Suom Lääkäril 2000; 45: 4619–4623.

Julkunen J, Saarinen T, Idänpään-Heikkilä U, Sala R. Sydänkuntoutuksen tuloksellisuus. Kontrolloitu seurantatutkimus. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 2000:63. Helsinki: Yliopistopaino, 2000.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY, 2004.

Kansaneläkelaitoksen laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Versio 8 / 8.4.2002. Kansaneläkelaitos. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kuntoutuslinja, 2002.

STM. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämishjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003: 19. Helsinki: STM, 2004.

### **Muut lähteet**

Tutkimusprojektiin osallistuneiden neljän kuntoutuslaitoksen sydänkuntoutuksen laatukäsikirjojen toiminta- ja menettelyohjeet. Laitoskohtaiset viimeisimmät päivitykset: 18.8.2003, 10.4.2003, 4.7.2003 ja 1.10.2001.

## 6 KUNTOUTUSKURSSI OSANA PALVELUKETJUA

### 6.1 Palveluketjun merkitys kuntoutuksen ja hoidon jatkuvuudessa

Palveluketju on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva palveluprosessin kokonaisuus (Stakes 2002). Sen tarkoituksena on taata hoidon tai kuntoutuksen jatkuvuus. Jatkuvuuden käsitteellistä sisältöä on tutkittu meta-analyyseissä monitieteellisestä ja moniammatillisesta näkökulmasta (Haggerty ym. 2003). Jatkuvuuden edellytyksenä on tiedonvälityksen, hoitoprosessien hallinnan ja hoitosuhteen jatkuvuus. Eri tekijät painottuvat eri tavalla eri ympäristöissä, mutta jokainen niistä on välttämätön kokonaisen ketjun toimivuudelle. Jatkuvuuden tunnistimena on, että potilas kokee hoidon yhtenevänä ja johdonmukaisena. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaamassa kokeilussa määriteltiin saumattomien palvelujen edellytykseksi tiedonkulun ja yhteistyön tekninen ja toiminnallinen yhteensovittaminen (Hyppönen ym. 2005, 48).

Käytännössä on vaikea erottaa, onko yksilö palveluketjun vai verkostotyön asiakas. Sana *ketju* voi luoda mielikuvan siitä, että asiakas etenee lineaarisesti palveluprosessista ja organisaatiosta toiseen, vaikka käytännössä palveluketjussa on enemmän kyse verkkomaisista prosesseista ja niiden muodostamista kokonaisuuksista (Stakes 2002). Sydänkuntoutuja voi siirtyä esim. erikoissairaanhoidosta perusterveyshuoltoon ja sieltä edelleen laituskuntoutukseen palaten entisen hoitotahonsa vastuulle. Sairaus voi olla niin hyvässä hallinnassa ja tasapainossa, ettei sydänpotilas tarvitse muita kuin rutiinikäyntejä lääkärin luona. Hän voi myös moniongelmallisuutensa takia jäädä usean tahon samanaikaisesti toteutuvien hoito- tai kuntoutustoimenpiteiden kohteeksi. Voi käydä niinkin, ettei palveluketju lainkaan toteudu hänen kohdallaan.

Siirtymät vastuutahosta toiseen ovat hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuuden kannalta haavoittuvia vaiheita. Stakesin ohjeiden mukaan joustavassa (saumattomassa) palveluketjussa kaikkien palveluprosesseihin osallistuvien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee olla tietoisia asiakkaan ja hänen tietojensa erilaisista siirtymävaiheista ja niihin liittyvistä yhteistyön ja tiedonkulun tarpeista. Asiakasta koskevat tiedot tulee siirtää suunnitelmallisesti ja tietosuojalainsäädännön määräysten mukaisesti (Stakes 2002). Palveluketjussa asiakkaan hoito- tai kuntoutussuunnitelma tulee keskeiseksi toimintoja koordinoivaksi asiakirjaksi. Mitä useampi toimija tai taho palveluprosessiin osallistuu, sitä tärkeämmäksi tulee suunnitelma ja siihen kuuluva järjestelmällinen, osapuolten kesken yhdessä sovittu viestintä- ja tiedonvaihtotapa.

### 6.2 Palveluketju sydänkuntoutuskurssitutkimuksessa

#### 6.2.1 Kurssia edeltävä kuntoutus ja kurseille hakeutuminen

Ennen sydänkurssia 13 % kurssilaisista oli saanut jotakin ammatissa suoriutumista edistävää tai ammatillisesti painottunutta kuntoutusta. Jotakin muuta kuntoutusta oli saanut 16 % vastaajista. Sitä, minkä sairauden takia kuntoutusta annettiin, ei

kysytty. Kuntoutuksen maksaja oli yleensä Kela. Kahdeksan vastaajaa oli maksanut itse ja työnantaja saman verran. Muita maksajia olivat terveyskeskus, järjestö, työeläkelaitos tai jokin muu taho.

Sairaalahoitovaihe keskittyy potilaiden akuuttiin hoitoon, ja kuntoutusta ei silloin juuri ajatella. Vain 12 % potilaista oli saanut tietoa Kelan järjestämästä sydänkuntoutuksesta sairaalavaiheen aikana. Yleisimmät kuntoutuksesta tiedottajat olivat hoitava lääkäri (29 %), Kelan toimihenkilö (21 %) ja sairaanhoitaja (13 %). Kuntoutuksen käynnistäjänä toimivat yhtä usein sairaalalääkärit (30 %) kuin kuntoutajat itse (30 %).

### *6.2.2 Hoidon jatkuvuus*

Kymmenen sydänkurssilaisen haastatteluissa tuli ilmi katkeilevia kuntoutuspolkuja (ks. tarkemmin luvusta 7). Työterveyshuolto oli ollut aloitteentekijänä neljän ja myönteävaikeuttajana kahden kuntoutujan kurssille hakeutumisessa. Kolme kuntoutujaa oli ollut itse aktiivisia. Yksityislääkäri oli tehnyt aloitteen yhden kohdalla. Kahden kuntoutujan kuntoutustarpeen olivat huomanneet vasta perustoimeentuloa hoitavat julkiset tahot.

Hyvä hoitosuhde tuntui ohjaavan kuntoutukseen oikeassa vaiheessa. Tämän kokeneet olivat itse aktiivisia, ja hoito oli siirtynyt saumattomasti seuraavalle taholle. Työterveyshuollon ongelmat näkyivät, kun toiminta ulkoistettiin tai muuten vaihtui, eikä hoitosuhdetta siten välttämättä muodostunut. Joiltakuilta puuttui varsinainen työterveyshuolto, vaikka he olivat työelämässä. Verikokeet ja reseptien uusinta hoidettiin terveyskeskuksessa ilman henkilökohtaista hoitosuhdetta. Lääkärintarkastusten saaminen terveyskeskuksesta oli usein vaikeaa. Luvussa 7 kuvatut sairaus- ja kuntoutuspolut ovat hyvin tyypillisiä. Osalla kuntoutujista sekundaaripreventio ja kuntoutus olivat hyvässä hoidossa, osalla ne toimivat vain jotenkuten.

### *6.2.3 Tiedonsaanti ja tarpeet*

Koko aineistoa koskevat sairautteen ja sen hoitoon liittyvät tietolähteet esitetään taulukossa 1. Tärkeimmät näistä olivat lääkäri ja sairaanhoitaja sekä kirjat ja lehtiset. Tietopuoliselle kurssille sairaalassa oli osallistunut 28 % kyselyyn vastanneista. Vain harvan kurssilaisen kanssa oli keskusteltu ammatillisista asioista.

Taulukosta 2 ilmenee, mitä tietoa tai apua kurssilaiset olivat kokeneet saaneensa ja millä alueilla heillä vielä oli puutteita. Kaksi kolmesta kuntoutujasta oli kokenut saaneensa tarvitsemansa määrän sairautta koskevaa tietoa sekä ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa. Kolmasosa olisi tarvinnut lisää tietoa sairaudesta tai apua henkiseen tai työssä selviämiseen, ja joka neljäs toivoi lisää liikuntaneuvontaa. Lähes puolet vastaajista (43 %) ei ollut saanut apua työssä selviämiseen mutta ei myöskään tuntunut tarvitsevan sitä.

**Taulukko 1.** Tietolähteet (%).

Lääkäri	92
Sairaanhoitaja	78
Ravitsemusterapeutti	40
Sydänyhdistys	27
Lehtiset ja kirjaset	72
Internet	18
Tietopuolinen kurssi sairaalassa	28
Tietopuolinen kurssi sairaalan ulkopuolella	4
Liikuntaryhmä	1
Kurssi, jossa sekä tietopuolista ohjelmaa että liikuntaa	7
Keskustelua ammatillisista asioista	4

**Taulukko 2.** Neuvonnan saanti ja tarve.

		Olen saanut, mitä olen tarvinnut	En ole saanut, enkä tarvinnut	En ole saanut, mutta olisin tarvinnut
	N	%	%	%
Tietoa sairaudesta	127	57	11	32
Jotakin muuta hoitoa	115	34	43	23
Ravitsemusneuvontaa	125	65	17	18
Liikuntaneuvontaa	116	59	15	26
Apua henkiseen selviytymiseen	117	29	38	33
Apua työssä selviytymiseen	116	28	43	29
Apua arkielämässä selviytymiseen	118	37	43	20

Vuosiseurannassa kysyttiin tarkemmin, miten paljon potilaat olivat kokeneet saaneensa sairaalavaiheessa apua ja tukea tai tietoa hoitohenkilökunnalta niillä alueilla, joita käytettiin myöhemmin kurssijakson tavoitteiden asettelussa. Taulukosta 3 nähdään, että hoitohenkilökunnalla ei ole ollut tarpeeksi aikaa paneutua etenkin potilaiden henkisiin ja ihmissuhdeongelmiin. Lähes puolet vastaajista ilmoitti, että työhönpanuuta ja työkykyä oli käsitelty vähän tai ei lankaan. Myös muut kuin suoranaisesti sairauden hoitoon liittyvät seikat jäivät toipumisvaiheessa vähälle huomiolle.

**Taulukko 3.** Kuntoutujien kokemukset<sup>a</sup> siitä, miten paljon he kokivat sairaalavaiheen aikana saaneensa tietoa tai tukea henkilökunnalta kuntoutumisen liittyvillä osa-alueilla (%).

	Vähän tai ei lainkaan	Kohtalaisesti	Paljon
Sairauden kanssa selviäminen	20	62	18
Ruumiillinen kunto	31	54	15
Henkinen toipuminen	47	40	13
Masennus	60	25	9
Työkyky, mahdollisuudet palata työhön	45	36	15
Ihmissuhteet	48	37	15
Sydänpotilaan ruokavalio	16	42	42
Painonhallinta	35	39	16
Tupakanpolton lopettaminen	29	24	47
Alkoholin käytön vähentäminen	46	39	15
Liikuntaneuvonta	26	46	28
Liikuntamahdollisuudet	70	24	6
Sydänjärjestön toiminta	62	26	12

<sup>a</sup> Kysymyksittäin vaihtelua vastausten lukumäärissä 104–107, poikkeuksena tupakointi n = 55 ja alkoholi n = 78.

#### 6.2.4 Kuntoutusjakson ajoitus

Kurssijakson ajoitusta kysyttiin kuntoutujilta vasta vuoden seurannassa, jolloin pyydettiin muitakin kurssia koskevia arvioita. Neljäsosa kurssilaisista oli sitä mieltä, että kurssi oli heidän sairaushistoriaansa ja tarpeisiinsa nähden liian myöhään. Kurssin alussa tiimi arvioi kuntoutuksen ajoittuvan liian myöhään 38 %:ssa tapauksista. Tässä laitosten välinen vaihtelu oli suurta (21–76 %).

Kurssit järjestettiin syksyllä 2003 ja alkuvuodesta 2004. Ensimmäinen sepelvaltimotautitapahtuma tai diagnoosin asettaminen kirjattiin vain vuoden tarkkuudella, joten kurssiviiveen tarkastelu on kovin ylimalkainen. Jo 1980- ja 1990-luvuilla sepelvaltimotauti oli diagnostisoitu 15 %:lla. Tämän jälkeen vuosittaiset luvut olivat 6 % (2000), 9 % (2001), 30 % (2002) ja 40 % (2003).

Kuntoutusjaksolla kirjattiin päivämäärinä lääkärintodistuksen allekirjoituspäivä, kuntoutushakemuksen täyttöpäivä ja kurssin aloituspäivä. Näistä laskettiin, kauanko kuntoutujat olivat odottaneet kurssille pääsyä. Keskimääräinen odotusaika lääkärinlausunnosta oli  $153 \pm 85$  päivää (vaihteluväli 125–181) eli lähes puoli vuotta ja kuntoutushakemuksen täyttämisestä  $120 \pm 74$  (92–161) päivää. Taulukossa 4 viiveet esitetään 3 kuukauden aikaväleihin. Noin kolmasosalla kuntoutujista odotusaika SVB-lausunnosta laskettuna oli yli puoli vuotta. Maksimiajat SVB-lausunnosta lukien vaihtelivat välillä 229–554 ja hakemuksesta vastaavasti 196–526 päivää.

**Taulukko 4.** Odotusaika kursseille lääkärintaloukselta ja hakemuksen täyttämisestä laskettuna.

Aika (pv)	SVB-lausunnosta		Hakemuksesta	
	N	%	N	%
< 90	31	23	51	38
90–79	55	41	61	45
180–69	39	29	17	13
270–59	7	5	4	3
≥ 360	2	1	1	1

### 6.2.5 Hoitosuhteet ja -tahot seurantajakson aikana

Hoitosuhteella tarkoitetaan omaa hoitavaa lääkäriä tai hoitosuhdetta sairaalan poliklinikkaan. Kahdella kolmesta kuntoutujasta oli vakituinen hoitosuhde kuntoutuskurssin alkaessa ja lähes yhtä monella vuoden seurantakyselyn mukaan. Kaikkiaan 116:sta kumpaankin kyselyyn vastanneesta henkilöstä 20 oli menettänyt vakituisen hoitosuhteensa ja 15 saanut sellaisen. Joka viides kuntoutuja oli molempina seuranta-kertoina ilman vakituista hoitosuhdetta. Puolella hoitosuhteet eivät olleet muuttuneet. Jatkuvuuden puutteesta kertoo myös se, että noin joka neljännen potilaan kanssa ei ollut sovittu jatkohoidosta heidän poistuessaan sairaalasta. Vuosiseurannassa 44 % vastaajista koki hoitosuhteensa hyväksi, 27 % keskinkertaiseksi ja 29 % huonoksi. Vajaassa kolmasosassa olisi siis ollut parantamisen varaa.

Kuntoutuskurssin alkaessa hoitotahona oli terveyskeskus 30 %:lla, sisätautien erikoislääkäri tai kardiologi 10 %:lla, työterveyshuolto 34 %:lla, sairaalan poliklinikka 26 %:lla ja yhdellä henkilöllä muu taho. Vuoden seurannassa vastaavat luvut yllä mainitussa järjestyksessä olivat 41 %, 11 %, 38 % ja 10 %. Yleisimmin siirryttiin sairaalan poliklinikasta melko tasaisesti terveyskeskukseen, erikoislääkäreiden hoitoon ja työterveyshuoltoon.

### 6.3 Yhteenveto ja pohdinta

Tämän tutkimuksen aikoihin oli voimassa Kelan vuonna 2002 antama suositus, jonka mukaan optimiaika kurssin alkamiselle on 1–3 kuukautta akuutin sydäninfarktin tai invasiivisten hoitotoimenpiteiden jälkeen (Hyvä kuntoutuskäytäntö ... 2002). Tämä ei siis missään tapauksessa voinut teoreettisestikaan toteutua, kun ajatellaan niitä viiveitä, jotka kuluivat SVB-todistuksen kirjoittamisesta sen käsittelyyn Kelan toimistossa, ja sitten odotusta kurssin alkamiseen. Tiimin arvion mukaan lähes 40 % tuli kuntoutuskurssille liian myöhään. Näissä arvioissa oli suuri alueellinen vaihtelu, jota ainakin osittain selittävät paikalliset hoidonohjauksikäytännöt ja kurssitarjonta. Uusimmassa, vuonna 2005 annetussa suosituksessa kurssien optimiajankohdaksi on kirjattu 3–6 kk. Se on lähempänä todellisuutta. (Hyvä kuntoutuskäytäntö ... 2005.)

Kursseille hakeutuminen on monesti sattumanvaraista. Hoitavista lääkäreistä vain harvalle tulee edes mieleen lähettää potilas kurssille. On sairaaloita, joissa on tapana arvioida sydänpotilaiden tilanne jatkohoitovaiheessa ja ohjata osa heistä kuntoutuslaitokseen. Tämäkin ehkä selittää sitä, että kurssilaisten terveydentila vaihteli laitoksittain.

Lain mukaan akuutin sairaalahoidon jälkeinen kuntoutus on terveydenhuollon tehtävä. Usein se kuitenkin laiminlyödään. Tämä käy ilmi Sydänliiton 1990-luvun alkupuolella tekemästä selvityksestä (Hämäläinen 2000). Tietoa myöhemmiltä vuosilta ei ole käytettävissä, mutta tilanne ei liene ainakaan kovin paljon parantunut. Sairaalahoitovaiheet ovat nykyisin lyhyitä ja kiireisiä, joutuipa potilas hoidon kohteeksi akuutin sydäninfarktin tai revaskularisaatioimenpiteen vuoksi. Tästä syystä sairaalavaiheeseen ei voi sisällyttää kaikkea sitä tietomäärää, mitä potilas ja myös omainen tarvitsisivat, jotta toipuminen, omasta hoidosta vastuun ottaminen ja kuntoutuminen sujuisivat mahdollisimman hyvin. Potilas ei myöskään pysty omaksumaankin kaikkea saamaansa tietoa. Siksi välittömästi sairaalavaiheen jälkeinen neuvonta ja sen tärkeys korostuvat. Mm. juuri ilmestyneessä Taru Ruotsalaisen väitöskirjassa (2006) tulee esille potilaiden kokemaa epävarmuutta selviytymisestä sairaalasta kotiututtua. He olisivat tarvinneet lisää tietoa sairauden syistä, ennusteesta, lääkehoidosta ja fyysisen toiminnan rajoista. Tämä puute estää potilaita ottamasta omaa vastuutaan hoidostaan.

Kelan kurssit voivatkin vain täydentää tätä toimintaa. Niiden periaatteellinen tarkoitus on auttaa eteenpäin sellaisia, jotka eivät ole toipuneet yleisen jälkihoidon ja terveydenhoidon järjestämän kuntoutuksen avulla ja joilla on usein monitahoisia ongelmia fyysisessä ja psyykkisessä terveydentilassa, tai työelämässä ja muussa sosiaalisessa elämässä. Kelan kuntoutukseen toisin sanoen toivottaisiin ohjautuvan niitä, jotka kuntoutusta todella tarvitsevat ja siitä todennäköisesti myös hyötyvät.

Vaikka tiimien arvion mukaan yli kolmasosa kuntoutuksesta ajoittui liian myöhään kuntoutujan sairaustilannetta ajatellen, pääsääntöisesti kurssilaiset ilmoittivat kuntoutuneensa hyvin tai ainakin tyydyttävästi ja huonosti kuntoutuneita oli vain alle 10 %. Tämäkin osoittaa sitä, että kuntoutuminen oli suurelta osin ehtinyt tapahtua jo ennen kurssia. Kuntoutustarpeen havaitsemisessa ja kuntoutuksen aloittamisessa onkin tarkentamisen varaa, mikä taas on yhteydessä hoidosta vastaavan tahon toimintaan. Mikäli hoitava lääkäri jatkuvasti vaihtuu eikä potilaan hoitoon osallistu kukaan muu ammattialan asiantuntija, esim. hoitaja, fysioterapeutti tai ravitsemusterapeutti, on todennäköistä, ettei potilaan kuntoutustarvetta havaita ajoissa.

Noin joka neljännen potilaan kanssa ei ollut sovittu jatkohoitopaikkaa sairaalasta lähtiessä tai he eivät olleet tietoisia siitä. Myös kurssinaikaisissa hoitosuhteissa oli paljon muutoksia, ja osa oli edelleen ilman hoitavaa lääkärinä tai hoitosuhde ei muuten ollut tyydyttävä. Kelan sydänkurseista laaditaan kuntoutusseloste, joka toimitetaan Kelan toimistoon, mutta se on tarkoitettu toimitettavaksi myös hoitavalle lääkärille kuntoutujan suostumuksella. Jos tällaista ei ole, ei sydänkurssikaan sijoitu palvelu-

ketjun jatkumolle, vaan se on oma periodinsa, jonka suositusten toteuttamisesta tai tavoitteiden saavuttamisesta mikään taho ei tiedä eikä huolehdi.

Tutkimuksessamme ei ollut mahdollista selvittää, miten selostetta käytetään tai hyödynnetään jatkohoidossa kuntoutujan kotiuduttua kurssilta. Aikaisempi kokemus kuitenkin osoittaa, että heikko tiedonkulku ja tietokatkokset haittaavat kuntoutuksen etenemistä: kuntoutuslaitoksessa tehdyt jatkosuositukset eivät aina toteudu (Karppi ym. 2003, 50–53, 84, 88, 90). Perusterveydenhoidossa pyritään hoitamaan lääketieteelliset ongelmat mahdollisimman hyvin, mutta siellä on ehkä liian vähän voimavaroja, jotta kuntoutuja pystyttäisiin huomioimaan kokonaisvaltaisesti.

Työterveyshuollon rooli on tärkeä työelämässä olevan kuntoutujan työkyvyn ylläpitämisessä ja vajaakuntoisen työntekijän terveydentilan seurannassa. Työttömät ja eläkeläiset ovat tässä suhteessa huonommassa asemassa, ja heidän oma aktiiviteettinsa on tärkeä. Myös ASLAK®-kuntoutuksen kokemukset osoittavat, että viestintäkäytäntöä tulisi kehittää eri osapuolten välillä ja laitosjaksot tulisi kytkeä tiiviimmin työterveyshuollon toimintaan, jotta kuntoutuksen jatkuvuus varmistuisi (Salmelainen ym. 2002, 103–4).

Haastatteluissa kävi ilmi, että kuntoutujan työ ei aina ollut kaikkein soveltuvin sydäntautia sairastavalle työntekijälle. Valitettavasti haastatteluissa ei käsitelty työterveyshuollon roolia ja toimenpiteitä työhönpaluun yhteydessä. Siksi ei ole käytettävissä tietoa siitä, oliko työterveyshuolto liittänyt kuntoutushakemukseen kuvauksen työntekijän työstä ja työn vaatimuksista tai otetta kuntoutujaa koskevasta työpaikkaselvityksestä. Haastatteluissa ei myöskään käsitelty, miten työterveyshuolto toteutti vajaakuntoisen työntekijän seurannan työpaikoilla (Työterveyshuoltolaki 1383/2001).

Haastateltujen kertomuksista kävi ilmi, miten tärkeää on, että hoito- ja palveluketju toimii. Sama todetaan selvityksessä, joka käsitteli Saumaton palveluketju -kokeilua. Selvityksessä tähdennetään, että

”palvelujen integrointi on määritelty pyrkimyksenä sovittaa yhteen perus- ja erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palveluja ja järjestelmiä toiminnan tehokkuuden, tuottavuuden ja palvelujen laadun parantamiseksi” (Hyppönen ym. 2005).

Sydänkuntoutuksessa edellä mainittujen tahojen lisäksi osallisena ovat vielä Kela, kuntoutuslaitos ja työterveyshuolto. Voidaan todeta, että toiminnan ensimmäisiä edellytyksiä on, että palvelua ja hoitoa antavat tahot sekä niiden vastuut on määritelty ja saatettu kaikkien osapuolten tietoon (Haggerty ym. 2003). Haastatteluissa löytyi esimerkkejä hyvästä toimivuudesta mutta myös järjestelmän puutteista. Yllättävä havainto oli, miten paljon työterveyshuollon uudelleenorganisointi voi vaikuttaa tiedonkulkuun ja hoitosuhteiden jatkuvuuteen.

Yllä mainitut esimerkit palveluketjun toimimattomuudesta sopivat hyvin yhteen Hannele Lukkarisen väitöskirjatyön havaintojen kanssa. Lukkarisen tutkimat se-



pelvaltimotautipotilaat pitivät yhteyksiä keskussairaalan ja terveystieteiden välillä olemattomina: hoidon jatkuvuutta ja luottamuksellista suhdetta ei syntynyt. (Lukkari 1999, 115.) Hoidon jatkuvuuden kompastuskivenä oli usein lääkärikontaktien puute terveystieteiden keskuksissa. Pitkäaikaissairausten hoidossa säännöllisesti toistuvat verikokeet, reseptien uusinta ja seurantakäynnit olisi mahdollista ohjelmoida ajallisesti pitkälle tulevaisuuteen. Reseptit kuitenkin uusitaan usein ilman, että lääkäri näkee itse potilasta.

Hoitoketjujen toimimattomuuteen onkin viime aikoina kiinnitetty eri tahoilla huomiota. Kailan ja Sillanaukeen (2004, 360–364) tutkimuksen mukaan hoitoketjujen toimimattomuuteen löytyi esteitä ihmisistä, rakenteista, prosesseista ja menettelytavoista. Lonkka- ja sydänpotilaiden hoitoketjujen toimivuutta koskeva kysely kohdistettiin eri erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon ammattiryhmille (Klemola ym. 2006). Vain kolmasosa erikoissairaanhoidon ja alle viidesosa perusterveydenhoidon vastanneista oli sitä mieltä, että sydänpotilaan hoitoketju toimii nykyisellään hyvin. Vielä vähemmän oli yhteistyössä suunniteltu ja kehitetty tämän sairausryhmän hoitoketjua.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelman järjestelmällinen käyttöönotto jäsentäisi kuntoutujan sekundaariprevention toimenpiteiden ja kuntoutuksen seurantaan (Rissanen 2001, 502–508). Toivottavasti hoitotakuu (Lait 855–858 / 2004) muuttaa käytäntöjä nykyajan työelämän vaatimuksiin soveltuviksi. Olisi hyvinkin mahdollista organisoida terveystieteiden keskuksiin automaattinen ajanvarausjärjestelmä sepelvaltimosairausten ja muiden pitkäaikaissairauksien seurantaan.

## KIRJALLISUUS

Haggerty J, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327: 1219–1221.

Hyppönen H, Hämäläinen P, Pajukoski M, Tenhunen E. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueella. Loppuraportti. Helsinki: Stakes, Raportteja 6/2005.

Hyvä kuntoutuskäytäntö 18.6 2002. Kelan järjestämät sydäntautia sairastavien kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kansaneläkelaitos, 2002.

Hyvä kuntoutuskäytäntö 6.4 2005. Kelan järjestämät sydäntautia sairastavien kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. Liite 1. Kelan laitospuoleiseen standardiin 11/2005. Kansaneläkelaitos, 2005.

Hämäläinen H. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutus – näyttöön perustuvaa lääketiedettäkö? *Suom Lääkäril* 2000; 55: 4619–4623.

Kaila M, Sillanaukee P. Muutoksen esteitä – esimerkkinä hoitoketjut. Julkaisussa: Mäntyranta T, Elonheimo O, Mattila J, Viitala J, toim. Terveyspalvelujen suunnittelu. Helsinki: Duodecim, 2004.

Karppi S-L, Pohjolainen T, Grönlund R, ym. Ikäihmisten verkostomallinen kuntoutus. Laitos- ja avopainotteisen kuntoutusmallin arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 59, 2003.

Klemola L, Saranto K, Ensio A, Kivekäs E. Lonkka- ja sydänpotilaiden hoitoketjujen toimivuus ja niiden kehittäminen henkilökunnan näkökulmasta. Suom Lääkäril 2006; 61: 2519–2523.

Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004.

Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta 856/2004.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 857/2004.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 9 §:n muuttamisesta, L. 858/2004.

Lukkarinen H. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämänkulku. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksia. Väitöskirja. Oulun yliopisto, 1999.

Rissanen P. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Julkaisussa: Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001.

Ruotsalainen T. Sisätautipotilaan hoidon laatu: Potilas laadun arvioijana. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisu sarja C:246, Helsinki: Yliopistopaino, 2006.

Salmelainen U, Röberg M, Hinkka K. Tietäen, taitaen ja yhdessä toimien – kokemuksia pientyöpaikkojen ASLAK® -kuntoutuskurssien järjestämisen kokeilusta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 53, 2002.

Stakes. Tietoteknologian osaamiskeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. 16.01 2002 [viitattu 7.10 2005]. Saatavissa: <<http://www2.stakes.fi/oske/terminologia/sanastot/kasite.htm>>.

Työterveyshuoltolaki 1383/2001, 12 § kohta 5.

## 7 KUNTOUTUJIIEN KOKEMUKSIA

### 7.1 Kuntoutujien haastattelu

Kuntoutusprosessin kokonaisvaltaiseen tarkasteluun tulee sisältyä myös kuntoutuji- en ääniä ja heidän kokemuksiaan. Käytännön syistä haastateltavaksi valittiin yhden kuntoutuslaitoksen yksi sydänryhmä kuntoutuskurssin seurantajakson aikana. Haastatteluja edelsi yhteinen tilaisuus, jossa ryhmän kuntoutujat ja yhdyshenkilö olivat läsnä. Tilaisuudessa kerrottiin, että haastattelut ovat osa tutkimushanketta. Kuntoutujien suhtautuminen oli hyvin myönteistä, ja kaikki kymmenen suostuivat haastateltaviksi. Informaatiotilaisuutta ja haastatteluja varten oli laadittu tiedote, jossa kuvattiin lyhyesti haastattelun mahdolliset teemat ja tavoitteet sekä haastattelun eteneminen (liite 5). Kurssin yhdyshenkilö varasi yksilölliset haastatteluajat.

Keskustelun alkuun pääsyä edisti aikaisemmin jaettu informaatiolehtinen. Haastateltavat hakivat sieltä ensimmäisen keskustelunaiheen, ja sitten keskustelu jatkui omalla painollaan ja haastateltavan tahdon mukaan. Keskustelun etenemistä ohjattiin mahdollisimman vähän, mutta kaikissa haastatteluissa pyrittiin saamaan mukaan seuraavat aiheet: sairauden kulku ja hakeutuminen kuntoutukseen, sairauden ja työn yhteensovittaminen, omaehtoinen kuntoutus ja sosiaalinen tuki sekä kuntoutujan näkemykset kuntoutuskurssin annista.

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Ne kirjattiin, niin kuin ne puhuttiin, mutta julkaisuun valittujen esimerkkien kieliasua on muokattu ymmärrettävyyden parantamiseksi. Kvalitatiivinen analyysi painottui temaattiseen tulkintaan. Ote yhdestä haastattelusta esitetään yhtenäisenä kappaleena. Kun samassa yhteydessä on useita kappaleita esitetty, niistä kukin kuvaa eri haastateltavien kokemuksia.

Käytetyt lyhenteet: H = haastattelija, Mv = vanhempaan ikäryhmään (56–63 vuotta) kuuluva mies, Mn = nuorempaan ikäryhmään (46–55 vuotta) kuuluva mies, N = nainen.

### 7.2 Kuntoutujat

Ryhmä oli hyvin tyypillinen, kahdeksan miestä ja kaksi naista, työssä käyviä, samanikäisiä ja iältään lähellä 60:tä vuotta. Naisista kumpikaan ei ollut sairastanut sydäninfarktia, vaan oireina oli epätavallista ja pitkäkestoista väsymystä ja epämääräistä rintakipua. Molemmille diagnoosin saaminen perustui pitkään ja perusteelliseen sairaalatutkimukseen. Molemmat mainitsivat spontaanisti, että oli helpotus saada tieto ja varmistus siitä, missä vika on. Heillä oli lisäksi muita työ- ja toimintakykyä rajoittavia pitkäaikaissairauksia.

N: ”Olin ollut kauhean väsynyt ja menin terveyskeskukseen lääkäriin. Valitin hänelle, että olen niin väsynyt enkä tiedä, mistä se oikein johtuu. Hän otti verikokeet ja

kaikki, ja sitten viimeisenä otettiin sydänfilmi. Hoitaja vei heti sen filmin lääkärille. Lääkäri sanoi, että hänen täytyy viedä tämä sydänlääkäriin. Niin minulla oli, kun flunssaisena olin töissä, niin minulla oli se sydänlihastulehdus.”

N: ”...ja sitten se heti samana päivänä sanoi lääkäri, että sinun pitää mennä sairaalaan. Ne sitten tutki sitä ja tuota ... jäin sitten kahdeksi viikoksi sinne.”

Kahdeksasta miehestä viisi kuului nuorempaan ja kolme vanhempaan ikäryhmään. Vanhemmista miehistä yksi oli työkyvyttömyyseläkkeellä, muut aktiivisesti työelämässä. Yhtä nuorempaa lukuun ottamatta, kaikilla miehillä oli ollut yksi tai useampi sydäninfarkti ja useimmille oli tehty invasiivinen sydäntoimenpide. Yhdellä miehellä oli sairaalavaiheen aikana todettu diabetes, ja yksi heistä oli saanut infarktin jälkisairautena masennuksen, joka huomattiin vasta kuntoutuskurssilla. Keskusteluissa ei tullut esille eikä mainittu muita mahdollisia oheissairauksia kuin tavanomaisia tuki- ja liikuntaelinvaivoja.

### 7.3 Hakeutuminen kurssille ja hoidon jatkuvuus

Työterveyshuolto oli ollut neljässä tapauksessa aloitteentekijänä ja kahdessa tapauksessa myötävaikuttanut kurssille hakeutumiseen. Kolmessa tapauksessa kuntoutuja itse oli ollut aloitteentekijänä ja hakemusprosessin ohjaajana. Yhdessä tapauksessa hoitava yksityislääkäri oli ehdottanut kuntoutusta. Sairauden hoidon ja seurannan puutteellisuuden takia kahdessa tapauksessa kuntoutustarpeen olivat huomanneet vasta perustoimeentuloa hoitavat julkiset tahot selvityksissään.

Hyvä ja hallittu hoitoprosessi heti oireiden alkamisesta asti tuntui olevan myös oikein ajoitetun kuntoutuksen tausta. Tällaisia kuntoutujia oli neljä, ja heille yhteisenä piirteenä oli oma aktiivisuus ja hoitovastuun hallittu siirto keskussairaalaan seuraavalle taholle sekä hoidosta vastaavien tahojen hyvä yhteistyö. Kaikilla tähän ryhmään kuuluvilla kuntoutujilla oli läheinen suhde hoitavaan lääkäriin.

Mn: ”Sydänhoitajat sanovat sairaalassa, että tällaisia kursseja on, ja kun olin viimeisessä lääkärintarkastuksessa keskussairaalassa, niin kysyin, olisiko mahdollista päästä tällaiselle. Elikä siinä piti olla kyllä niin kuin ... Itse vähä aktiivinen. Sanotaan näin, mitä olen huomannut – koska en ole enää missään keskussairaalan kirjoissa sillä lailla – niin sen jälkeen, kun olen kotiin mennyt, että kyllä siellä hoidossa pitää olla itse aika paljon aktiivinen.”

Mn: ”Eli olen käynyt säännöllisesti mittaamassa verenpaineen ja käynyt työterveyshoitajalla tai lääkärillä nyt ihan hiljan ja näin pois päin. Kyllä siinä pitää itse olla aktiivinen – ei kukaan tule sanomaan, että sinun täytyy.

Tosin meinaan nyt vastaisuudessa, kun en ole enää keskussairaalan kirjoissa, niin ajattelin kustantaa kerran vuodessa itse sellaisen rasi-tustestin.”

N: ”Niin tuota. Kävin rasi-tuskokeessa, ja siinä sitten, sitten se [sairaus] näkyi. Sitten kysyin, ja lääkäri sanoi, että ilman muuta, ja sitten sosiaalihoitajan kanssa

keskustelin ja sitten Kelaan täyttämään papereita ja niin pois päin. Ja siitä se niin kuin sitten lähti.”

H: ”Olit aika fiksu, kun osasit kysyä (nauravat).”

H: ”Niin, juu. Minulla on ollut se pitkään jo mielessä, että johonkin kuntoutukseen. Sitten, kun tämä sydänjuttu tuli, niin ajattelin, että no ota nyt itseäsi niskasta kiinni, ja sitten kysyin, jos on mahdollista. Kun olen työikäinen ja työssäkäyvä vielä. Kelassa oltiin sitten ihan myötämielisiä tähän juttuun.”

### Hoitosuhteesta jatkoa:

N: ”Meillä on terveyskeskuslääkäri siellä [työterveyshuollossa], että käyn omassa kunnassa. Jos tulee jotain isompaa ja vakavampaa, niin saan mennä sairaalaan – siellä on sisätautilääkäri oikein ihana. Ja jos jotain ihan, ...niin sitten keskussairaalaan.”

Mn: ”Siellä keskussairaalassa, niin silloin kun sain infarktin, annettiin niin paljon ravinto- ja kaikkia näitä tietoja. Että se oli kyllä kumma, toiset sanoo, etteivät he saaneet mitään [tietoa]. Sinne annan kyllä arvosanan kympin luokkaa, että kaikki tieto tuli. Ja samalla lailla leikkauksessa, jos jotain vaikeuksia tulisi, niin heti soitto sinne vaan.”

H: ”Joo, joo tämä on vähä epätasaista eri paikoilla Suomessa.”

Mn: ”Keskussairaalaasta minut siirrettiin työpaikkalääkärille, ja kävin sitten siellä toukokuussa.”

Mn: ”...olen minä löytänyt omalääkäriä. Tuo... tuossa jalkapallotouhuissa oli kaupunkisairaalan sisätautiosastossa semmoinen lääkäri. Ja kun tapasin aina tässä näin, niin minä sanoin sille siitä joku kerta. Niin hän sanoi heti, että soita hänelle. Ja kun menin työmaalta kysymään lääkäriä, niin se olisi ollut kolme viikkoa [odotusaikaa]. No, soitin sairaalan lääkärille siitä paikasta, ja hän antoi heti siinä ajankin, että tule tänne pari päivän päästä.”

Vain jotenkuten toimivia hoito- ja kuntoutusprosesseja löytyi kolme. Yhteistä näille oli hieman epämääräinen suhde työterveyshuoltoon: tämä oli usein muuttunut, joko ulkoistettu tai muuten vaihtunut useamman kerran muutaman vuoden sisällä. Työterveyshuollon ammattilaiset olivat jääneet kuntoutujille etäisiksi. Kuntoutujilla on nimellisesti hoidosta vastaava taho mutta ei varsinaista hoitosuhdetta. Tällainen tilanne ei liene työterveyshenkilöstöllekään mielekäs. Yhdeltä henkilöltä infarktin yhteydessä löytynyt diabetes oli hoidettu hyvin, mutta sepelvaltimosairauden hoito oli jäänyt sen varjoon. Hoitovastuu jakautui terveyskeskuksen ja työterveyshuollon välillä, mutta hoitovastuun rajat olivat jääneet selkiintymättä. Tämän kuntoutujan kiintopisteeksi oli tullut diabeteshoitaja.

Mv: ”No meillä on työpaikkalääkäri, että se on hyvin semmoista... Ei ne niin kauheasti, jos ei sinne itse ota yhteyttä, niin... Niin, meitä ei kovin paljon kontrolloida.”

M: ”Joo, että onko sinulla joku taho, minne vois mennä välillä tökittäväksi?”

Mv: ”Minä en oikein muuta tiedä, kun työpaikkalääkäri, jos jotain sitten.”

H: ”Niin, että voisiko hän vähän pitää silmällä?”

Mv: ”Joo, kyllä hän sanoi, kun minä kysyin, että miksi ei pitemmäksi aikaa saa reseptiä, niin hän sanoi, että hän haluisi niin kuin nähdä välillä. Sitten kuitenkin meidän terveydenhoitaja kirjoitti minulle reseptit, en minä lääkäriä nähnyt kun yhden kerran.”

Mv: ”Joo meillä [työterveyshuolto] muuttuu koko aika. Ulkoistettiin, ja sitten meidät otettiin takasin taas. Me oltiin yhdessä terveyshuollossa ja sitten toisessa [työterveyshuollossa], oltiin me puolta vuottakaan. Meillä on taas uusi terveyshenkilökunta, ja... ja sitä nyt aloitellaan, ja en tiedä, tuleeko joku tutkimus ja... Mutta sen verran olen joutunut käymään ja näyttäneet nämä paperit, mikä homma minulla on.”

N: ”Minulla oli kauhean ihana omalääkäri, minua harmittaa kauheasti, kun häntä ei ole enää. Hän lähti Helsinkiin. Hän ymmärsi kyllä ja sano aina, että ei tarvitse edes tulla käymään, että soitat vaan, jos et jaksa, niin hän kirjoittaa sairauslomaa. Ja muutaman kerran soitin, että olen nyt niin poikki, niin hän kirjoitti sairauslomaa.”

N: ”...sitten toinen firma osti työpaikan. Niin, en tiedä, minkälainen se uusi lääkäri on.”

H: ”Joo, että sinä olet niin kun hakemassa [lääkäriä] nyt?”

N: ”Nyt minä en sitten tiedä näistä lääkäreistä, mitä ne ovat... Meidän omalääkäri, työpaikkalääkäri oli se J. A., hän oli tosi hyvä lääkäri. Hän oli kyllä kauhean kiireinen, mutta hommasi kuitenkin paperit sinne Kelalle. Se oli kyllä niin ihana se lääkäri, että minua niin harmittaa, kun hän muutti sieltä pois.”

Kolmessa tapauksessa voidaan sanoa, että sairauden hoito ja seuranta oli kovin puutteellista. Kuntoutujat olivat käytännössä oman onnensa varassa. Heiltä puuttui työterveydenhuolto, vaikka he olivat infarktin sattuesssa ja useita vuosia sen jälkeen työssä. Verikokeet ja reseptien uusinta hoidettiin terveyskeskuksessa mutta ilman henkilökohtaista hoitosuhdetta. Yhdellä oli epäsäännöllinen työ, johon liittyi ulkomaan työmatkoja. Yksi kuntoutuja oli jäänyt täysin ilman kuntouttavia toimenpiteitä sekä infarktin että ohitusleikkauksen jälkeen: kolme kuukautta sairauslomaa ja sitten takaisin fyysisesti raskaaseen työhön. Nämä kuntoutujat olivat kuitenkin pärjänneet jokseenkin hyvin omin eväin. Yhdellä kuntoutujalla oli jäänyt diagnostisoimatta työ- ja toimintakykyä alentava masennus. Sairauden hoito sisälsi pelkästään reseptien uusimista ja verikokeita hyvin epäsäännöllisin välein. Kuntoutuskurssi katkaisi tämän kierteen.

Mv: ”Minä hain näille kurseille heti leikkauksen jälkeen, se oli viime vuoden elokuussa. Ja ensin luvattiin yhteen toiseen laitokseen, sen piti alkaa helmikuussa, mutta jostain syystä en päässyt sinne, mutta sitten onneksi pääsin tänne.”

H: ”Joo-o, keksitkö ihan itse, että nyt haluan kuntoutukseen, vai oliko niin, että joku siellä sairaalassa kertoi?”

Mv: ”Siellä sairaalassa, minä tiesin, että on olemassa. Joo... nimittäin kotikaupungissani on joku sydänyhdistys tai joku semmoinen – minä soitin sitten sinne ja kysyin heiltäkin. Vaikka enhän minä ole sydänyhdistyksen jäsen enkä mitään semmoista.”

H: ”Onko sinulla joku lääkäri nyt, jonka kanssa olet yhteydessä?”

Mv: ”Ei, ei. Minä olen terveyskeskuksen lääkäriillä, niin en minä sinnekään kunnolla pääse, kun sinne on pitkä jono. Kun hänen aikataulussa olisi joku viikon–kahden kuluttua se aukko, niin tuota minulla ei välttämättä ole silloin. Tai sillä hetkellä on, mutta sitten minä joudun peruuttamaan, että en minä pääsekään [työmatka]. Ja sitten kuluu taas kaks, kolme viikkoa ennen kuin hänellä on seuraava aukko.”

H: ”Onko sinulla joku asiantuntija, jonka kanssa voi keskustella – lääkäri tai?”

Mv: ”No, omaa lääkäriähän minä nyt yritän saada itselleni. Siellä on yks lääkäri, mikä minä niin kuin ajattelin, ja kyllä minä varmaan pääsen sille.”

Mv: ”Kun minulle ei ole tähän asti mitenkään kontrollia pidetty. Siellä [terveyskeskuksessa] aina muuttuvat ne lääkärit, ja...”

Mv: ”Minä tulin siihen tulokseen, että kannattaa mennä yksityislääkäriille. Kun sinne ei tahdo muuten päästä mitenkään – ja aina eri lääkäri. Silloin kun minut leikattiin, niin kävin terveyskeskuksessa. Aina se oli viis minuuttia ja sitten pois siitä ja aina eri lääkäri. Ei siitä tule mitään. Viidessä minuutissa papereita katsoo, niin eihän se tiedä, mikä minun tilanne on.”

Mn: ”En hoksannut enkä – tai hokasin vasta sitten täällä, että sehän oli se masennus mikä siitä tulee, ainakin meikäläiselle tuli, niin se oli aika rankka ja siinä meni... ja kaikki. Kun se masennus tulee, niin silloin mikään ei maistu eikä, enkä tajunnut sitä.

...Nyt jälkikäteen täällä, kun niistä alettiin puhua, sitten tajusin, aha, no sehän se oli.”

Mn: ”Se masennus on sellainen, että tuota.. jos ei sitä kukaan hoksaa, niin kyllä se, se tappaa monta suhdetta. Vaikka olet niin kuin kunnossa, et saa mitään aikaiseksi...”

Mn: ”...Minulle tuli se työttömyys siihen, mutta silti kuitenkin siinä pihassa oli kaikennäköistä tekemistä – mutta kun sitä vaan vasaraa pyöritteli siinä ja ihmetteli ja ei saa kuntoon...”

Kuvatut sairaus- ja kuntoutuspolut ovat hyvin tyypillisiä. Joidenkin kohdalla sekundaaripreventio ja kuntoutus on hyvässä hoidossa, toisilla vain jotenkuten. Sitten on niiden ryhmä, jota oikeastaan ei enää saisi olla olemassa: hiljaiset ja terveydenhuollon kiireiden uhrit. Eräs aktiivinen kuntoutuja muotoili asian seuraavasti:

Mn: ”Joo, eikä se [vaatimus omasta aktiivisuudesta] minua ole haitannut, kun minulla on sellainen työ, että joudun asioista ottamaan selvää, niin tämänhän menee kun siinä. Mutta jos on sellaisia ihmisiä, jotka eivät itse osa ottaa selvää ja vaalia omia etuisuuksiansa, niin ne kyllä tippuu pois.”

H: ”Niin, se vaara on. Ja ne voi – ne voivat tippua noin huomaamatta.”

Mn: ”Kyllä, että ei ne älyä sitä itseään. Mutta tämä joskus – tai ei tämä nyt minua rasita, mutta olen vaan huomannut.”

Haastatteluissa tuli esille konkreettisia ongelmia. Terveyskeskusten ajanvaraussysteemi on ruuhkainen ja hankala eikä huomioi työssä käyvän potilaan työaikaa. Työaikaa

ei saisi hukkaantua eikä työtehtävien hoitaminen saisi vaarantua julkishallinnon puhelin- ja ajanvarausjonojen takia.

Mn: ”Seurantakontrolli nyt täytys yrittää, jos ei muuten, niin vuodenvaihteen jälkeen heti. Nyt kun sinne menee, niin sieltä sanotaan luukulta heti, että tämän vuoden ajat on kaikki varattu että...”

Mn: ”...on niin huonoa kun ei tahdo päästä edes puhelimella kiinni. Kerran työmaaltani jätkät [työkaverit] odottivat, niin kaksikymmentä minuuttia minulla oli puhelin korvalla koko ajan ja, ja koko ajan rallatti, että ajanvarauksessamme ruuhkaa, ajanvarauksessamme ruuhkaa – sitten löin kiinni puhelimen.”

Mn: ”Että niin tuota, parhaiten sieltä saa, kun tietää, mikä maanantai se on se aikojen jakopäivä... niin mennä suoraan siihen, sinne tulee aina, ja ainahan sieltä joku pääsee puhelimella. Mutta kumminkin sieltä saattaa jo toisella viikolla saada [aikaa].”

#### 7.4 Työ, harrastukset ja omaehtoinen kuntoutus

Kolmella kuntoutujalla oli pääasiallisesti henkisesti kuormittava työ. Yksi heistä oli omatoimisesti siirtynyt yrittäjämäisestä palkansaajaksi ja oli tyytyväinen valintaansa. Myös toinen oli omaehtoisesti vähentänyt työtaakkaansa. Kolmas oli siirtymässä uuteen työhön.

Suurin osa kuntoutujista teki fyysisesti raskasta tai melko raskasta työtä, esimerkiksi: kokopäiväistä seisomatyötä, rakennustyötä, jossa on paljon työvaiheita kädet pään yläpuolella, raskaan ajoneuvon kuljetustyötä, johon liittyy painavien letkujen siirtämistä ja nostamista, lehdenjakoa tms. yötyötä, työtä rautakaupassa, jossa toistuvia raskaita nostoja ja tavaroiden siirtämisiä. Yksi kuntoutuja vaihtoi fyysisesti kuormittavan työn liikkuvaan korjaustyöhön tehtaalla. Tätä voidaan pitää sepelvaltimotautia sairastavalle kuntoutujalle sopivana. Uusi työ oli myös kuntoutujan omasta mielestä sopiva ja mielekäs.

Kaikki kuntoutujat olivat tietoisia siitä, miten säädellä fyysistä rasitusta ja miten löytää uusi tekemisen rytmi riippumatta siitä, onko kyseessä palkkatyö vai vapaa-ajan harrastus. Yksi fyysisesti raskasta työtä tehnyt kuntoutuja oli työnantajansa kanssa neuvoteltuaan saanut kevyempää ja sopivaa työtä, kun palasi töihin sairausloman jälkeen. Toinen pohti ammatinvaihtoa ammatillisen lisäkoulutuksen keinoin, ja asiaa selvitettiin kuntoutuskurssin aikana. Yksi kuntoutujista oli todettu työkyvyttömäksi ja oli kurssin alkaessa juuri päässyt eläkkeelle. Kaksi kuntoutujaa mainitsi, että töissä täytyy olla nitropurkki mukana, ja haastattelussa kävi ilmi, että nitrotabletin käyttö oli lähes jokapäiväistä; joskus niitä otettiin useampikin kerta työrupeaman aikana.

Mn: ”Nitroja sitten tuota välillä, jos välillä joutuu... kun joskus työtehtävissä, niin tuota... niin kun ylöspäin, jos käsillä työskentelee ylöspäin, niin se on hankalaa.”

Mn: ”Siinä ei tarvitse, sanon sellainen puolen tunnin työskentely, ei nyt ihan päivän työt ole tehty, jos aamulla joutuu... mutta kumminkin sen jälkeen voi varautua siihen,



että kohta on pistettävä kielen alle jotain ja sitten ruvettava istumaan, että...”

H: ”Joo, joudutko paljon tekemään työtä ylös?”

Mn: ”Kyllä sitä joutuu, on semmoiset hommat, että tuota, ei voi.. vaikka kyllähän tietysti nyt pyritään aina vähän – että tietoisesti laistaa niitä ja tuota – on paha valkata mitään hommaa, jos jonkun kaveriksikin menet, niin, niin... mutta kuka siellä nyt viitsii seisoa vierellä, pakkohan se on tehdä se homma pois.”

N: ”Joo. Ei minulla mitään, jos se [sairaus] pysyisi tämmöisenäkin, niin ihan hyvä. Tietysti lehden jako on hirveän raskasta, mutta lepään välillä. Minulla on nitropurkki mukana, ja sitten, ne tietävät töissäkin sairaudestani, niin ne sanovat, että lepää välillä. Ja autossa lepään sitten vähän välillä, että ei sitä tarvitse niin kiireesti tehdä.”

N: ”Olen niin kauan ollut tässä työssä, ja ne tykkää että osaan hyvin tehdä sen työn.”

H: Joo, ja on luotettava ja...”

N: ”Niin joo, olen harvoin ollut poissa sairauksien takia – että kun sinne nuoria otetaan, ei ne jaksa kauan olla. Olen opettanut ainakin kaksikymmentä nuorta, olen käynyt ne kurssit ja opetan heitä tähän ammattiin. Niin, eivät ne kauan jaksa, sanovat, että tämä on niin raskasta, eivät jaksa.”

Fyysisesti raskas seisomatyö ja jatkuvasti kävelyä vaativa työ väsytti naisia siten, että omaehtoinen liikunta helposti jäi vähäiseksi. Illalla ei jaksanut enää lähteä kuntopolulle, ellei kaveri houkutellut mukaan. Vanhempaan ikäryhmään kuuluvilla miehillä fyysinen kunto ja voima ei tuntunut niin keskeiseltä asialta kuin nuoremman ikäryhmän miehille. Vanhemmilla mieskuntoutujilla on fyysisesti rauhallisempia harrastuksia, vaikka nekin olivat taidollisesti vaativia.

H: ”Jossain paikoissa on työpaikkaliikuntaa, mitä ne nyt tekee, pelaa palloa tai jotain...”

Mv: ”Joo, siellä ei ole mitään semmoista toimintaa, meidän työpaikalla.”

Mv: ”Se on niin vanha, vanhentunut, koko meidän porukka on kaikki yli viisikymppisiä, siellä on se, että kaikki ovat kangistuneet jo omiin kuvioihinsa ja sieltä on jäänyt semmoinen – kaikki pelit pois ja... Varmaan nuoremmalla porukalla olisi kaikkea sellaista. Koska kun minä muistan silloin joskus, niin siellä oli lentopallotouhua ja kaikenlaista, mutta siellä on keski-ikä vissiin yli viisikymmentä.”

H: ”No, mutta eikös olisi joku ukkoliikunta paikallaan sitten?”

Mv: ”Niin (naurahtavat).”

Mv: ”...infarktin jälkeen tein omalle tontille hirsitalon ja samana vuonna aloitin toista”

H: ”Eikö se ollut aika rankkaa?”

Mv: ”No, kyllä sukulaiset olivat vähä sillä mielellä, että mitä sinä.. serkkuni sanoi, että olet mennyt sekaisin (nauraavat). Minä tein talon ja asuin siinä kymmenen vuotta ja myin pojalle sen ja tein sitten kesämökin, nyt viime kesänä sain sen valmiiksi.”

Mv: ”Kun minä sanoin, että minä en jää keinutuoliin istumaan.”

Nuorempaan ikäryhmään kuuluneita miehiä yhdisti epävarmuus fyysisestä pystyvyydestä: mitä jaksaa, mitä ei ja missä fyysisen ponnistuksen rajat kulkevat. He olivat kaikki saaneet ensimmäisen infarktinsa alle 50 vuoden ikäisinä, muutama jo hieman yli 40-vuotiaina. He olivat yllättäen joutuneet aivan erilaiseen tilanteeseen kaveripiiriinsä verrattuna. Fyysinen kunto oli heille hyvin keskeinen asia, mikä todennäköisesti liittyi siihen, että heidän sairastumista edeltävät vapaa-ajan harrastuksensa sisälsivät voimakkaita fyysisiä ponnistuksia ja liikkumista: pallopelit, pyöräily, kävely- ja hiihtolenkit, jalkapallon pelaaminen ja nuorten valmentaminen, miesporukan vaellusretket Lapissa, tanssiorkesterissa soittaminen, liikkuminen kaveriporukan kanssa. Vapaa-ajan vietto perustui vilkkaaseen sosiaaliseen kanssakäymiseen samanikäisten kavereiden kanssa. Tekemiset edellyttivät fyysistä kestäkykyä, kuntoa ja sitä, että jaksaa pysyä porukan mukana sen vauhdissa. Kahdella nuorempaan ikäryhmään kuuluvalla oli hyvin tarkka vaatimus omaan kuntonsa ja fyysiseen jaksamisensa tasosta:

Mn: ”Se on tietysti nuo omat rajat, koska minulla on vähä ollut sellaisia harrastuksia, että olen etsinyt aina omia rajoja – niin ehkä tietysti enempi... kaipaa sitä tietoa, että mihinkä todella pystyy. Et se jää vähän epäselväksi, että kuinka paljon sydänpotilas pystyy rasittamaan itseensä, ja näin poispäin – sitä olen vähän jäänyt kaipaamaan. Vaikka kuinka kyseleekin, niin kukaan ei sitä suoraan sano.”

Mn: ”Niin, eikä sitä voi oikein lähteä sinne erämaahan sillä lailla testaamaan, että... Missä on apu kaukana ja puhelinyhteydet huonot ja näin poispäin.”

Mn: ”Sanoin silloin alussa, että haluan tietää, missä mennään, hoidan itseäni ja pidän itseni kunnossa. Sillä tavoitin jaksan kauemmin olla työelämässä. Nyt minä tiedän, ja tarkoitukseni on, että pysyn kunnossa mahdollisimman kauan, jaksan tehdä työtä, elää täyspainosta elämää.”

Mn: ”...ensin vähensin nuo harrastuksetkin, en minä mistään luopunut, mutta vähensin niin kun melkein minimiin, että en osallistunut paljon mihinkään. Vetosin aina tuohon sydämeen, etten pysty. Kyllä minä olen ne takasin pikkuhiljaa hilannut niitä [harrastuksia] sille samalle tasolle kuin aikaisemmin. Se rasittaa enempi, jos en osallistu mihinkään. Että olen lopettanut sen tekosyy, jotta...”

H: ”Niin, ja sitten ehkä voi olla sitä myös, että taas alkaa luottaa itseensä, että jaksaa.”

Mn: ”...kyllä minä jaksan – ei minulla ole siinä ongelmaa, olen lopettanut repimiset.”

Mn: ”...silloin kun olin sairaalomalla, niin sanoinkin yhdelle työkaverille, että joku voi ihmetellä, että miksi terve ihminen on sairaalomalla, kun se ei tee mitään muuta, kun hiihtää tai käy kävelyllä. Loppuaikana hiihdin tuollaista kahtakymmentä kilometriä jo, maksimissaan. Tai sitten kävin kahdeksan kilometrin kävelylenkillä tai muuta.”

Kaikilla kuntoutujilla oli tietoa ravitsemuksen tärkeydestä sepelvaltimotaudin hoidossa, mahdollisesti siitäkkin syystä, että haastattelut tehtiin seurantajakson aikana. Toiset olivat heti sairaalavaiheen jälkeen aktiivisesti muuttaneet tottumuksiaan, ja useimmiten koko perhe siirtyi terveellisempään ruokavalioon. Monella kuntoutujalla

oli suvussa sepelvaltimotautia, mutta kukaan ei ollut ajatellut ravintoasioita ennen omaa sairastumistaan. Ruokavalion muuttaminen tuntui toisille kovin vaikealta, toisille se oli helppo ja yksinkertainen asia.

H: ”Oletko ennen tätä pitänyt mielessä, että pitäisi vähän katsoa, mitä syö ja...”

Mv: ”En koskaan, kun olen ihan terve ollut ja se tuli ihan yllätyksenä ja... eikä se ollut niin kauhean rajukaan kohtaus, tietysti se hiukan pelästytti – mutta ei niin pahasti.”

Mv: ”Kun se oli aika lievä, mutta... kyllä siitä jää semmoisia jälkikaikuja, että uusiksiko semmoinen [infarkti] vai pitääkö lääkkeet kurissa... että usein käy mielessä tällaisia asioita. Mitä ennen piti ihan luonnollisena ja on saanut olla terve.”

Mn: ”...emme ole koskaan syöty rasvasta ruokaa eikä sellaista. Mutta heti, kun sairastuin, meillä on muuttunut täysin ruokailutottumukset ja muut. Ja mikä ennen kaikkea: ei minun takia, vaan lasten takia. Joo, ne ovat siinä iässä että heille, heidän edukseen se on kaikki.”

H: ”...että oletteko siellä kotona päässeet yhteisymmärrykseen tästä ruokapuolesta?”

Mv: ”Kyllä, silloin infarktin jälkeen alkoi vaimo pitää minulle, että kaikki voit pois ja.. Niin, rasvaton maito ja piimä ja... tällaiset...”

H: ”Joo, ja et ole pahemmin purnannut?”

Mv: ”En, en. Ja itse jätin sitten kahvista kerman ja sokerin pois, niin minä laihduin kymmenen kiloa ihan sillä.”

## 7.5 Kurssikokemuksia

Tässä kurssilaisten ryhmässä vallitsi suuri tyytyväisyys laitokseen, kurssin ohjelmaan ja kaikkiin järjestelyihin. Etenkin tiimin jäsenet saivat paljon kiitoksia ja hyvää palautetta. Ryhmässä oli hyvä henki, mikä tuli esille jokaisessa haastattelussa. Sydäntautitautitajille oman ryhmän tuki tuntuu tärkeämmältä kuin ehkä monelle muulle sairausryhmälle. Tämä on mahdollisesti yhteydessä siihen, että sydänsairaus ilmenee yleensä odottamatta ja äkillisesti, joskus hyvinkin dramaattisesti. Infarkti voi olla kohtalokas, ainakin se on pelottava. Kaikista niistä tunteista ja tuntemuksista, jotka sairaustapahtuma tuo mukanaan, ei pystytä puhumaan sellaisten ihmisten kanssa, joilla ei ole asiasta omaa kokemusta. Ryhmässä ei pelkästään puhuttu sairaudesta ja siihen liittyvistä tuntemuksista, vaan se liikkui yhdessä laitoksen ulkopuolella, piti huolta toisistaan, pelasi yhdessä pallopelejä tai vaan oli yhdessä. Kuntoutujilla oli henkisesti turvallinen olo keskenään.

N: ”Niin tämä on ollut aivan ihana juttu. Olen tykännyt tosi kovasti, ja meillä on ollut niin hirveän hyvä tuo ryhmä ryhmänä.”

N: ”Ja kun se on tuollaista hauskaa, että ei ole tiukkailmeisiä ihmisiä eikä silleen, niin se on kauhean kivaa. Meidän ryhmä on niin, että ne ovat kaikki niin avoimia ja ulospäin suuntautuvia ihmisiä. Kukaan ei ole sykertynyt siihen omaan tautiinsa.”

H: ”Että teillä on voimia huolehtia toisistannekin...”

N: ”Olemme kyllä hirveen hyvin, siis ryhmänä sopeuduttu tähän, tähän että... kukaan ei ole sillä lailla, että minä nyt vaan olen tässä ja muut ovat jossain missä lienee. ...ja kaikki aina otetaan mukaan, jos johonkin mennään ja... yhdessä aika paljon on liikuttu.”

Mn: ”...että tämmöistä ryhmää ei varmaan löydy montaa, mikä meillä on, kyllä se on ollut niin mahtava että... Just mietin, kun juteltiin silloin sen kahden viikon aikaan, niin silloin pyhänä kun tultiin niin maanantai vielä jotenkuten, mutta tiistaina oli jo sitten täysi rullanssi päällä, kyllä me oltiin niin kaikki tuttuja silloin toistemme kanssa, että...”

Mn: ”Mmm, niin kuin oli silloin ensimmäisellä kurssilla. Joku sanoi yhtäkkiä perjantaina, että tulkaa, nyt lähdetään karaokeen. Me mentiin sinne ja tultiin sitten koko porukassa takaisin. Puolenyön aikaan oltiin lauleskelemassa siellä ja kattelemassa...”

Mn: ”...nyt ollaan puhuttu kaikista muista asioista – joululahjoista ja kaikista. Mutta silloin kun oltiin ne kaksi viikkoa, silloin aika lailla puhuttiin, miten itselle on käynyt ja miten kukin on romahtanut täysin ja milloin taas työasiat ovat romahtaneet, että kyllä ne kaikki asiat käytiin tässä ryhmässä aika lailla... ja varsinkin viikonloppuna, kun me oltiin täällä, silloin tuli paljon keskusteltua.”

Kurssiohjelmassa arvostettiin omaisten päivää. Kuntoutujat pitivät tärkeänä, että omaiset saivat tietoa sairaudesta ja kuntoutuksesta suoraan kuntoutustyöntekijöiltä. Omaisille kerrottiin esimerkiksi henkiseen hyvinvointiin liittyvät asiat ja faktatietoa sydämen oireiluista. He saivat itse kokeilla kuntoutusohjelmia, esim. allasvoimistelua.

Kuntoutujat olivat hyvin tyytyväisiä liikunnallisiin ohjelmiin. Monella oli epävarmuutta ja ehkä pelkoakin, miten paljon uskaltaa turvallisesti rasittaa itseään. Turvalliset puitteet antoivat heille uskallusta yrittää. Kuntoutujat löysivät liikunnan iloa, uusia liikuntamuotoja ja kuntoutusniksejä sekä harrastuksia.

Mn: ”Olen harrastanut ennen uintia ja harrastan edelleen. Nyt tämän viime kurssin jälkeen venyttelen joka uintikerran ennen ja jälkeen. Ja kävelylenkkien jälkeen venyttele. Ne ovat semmoisia pieniä asioita, mistä se kuntoutuminen koostuu. Kun tulin, niin tunsin olevani hyvässä kunnossa ja tunnen edelleen, mutta jotenkin ihminen tarvitsee semmoista tsemppiä, että jaksaa taas painaa ja yrittää... Ja taas jaksaa mennä.”

N: ”...ja minäkin olen päässyt taas pallopelien makuun. Kun tänään ensimmäistä kertaa vuosikausiin pelasin lentopalloa – kymmeneen vuosiin, voi sanoa! – minusta oli ihanaa.”

N: ”Siellä sai hyppiä, mikä jaksoi. Se oli kyllä tosi kivaa. En ollut pelannut pitkiin aikoihin, että en muista, milloin se olisi ollut.”

N: ”...tärkein oppimani asia... Joo, tämä on kyllä ainakin antanut justiin vähän sitä

itsekkyyttä. Tuolla luennolla tänään kuunneltiin tästä itsekkyydestä, niin huomasin, (nauraa) että olen varmaan ollut tosi kiltti ihminen (nauravat).”

H: ”Joo, ja se ei ole aina niin hirveen hyvä!”

N: ”Ei, ei... Täällä on oppinut sitä tervettä itsekkyyttä, sekä kotona että työmaalla. Että osaa pistää niitä rajoja johonkin kohtaan. Vanhemmiten on oppinut sitä itsekkyyttä, ja täällä on saanut siihen tukea.”

Mn: ”Mutta sen verran kurssista, että tää on nyt silleen, että tämä antoi sitä varmuutta – no paljon nyt tietysti tietoakin, mutta sitä varmuutta, että mitä pystyt tekemään.. Että pystyy, se oli vähä epävarmuutta, että pystytkö tekemään, nostatko, pystytkö käsillä pitämään, voitko pitää ne ylhäällä, lenkille voit sä...”

H: ”Niin, uskaltaako mennä lenkille.”

Mn: ”Niin, muuta kun kävellä siihen kioskille ja takaisin.”

H: ”Nii, joo-o, tuohan on ihan konkreettista.”

Mn: ”Nii-i. Sehän on ainakin meikäläiselle, joka on pelannut tuommoisesta sammuttimen kokoisesta niin vaikka minkälaista ja valmentanut sun muuta, niin tuli vähän tyhjän päälle, ettet tienny, mitä tässä nyt voisi. Kun täällä selvisi, että mitäs siinä jarruttelet, anna mennä vaan, niin nyt on alettu pelaamaan ja kaikkia ja. Sitten vielä näitä valmennusjutut, käytiin neuvottelu – mutta niihin nyt en pysty enää.”

## 7.6 Haastattelut kerätyn tiedon täydentäjinä

Haastattelut onnistuivat hyvin. Kuntoutujat olivat avoimia ja kertoivat rehellisesti niin hyvistä kuin huonoistakin kokemuksistaan. Ajallisesti lyhyissä haastatteluissa päästiin käsittelemään asiakokonaisuuksia syvällisesti. Tuntumana on, että yhteinen tilaisuus ja informaatiolehtinen edistivät hyvää ja luottamuksellista vuorovaikutusta. Tämä antoi turvallisuutta. Kurssilaiset tiesivät, mistä haluttiin keskustella, ja he pystyivät omaehtoisesti hallitsemaan tilaisuutta. Samalla he saivat aikaa valmistautua, kertoa asioista tai jättää kertomatta oman valintansa ja harkintansa mukaan.

Haastattelujen ensisijainen tavoite oli kerätä kuntoutujien näkemyksiä kuntoutuskurssista. Toinen tavoite, saada palautetta tavoitelähtöisestä työotteesta, oli liian abstrakti eikä käytännössä toteutettavissa. Kuntoutujilla ei ollut kokemusta kuntoutuskurssien aikaisemmasta työotteesta, joten vertailua oli mahdotonta tehdä. Haastattelut täydensivät perinteisillä tutkimusmenetelmillä saatuja tuloksia. Kvalitatiivisella metodilla voitiin myös varmistaa tiettyjä tutkimustuloksia triangulaation avulla. Raporttiin on koottu ne käsitellyt aihepiirit, jotka ovat relevantteja yleisellä tasolla.

Kuntoutujat olivat hyvin tyytyväisiä kuntoutuskurssiin ja sen antiin. He painottivat sitä, että omaehtoisen kuntoutumisen jatkuvuutta ja jaksamista tulisi tukea. Haastateltu ryhmä oli tiivis ja hyvin toimiva, ja kurssilaiset toivoivat yhteistä tapaamista tulevaisuudessa.

## 8 KUNTOUTUJIIEN JA KUNTOUTTAJIIEN AJANKÄYTTÖ

### 8.1 Tarkastelun näkökulmat ja aineisto

Tässä luvussa tarkastellaan sydänkuntoutuskursseja neljässä tutkimukseen osallistuneessa kuntoutuslaitoksessa erilaisina ajanjaksoina. Kurssilaiset osallistuivat kussakin kuntoutuslaitoksessa hieman eri tavoin koottuihin ja eripituisiin ohjelmiin. Kuntoutuslaitokset vastaavasti toteuttivat kurssit käyttäen vaihtelevasti aikaa ja erilaisia ammattiryhmiä. Täten eri laitoksissa oli erilaisia malleja toteuttaa sydänkuntoutusta. Tässä luvussa tuodaan esille hallinnollisen resursoinnin näkökulma kuntoutuskurssien suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Selvitys keskittyy ydintoimintoihin niin osallistumisen kuin työpanoksenkin kuvauksissa. Ydintoiminnot ovat niitä kurssiohjelman sisältöjä, jotka ovat keskeisimpiä terveyden, toiminta- ja työkyvyn sekä kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämässä. Ne on johdettu yleisistä kansallisista ja kansainvälisistä suosituksista sekä sydänkurssien yleis-tavoitteista (Hyvä kuntoutuskäytäntö ... 2002). Ydintoiminnot on koottu raportissa kuuteen ryhmään: terveys ja tavoitteet, ravitsemus, fyysinen suorituskyky, fyysinen hyvinvointi, psyykinen hyvinvointi ja sosiaalinen hyvinvointi. Ydintoimintojen yksityiskohtainen kuvaus ja raportissa käytetyn luokituksen perusteet on esitetty liitteessä 2.

Tavoitteena on kuvata määrältään ja sisällöltään sitä aikaa, minkä kuntoutuja käytti osallistuessaan eri ydintoimintoihin. Ydintoiminnot toteutettiin laitoksissa ryhmätoimintana sekä yksilötutkimuksena, -ohjauksena ja -neuvontana. Omaisten päivien osanottajat osallistuvat yleensä kuntoutujien ryhmätoimintaan. Kuntoutujan ohjelmakuvauksessa käytettyyn luokkaan *muu osallistuminen* kuuluvat esimerkiksi kuntoutujan osallistuminen tuloinfoihin, talon tapoihin ja paikkoihin tutustuminen, yleisluennot ja vapaa-ajan ohjelmat sekä laboratoriotutkimukset (ks. luvut 4 ja 5). *Muu osallistuminen* sisältää myös sen osuuden kahdeksantuntisesta kuntoutus- ja työajasta, jonka kuntoutuja käyttää ruokailuun, vaatteiden vaihtoon ja pieniin lepoetkiin, siirtymiseen paikasta toiseen ja esim. siihen, kun hän valmistautuu allasvoimisteluun ja pukeutuu sen jälkeen.

Kuntoutustyöntekijöiden työpanokseen sisältyy ydintoimintojen (yksilö- ja ryhmätutkimukset ja ohjaukset) lisäksi dokumentaatioon ja tiedonvälitykseen sekä tiimityöhön käytetty aika. Yksilöohjauksen työpanosten tarkastelussa selvitetään sekä perusohjelmaan sisältyviä tutkimus- ja ohjaustilaisuuksia että kuntoutujan yksilökohtaisen lisäohjauksen tai tutkimuksen tarvetta ja työpanoksia. Omaisten ohjelman sisältö on eritelty työpanosten mukaan. Tarkastelun kolmantena näkökulmana on eri ammattiryhmien ajankäyttö eri laitoksissa.

Tutkimukseen osallistui neljä kuntoutuslaitosta (taulukko 1), joiden 13 kurssin kuntoutujista ja kurssien toteuttamisesta kerättiin tietoja aikana elokuu 2003 – elokuu 2004. Kurssien yhdyshenkilöt keräsivät tiedot kunkin kurssin molemmista jaksoista. Hankkeeseen osallistuvilla oli varattu kurssipaikkoja yhteensä 158, joista 11 (7 %) jäi täyttämättä. Laitokset identifioitiin kirjaimilla A, B, C ja D.

**Taulukko 1.** Kurssien ja kuntoutujien määrä.

Laitokset	Kursseja/laitos	Kurssipaikkoja/kurssi	Kuntoutujat		
			Naisia	Miehiä	Yhteensä
A	3	10	7	22	29
B	3	10	3	20	23
C	3	14	5	35	40
D	4	14	15	40	55
Yhteensä	13		30	117	147

Osallistumisen ja työpanoksen kuvaukseen kerättiin tietoja 147 kuntoutujasta. Heistä yksitoista ei osallistunut kuntoutujaa ja hänen kuntoutumistavoitteitaan selvittävään tutkimukseen (luku 9). Heidän osallistumisensa eri ohjelmiin ja heitä koskevat laitoksen työpanokseen vaikuttavat tiedot saatiin laitoksen yhdyshenkilöltä. Osallistumisen ja työpanoksen tiedonkeruu oli siten kattava. Tiedonkeruumenetelmät, luokitus sekä käsittely on kuvattu julkaisun menetelmäosassa (luku 4) ja tarkemmin liitteessä 1.

Sydänkurssit toteutettiin kuntoutuslaitoksissa suunniteltujen ohjelmien mukaan (ks. luku 3). Tutkimushankkeen vuoksi muutamassa laitoksessa oli lisätty tavoiteohjauksen määrää. Parissa laitoksessa tehtiin pieniä ja tilapäisiä muutoksia henkilöstön lyhytaikaisten sairaus- tai vastaavien poissaolojen johdosta. Vain yksi kuntoutuja oli tyytymätön ja keskeytti kurssin. Muutama kuntoutuja osallistui seurantajaksoon eri ryhmän kanssa. Muutamat lyhytkestoiset sairaustapahtumat tai pienet tapaturmat eivät ajallisesti merkittävästi vaikuttaneet osallistumiseen eivätkä työpanoksiin.

## 8.2 Kurssien kokonaisaika

### 8.2.1 Kuntoutuspäivien määrä

Sydänkuntoutuskurssit toteutettiin kahdessa jaksossa, ja niiden kokonaiskesto oli kahdessa laitoksessa 17 päivää ja kahdessa 18 päivää. Standardin mukaan kuntoutuspäivien pituuden tulee olla vähintään kahdeksan tuntia (Kela 2003). Kuntoutuspäivä sisältää paitsi erilaista kirjattua ohjelmaa myös ohjelmoimatonta aikaa mm. ruokailua, vaatteiden vaihtoa, pientä lepoa ym. varten. Tulo- ja lähtöpäivän sekä lauantai-päivän ohjelma on määritelty vähintään kuuden tunnin pituiseksi. Sunnuntaipäiville ei laskettu kuntoutustunteja, ellei kyseessä ollut kurssin aloituspäivä.

Täten kurssien aloituspäivän viikonpäivä vaikutti kurssien kokonaisaikaan (taulukko 2). Aloituspäivä oli yhdessä laitoksessa sunnuntai (6 tuntia), kahdessa maanantai ja yhdessä keskiviikko. Ensimmäisen jakson viimeinen kurssipäivä oli kolmessa laitoksessa perjantai, yhdessä lauantai. Niissä kolmessa laitoksessa, joissa seurantajakson pituus oli viisi päivää, kurssijakso kesti maanantaista perjantaihin. Yhden laitoksen kolmen päivän pituinen seurantajakso alkoi keskiviikkona ja loppui perjantaina.

**Taulukko 2.** Kurssien rakenne jaksoina, kurssipäivinä ja tunteina.

Laitos	Jaksojen pituudet ja kokonaiskesto	Työpäiviä/kurssi	6 tunnin päiviä	8 tunnin päiviä	Tunnit/kurssi
A	13 + 5 18 pv	17	5	12	126
B	14 + 3 17 pv	15	6	9	108
C	12 + 5 17 pv	16	5	11	118
D	13 + 5 18 pv	17	5	12	126

Kurssin keskimääräinen kokonaisaika oli 119 t 30 min, vaihtelu 108–126 t. Laitoksessa B kurssilla käytettävissä oleva kokonaisaika oli 10 tuntia vähemmän kuin laitoksessa C ja 18 tuntia vähemmän kuin laitoksissa A ja D. Kuntoutujien osallistumisajan suhdeluvut on laskettu erikseen kunkin laitoksen käytettävissä olevasta kurssiajasta. Tästä seuraa, että kuntoutujan osallistumisen kokonaisaika (100 %) on laitoksessa A 126 tuntia ja laitoksessa B (100 %) 108 tuntia.

### 8.2.2 Päätoimintojen kokonaisaika

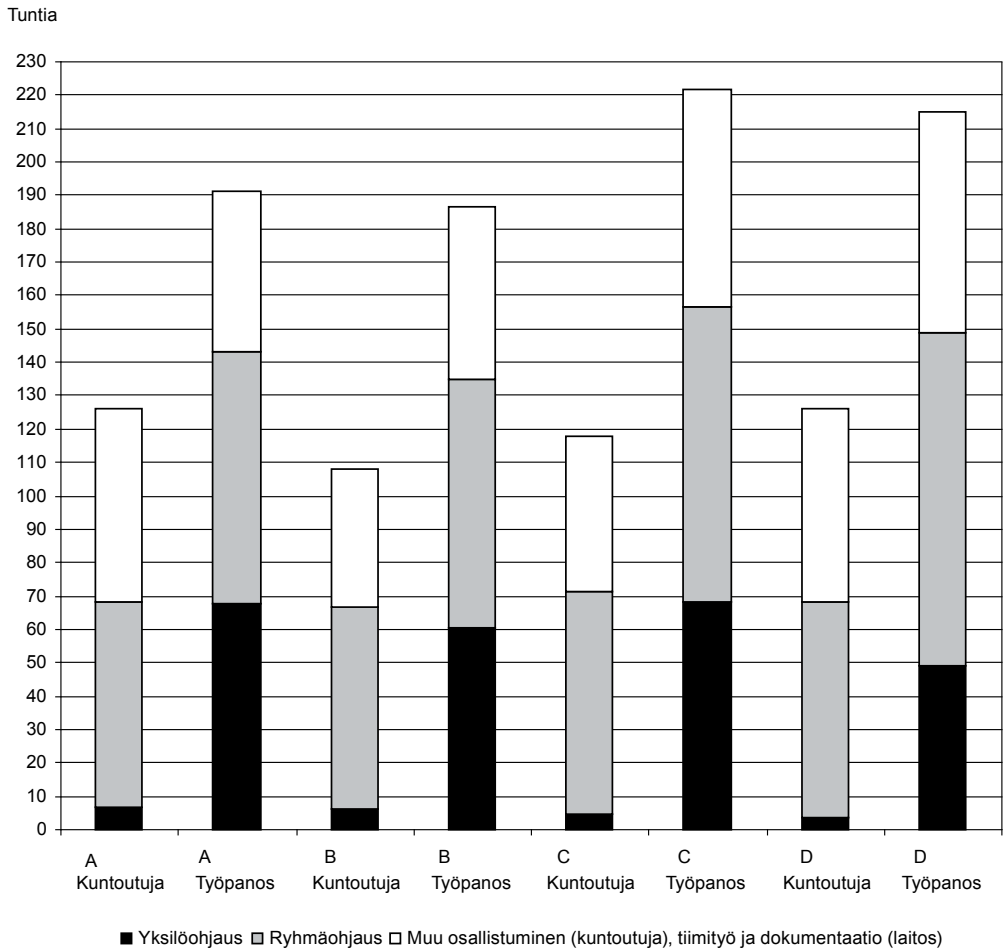
Kuntoutuja osallistui yksilöohjaukseen, ryhmäohjaukseen ja muuhun ohjattuun toimintaan (*muu osallistuminen*). Laitoksen työpanos jakaantui yksilö- ja ryhmäohjauksen toteuttamiseen sekä lisäksi välilliseen asiakastyöhön eli dokumentaatioon ja tiedonvälitykseen sekä tiimityöhön. Kelan suositukset sallivat laajan variaation kurssien toteutuksessa. Laitosten mahdollisuudet rakentaa kurseille omia sisältökokonaisuuksia näkyvät sekä kuntoutujan osallistumisen että laitosten työpanosten vaihtelussa. Kuviossa 1 näkyvää kuntoutujan *muuta osallistumista* ei eritellä raportissa tätä enemmän. Aika- ja suhdelukujen jakaumat on raportoitu laitoskohtaisesti, jotta kuntoutujan osallistumisajan ja työpanosten vaihtelut näkyisivät ajankäytön kuvauksissa. Päätoimintojen ajalliseen vaihteluun vaikuttaa käytettävissä olevien kurssien kokonaisajan lisäksi se, että kurssien perusohjelmien sisällöt painottuvat eri tavalla eri kuntoutuslaitoksissa (taulukko 3).

Kuntoutuja osallistui ydintoimintoihin kaikissa laitoksissa lähes yhtä pitkän ajan: keskimäärin 68 tuntia (65–70 t), joka oli keskimäärin 57 % (53–60 %) kurssien kokonaisajasta.

Laitokset käyttivät kurssien toteuttamiseen keskimäärin 204 tuntia, mistä ajasta ydintoimintoihin käytettiin 146 tuntia (135–157 t). Laitosten työpanos ydintoimintoihin oli 72 % (69–75 %) kokonaistyöpanoksesta.



**Kuvio 1.** Kuntoutujan ja kuntouttajien ajankäyttö päätoiminnoittain.



**Taulukko 3.** Päätoimintojen ajallinen vaihtelu kursseilla ja laitosten työpanoksissa.

Päätoiminnot	Aika (t)		% -jakauma	
	$\bar{x}$	Vaihteluväli	$\bar{x}$	Vaihteluväli
Kuntoutuja				
Ydintoiminnot				
yksilöohjaus	5,25 <sup>a</sup>	3,50–06,75	4,5	3–6
ryhmäohjaus	63,00	60,25–66,50	53,0	49–56
Muu osallistuminen	51,00	41,50–58,00	42,5	35–49
Yhteensä	119,25	108–126	100,0	
Laitos				
Ydintoiminnot				
yksilöohjaus	61,50	49,50–68,00	30	23–35
ryhmäohjaus	84,50	74,50–99,75	42	39–46
Tiimityö ja dokumentaatio	57,75	48,50–66,00	28	25–31
Yhteensä	203,75	187–221	100	

<sup>a</sup> 5,25 = 5 tuntia 15 min, ts. laskukaava 1 tunti = 1,00.

## 8.3 Ydintoiminnot

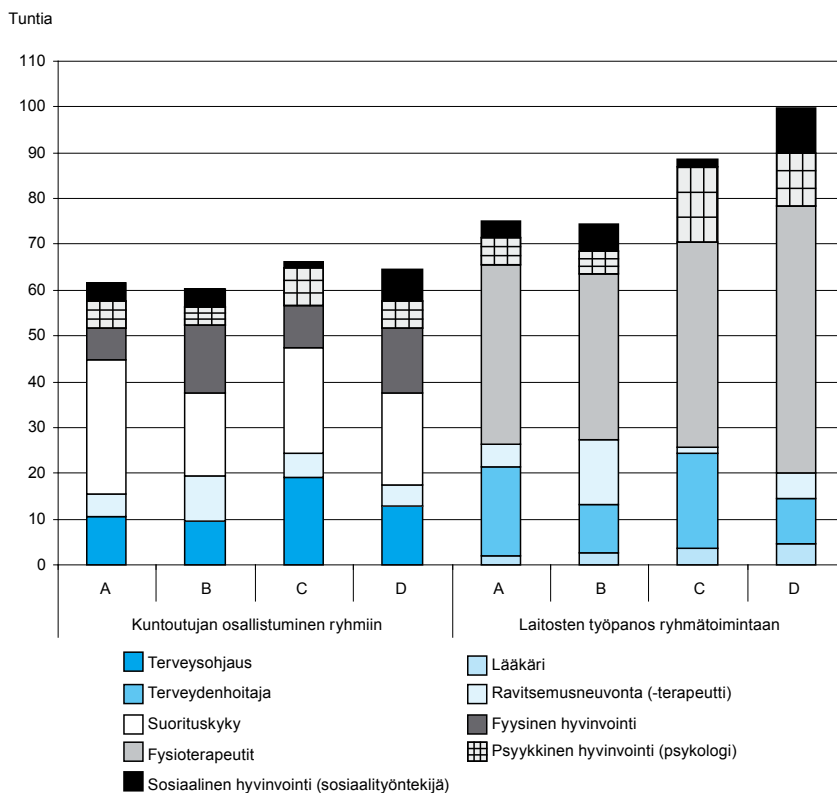
### 8.3.1 Ryhmätoiminnot

Kaikkien laitosten ohjelmissa oli ryhmätoimintaan kohdennettu lähes yhtä paljon aikaa, mutta se jakautui hyvin vaihtelevasti eri ydintoimintoihin. Eri tavoin toteutettu ryhmätoiminta osoittanee laitosten kuntoutusideologisten painotusten eroja.

Kuntoutuja osallistui ryhmätoimintaan keskimäärin 63 tuntia. Tähän sisältyvät myös ne ryhmätilaisuudet, joihin omaiset osallistuivat (taulukko 4 ja kuvio 2).

**Taulukko 4.** Kuntoutujan osallistuminen ydintoimintojen mukaan jaoteltuun ryhmäohjaukseen.

Ydintoiminnot	Aika (t)		% -jakauma	
	$\bar{x}$	Vaihteluväli	$\bar{x}$	Vaihteluväli
Terveys ja tavoitteet	13,00	9,50–19,25	17	16–29
Ravitsemus	6,00	4,50–10,00	10	8–17
Fyysinen suorituskyky	22,50	18,00–29,25	33	30–48
Fyysinen hyvinvointi	11,25	7,00–14,75	15	11–24
Psyykkinen hyvinvointi	6,00	4,00–08,25	10	7–13
Sosiaalinen hyvinvointi	4,00	3,75–07,00	8	2–11
Yhteensä	63,00	60,25–66,50	100	

**Kuvio 2.** Kuntoutujan osallistuminen eri ryhmiin ja eri ammattiryhmien työpanos.

Laitosten työpanokseen vaikuttaa ohjelmaan käytetyn ajan lisäksi työmenetelmä (yksin- tai parityöskentely). Ryhmäohjauksessa käytettiin melko usein parityöskentelyä (esim. psykologi ja terveydenhoitaja, terveydenhoitaja ja fysioterapeutti, fysioterapeutti ja lääkäri). Työpanos siis kaksinkertaistui parityöskentelyn seurauksena. Se oli keskimäärin 85 tuntia vaihdellen kuitenkin 75:stä 99 tuntiin. Työpanos esitetään eri ammattiryhmien edustajien työpanoksena (kuvio 2).

Terveysohjauksen eroja selittää ainakin se, että tavoitekeskusteluihin ja niiden seurantaan käytetty työpanos yhdistettiin terveysohjaukseen; laitokset joko kirjasivat eri tavalla tai eivät lainkaan tavoitekeskusteluihin ja ohjaukseen käytetyn ajan (liite 2). Kussakin laitoksessa oli omat käytäntönsä kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisessa ja työstämisessä. Joissakin se tapahtui yksilökohtaisesti yhden tai usean eri kuntoutustyöntekijän kanssa. Yhdessä laitoksessa käytiin ryhmässä läpi, mitä tavoitteiden asettaminen tarkoitti ja miten se tehdään, minkä jälkeen jokainen kuntoutuja työsti tavoitteitaan omana henkilökohtaisena hankkeenaan koko kurssin ajan. Lisäksi tavoitteiden työstäminen saattoi olla keskeisesti esillä eri ryhmätilaisuuksissa.

Jos kurssikoko oli 14, ryhmämuotoisiin tavoitetilaisuuksiin osallistui useampi tiimijäsen kuin, jos kurssikoko oli 10. Tämäkin selittää terveysohjauksen työpanoksen eroja

(kuvio 2). Yleisissä ohjaustilanteissa käsiteltiin usein myös tavoitteita. Työmenetelmän vaikutus ajankäyttöön ilmenee selkeimmin mm. psykologien ja sosiaalityöntekijöiden työpanoksessa.

Terveydenhoitajan työpanos oli kaikissa laitoksissa suurempi kuin kuntoutujan terveysohjaukseen kulunut aika, mikä johtui tavoiteohjauksen lisäksi muusta ohjaustyöstä. Yhden laitoksen terveydenhoitaja osallistui fyysisen suorituskyvyn ohjaukseen (liikunta ulkona) ja piti mm. rentousharjoituksia (fyysinen hyvinvointi). Toisessa laitoksessa terveydenhoitaja antoi ravitsemusneuvontaa. Ravitsemusohjauksessa ohjausmenetelmien vaihtelu näkyy suurina työpanoseroina. Yhden laitoksen ravitsemusohjaaja valmisti 2–3 kertaa kurssin aikana muutaman kurssilaisen kanssa lounaan. Pöydässä keskusteltiin sydänpotilaan ruokavaliosta ja juuri keittiössä opituista ruoanvalmistustavoista ja -aineista.

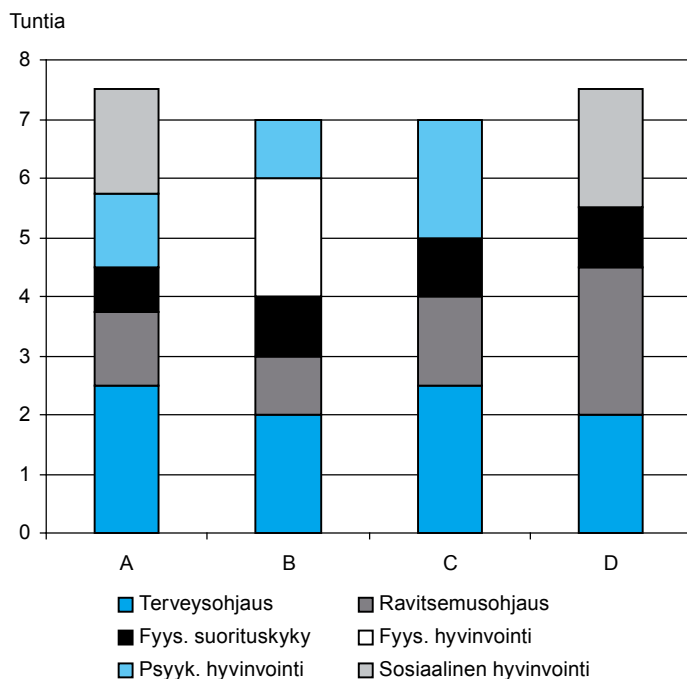
Suorituskyvyn ja fyysisen hyvinvoinnin edistämisessä fysioterapeutit, kuntohoitajat, liikunnanohjaajat ja -opettajat, toimintaterapeutit sekä muut fysioterapiayksikön edustajat jakoivat tehtävät keskenään. Näiltä osin osallistumisen ja työpanoksen erot syntyivät laitoksessa käytetyn ryhmäjaon ja työparityöskentelyn mukaan.

Laitosten ilmoittamista työelämään kohdistuneista ohjelmaosuuksista ei ollut mahdollista muodostaa työelämää kuvaavaa ydintoimintoa (ks. luku 4 ja liite 2). Suullisesti annetun tiedon perusteella ei pystytty paikantamaan, missä tai milloin näitä asioita käsiteltiin ja minkä ammattiedustajan ohjaamana. Lähes kaikkien ydintoimintojen ryhmäkeskusteluissa käsiteltiin työelämään liittyviä asioita, kuten työolot, työkyky, sairauden ja työn yhteensovittaminen, työn ja ruokailun sekä ruokavalion yhteensovittaminen, työn fyysinen kuormitus, työpaikan ilmapiiri, työssä jaksaminen, työpaikan sosiaaliset suhteet ja työelämän sosiaaliturvaan liittyvät asiat.

### **Omaisten päivät**

Kaikissa laitoksissa toteutettiin 1–2 omaisten päivää, joita järjestettiin yleensä ensimmäisen jakson viikonloppuna (kuvio 4). Omaisten ohjelma sisälsi terveysohjausta: esimerkiksi tietoa sairaudesta, lääkkeistä ja elintavoista sekä muita kotioloissa tarvittavia tietoja, kuten oireiden ilmenemismuotoja ja ensiapua. Valtaosa ohjelmasta toteutettiin yhdessä kuntoutujan ja omaisten kanssa. Yhdessä laitoksessa osa ohjelmasta oli vain omaisille, jolloin kuntoutujilla oli oma ohjelmansa.

Kaikille omaisille annettiin tietoa ravitsemuksesta, ja he saivat osallistua suorituskykyä parantaviin harjoituksiin. Harjoitukset konkretisoivat omaisillekin, minkälaisella kuormitustasolla kuntoutuja saa kotioloissa harrastaa liikuntaa ja muita voimia vaativia tehtäviä. Psykososiaaliseen hyvinvointiin liittyviä ohjelmia toteutti joko sosiaalityöntekijä tai psykologi, yhdessä laitoksessa molemmat. Fyysisen hyvinvointiin tähtäävä ohjelmaosuus sisälsi rentousharjoituksia sekä tuki- ja liikuntaelimestön optimaalisia käyttö- ja kuormitustapoja. Yhdessä laitoksessa psykologi tarvittaessa keskusteli yksityisesti aviopuolisoiden kanssa.

**Kuvio 3.** Omaisten ohjelmiin käytetyn ajan jakautuminen ydintoimintoihin.

Omaisten osallistuminen vaihteli kurssittain: vähimmillään 1–2 omaista, enimmäkseen lähes jokaisen, keskimäärin joka toisen. Omaisten osallistumishalukkuuteen vaikuttivat paitsi heidän omat työ- ym. esteensä myös se, miten kukin laitos oli markkinoinut omaistoimintaansa.

### 8.3.2 Yksilökohtaiset ohjelmaosuudet ja niihin käytetty työpanos

#### Perusohjelmaan sisältyvä yksilökohtainen tutkimus, ohjaus ja neuvonta

Ensimmäisen kurssijakson yksilökohtaisiin tapaamisiin on määritelty seuraavat vähimmäisvaatimukset:

”Sairaanhoitajan haastattelu edeltää lääkärin tutkimusta. Myös toisen jakson aikana järjestetään lääkärin tapaaminen ja tarvittaessa tutkimus. Sekä ensimmäisen että toisen jakson päätösvaihe sisältää fysioterapeutin ja/tai sairaanhoitajan suorittamat tutkimukset/haastattelut. Ensimmäisellä jaksolla lääkäri tapaa kuntoutujan myös jakson päätösvaiheessa.” (Hyvä kuntoutuskäytäntö ... 2002.)

Nyt tutkittujen kuntoutuslaitosten alkuhaastattelut ja tutkimukset olivat yleensä paljon laajempia. (luku 5). Perusohjelmaan varattu yksilöaika vaihteli ensisijaisesti kurssien koon mukaan (taulukko 5). Mitä suurempi kurssikoko, sitä vähemmän aikaa oli varattu kuntoutujan yksilökohtaiseen tutkimukseen, ohjaukseen ja neuvontaan.

**Taulukko 5.** Kuntoutujakohtainen tutkimus- ja ohjausaika työntekijöiden ammattiryhmien mukaan.

Ammattiryhmät	Laitokset			
	A	B	C	D
Kurssilääkäri/kardiologi	1,25	1,00	0,90	1,15
Terveydenhoitaja	1,75	1,25	1,50	1,00
Ravitsemusterapeutit	1,25	0	0	0
Fysioterapeutit	0	2,00	1,50	0
Psykologi	1,00	0	0	0
Sosiaalityöntekijä	1,00	0,75	0	0
Yhteensä (t)	6,25	5,00	3,90	2,15

### Yksilöohjauksen lisätarve

Aloite perusohjelman lisäksi tarvittavasta yksilökohtaisesta tutkimuksesta, ohjauksesta tai neuvontatilaisuudesta tehdään tiimissä yleensä sitten, kun kuntoutujan asiakirjojen perusteella todetaan lisäselvityksen tarve, kun kuntoutuja itse esittää sen tai kun joku kuntoutustyöntekijöistä tekee aloitteen. Kurssilääkäri arvioi yksin tai tiimin kanssa yksilöohjauksen tarpeellisuuden ja järjestämisen. Yhdessä laitoksessa tätä yksilökohtaista lisäohjausta sai yli 85 % kuntoutujista, muissa 60–70 %. Yksilöohjauksen lisätarpeen arviointi sekä herkkyys antaa lisäohjausta ovat perinteisten käytäntöjen mukaan muotoutuneet laitoksen omaksi toimintatavaksi.

Laitosten yhdyshenkilöt olivat kirjanneet ja kuvanneet yhteensä 259 tarpeenmukaista tutkimus- ja ohjauksetta. Yksilökohtaista lisäohjausta tarvitsi yhteensä 100 kuntoutujaa, miehistä 68 % ja naisista 67 %. Ohjauksen tarve sinänsä ei siis ole sukupuolittunut. Erot näkyvät vasta, kun tarkastellaan ohjauksen määrää ja laatua. Yhtä kurssiin osallistuvaa kuntoutujaa kohden tarvittiin 1,75 ohjauksetta (miehet 1,5 ja naiset 2,5).

Lisäohjausta tarvinneista kuntoutujista naiset saivat keskimäärin 3,8 ja miehet 2,3 ohjauksetta. Naiset tarvitsivat sekä useampia ohjauksetta että useamman eri ammattialan asiantuntijan ohjausta kuin miehet (taulukko 6). Joka kolmas kaikista naisista sai yksilöohjausta kolmen tai useamman eri ammattiryhmän asiantuntijailta. Näin monimuotoista lisäohjauksen tarvetta oli vain joka seitsemännellä miehellä. Kurssisuunnittelun ja työvoimaresurssien hallinnan kannalta tämä on hyvä ottaa huomioon jo kursseja suunniteltaessa.

Yksilöohjauksen lisätarve oli keskimäärin 20 ohjauksetta kurssia kohden, ja siihen menevä työpanos oli keskimäärin noin 12 tuntia. Työpanos vaihteli laitoksittain ja laitoksissa kurseittain 5 t 20 min – 19 t 10 min.

**Taulukko 6.** Lisäohjauksessa käytettyjen asiantuntijoiden määrä kuntoutujaa kohti.

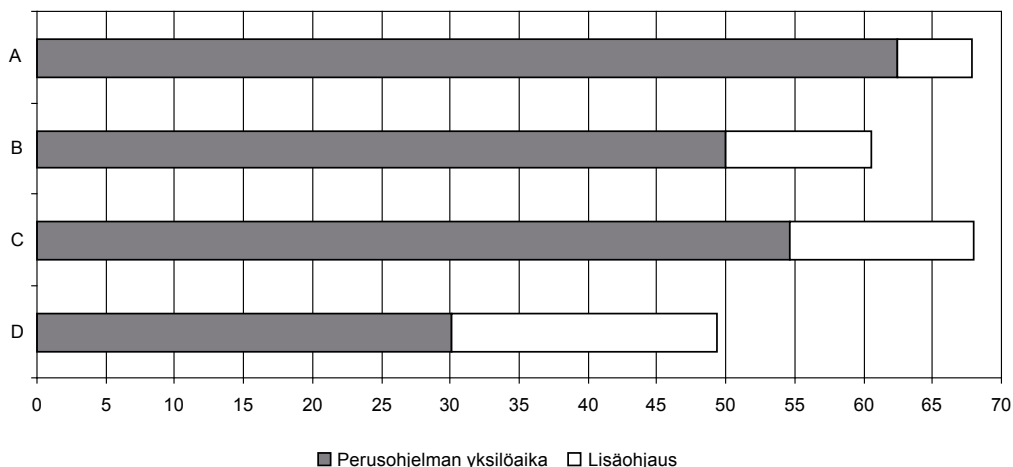
Asiantuntijoiden määrä	Kuntoutujien määrä			
	Naiset		Miehet	
	N	%	N	%
Ei ollenkaan	10	33	37	32
Yksi	4	13	39	33
Kaksi	5	17	25	21
Kolme tai enemmän	11	37	16	14
Yhteensä	30	100	117	100

Eri ammattiryhmien tarpeenmukaisiin tutkimus- ja ohjaustilaisuuksiin käyttämä työpanos vaihteli määrällisesti ja ajallisesti ammattitehtävän luonteen mukaisesti (taulukko 7). Terveydenhoitajat toteuttivat 36 % ohjaustilaisuuksista (keskimääräinen kesto 17 min), psykologit 23 % (50 min), sosiaalityöntekijät 19 % (50 min), ravitsemusterapeutit ja -ohjaajat 7 % (60 min), fysioterapeutit 6 % (50 min), kurssilääkäri 5 % (20 min) ja konsultoivat erikoislääkärit 4 % (45 min).

**Taulukko 7.** Eri ammattiryhmien antamat lisäohjaukset kurssien aikana ( $\bar{x}$ , vaihteluväli).

Ammattiryhmä	Laitokset							
	A		B		C		D	
	$\bar{x}$	vaihtelu	$\bar{x}$	vaihtelu	$\bar{x}$	vaihtelu	$\bar{x}$	vaihtelu
Lääkärit	0,3	0–1	2,0	0–3	5,0	4–6	0,5	0–2
Terveydenhoitaja	7,3	5–9	5,0	3–7	10,3	9–11	6,3	4–11
Ravitsemusterapeutti	0	0	4,3	4–5	0,6	0–1	1,0	0–2
Fysioterapeutti	0,3	0–1	0,6	0–1	0,3	0–1	2,8	1–5
Psykologi	3,6	3–5	3,0	1–4	4,0	1–6	6,8	5–9
Sosiaalityöntekijä	3,3	2–5	0	0	4,3	3–6	6,5	6–8

Yksilöohjauksesta erottui kaksi strategiaa (kuvio 4). Ensimmäisen strategian mukaan perusohjelmaan sisällytettiin melko kattavasti tapaamisia eri ammattiryhmien edustajien kanssa. Etuna oli, että kuntoutustyöntekijät saivat alusta lähtien kuvan jokaisen kuntoutujan ongelmista ja pystyivät siten omissa ryhmäohjaustilaisuuksissaan sisällyttämään ohjaukseensa tarvittavaa yksilöperspektiiviä (ryhmäohjauksena toteutettu yksilöohjaus). Tällöin tarvittiin vähäisempi määrä tarpeenmukaisia ohjauskertoja. Tämä strategia vei enemmän resursseja, ja on mahdollista, ettei jokaisella kuntoutujalla ollut erityistä tarveakaan yksilöohjaukseen.

**Kuvio 4.** Yksilöohjauksen kokonaistyöpanos tunteina.

Toisena strategiana perusohjelmaan sisällytettiin vain vähän yksilötapaamisia ja niitä ohjelmoitiin lisää myöhemmin havaitun tarpeen perusteella. Etuna oli mahdollisuus suoda enemmän ohjauksia niille tarvitseville kuntoutujille, ja resurssien kokonaiskäyttö oli pienempi. Toisaalta haittana voi olla, että kuntoutujan tarve havaitaan vasta kurssin myöhäisessä vaiheessa, jolloin jää liian vähän aikaa ongelmien riittävään työstämiseen. Lisäksi on mahdollista, että tiedonkulku kuntoutujan ”uudesta” ongelmasta jää kuntoutustyöntekijöiden välillä sattumanvaraiseksi tai vajaaksi. Silloin ongelma voi jäädä huomaamatta ja käsittelemättä muissakin ohjaustilanteissa.

Kuntoutustyöntekijät ottivat vain harvoin yhteyttä laitoksen ulkopuolisiin tahoihin kuntoutujien asioiden hoitamiseksi. Mm. kuntoutujien asiakirjojen hankinta, puhelinkonsultaatiot hoitavan lääkärin kanssa, yhteydenotto muihin kuntoutusta hoitaviin tahoihin (Kela, työvoimatoimisto) ja muu avustaminen sisällytettiin pääluokassa *dokumentaatio ja tiedotus* kohtaan *muu kirjallinen työ*.

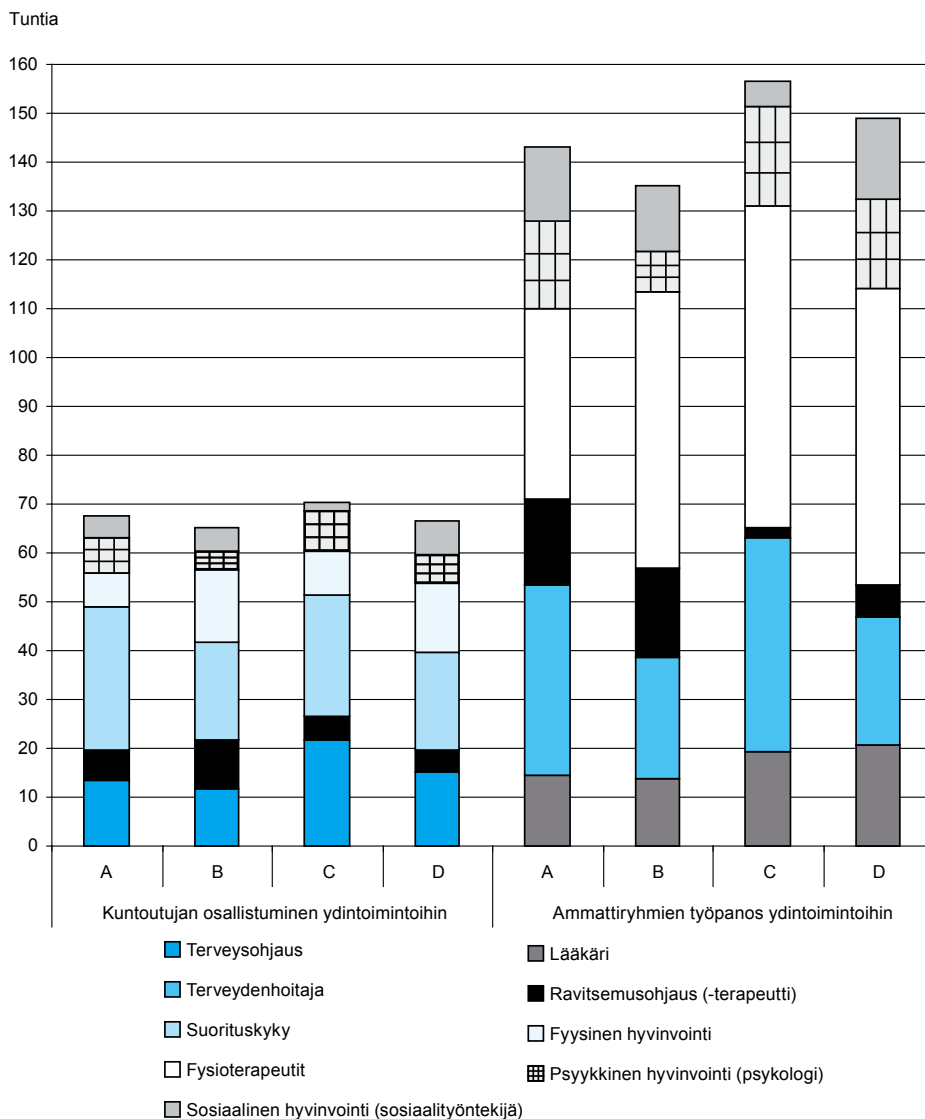
### 8.3.3 Ryhmä- ja yksilöaika yhteensä

Kuntoutajat käyttivät ydintoimintoihin 57 % kurssiajastaan (53–60 %). Luvussa on mukana sekä yksilöohjaus että ryhmätyöskentely.

Laitosten kokonaistyöpanoksesta ydintoimintojen osuus oli keskimäärin 72 %, pienikokoisilla kursseilla 72 % ja 75 % ja suurikokoisilla 69 % ja 71 %. Työpanokseen käytetty aika käsitti sekä yksilö- että ryhmäohjauksen. Yksilöohjauksen vaikutus työpanokseen on suuri (kuvio 5). Jokaisen laitoksen työpanos oli vähintään kaksinkertainen kuntoutujan osallistumisaikaan nähden.



**Kuvio 5.** Kuntoutujan osallistuminen ydintoimintoihin ja laitosten työpanos.



### 8.4 Dokumentaatioon ja tiedonvälitykseen käytetty työpanos

Laitoksissa käytettiin keskimäärin 57 t 45 min kurssiajasta tiimityöhön ja dokumentaatioon, (vaihteluväli 48 t 20 min – 66 t 10 min). Välilliseen asiakastyöhön meni keskimäärin yhden kuntoutustyöntekijän 1½ viikon työaika.

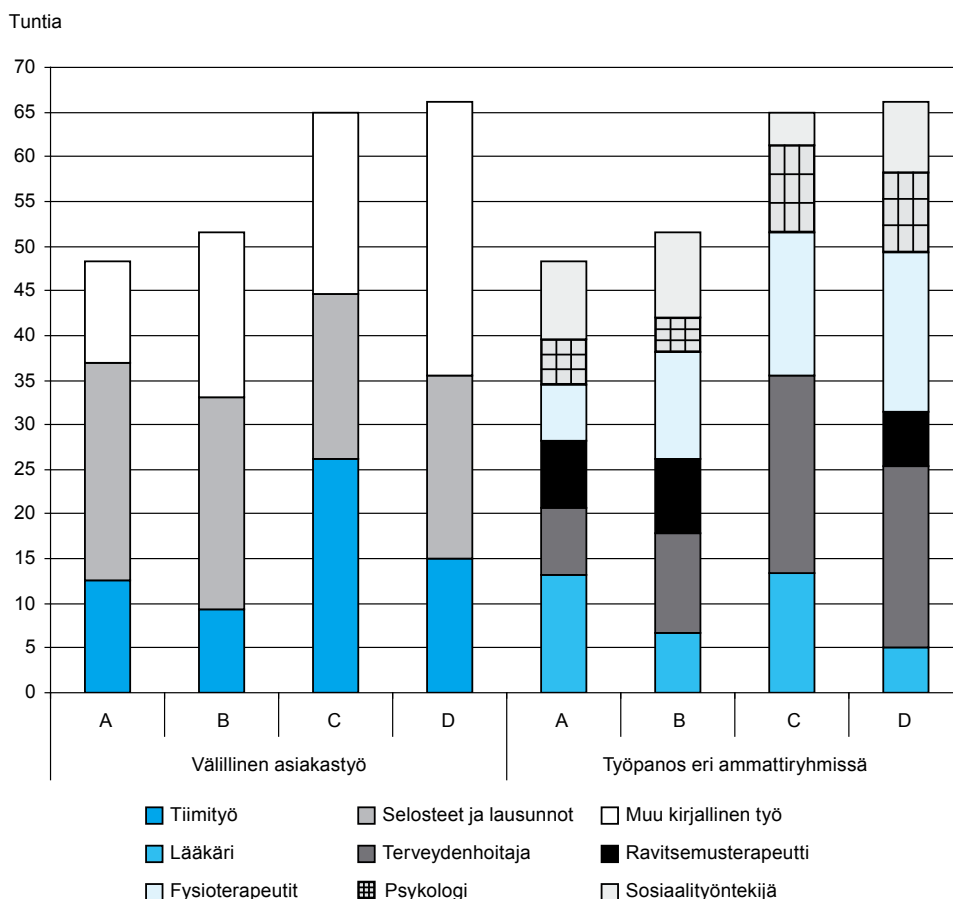
Joka laitoksessa oli oma tiimikäytäntönsä: joissakin tiimi kokoontuu harvemmin, joissakin useammin. Eri ammattiryhmien edustajat osallistuivat laitosten tiimityöhön

eri kokoonpanoissa. Laitoksilla on myös oma käytäntönsä ja mallinsa kuntoutus-  
losteiden kirjoittamisesta ja kokoamisesta. Raportissa on kiinnitetty huomiota vain  
työpanoksiin kuluneeseen aikaan, ei lainkaan viestintä- tai dokumentaatioprosessin  
sisältöön eikä toimivuuteen.

Välillisen asiakastyön käytännöt ja työpanoserot johtuivat lähinnä kurssin koosta  
(kuvio 6). Selosteisiin ja lausuntoihin kuuluva työpanos on suurempi laitoksissa, joissa  
on pienemmät kurssikoot. Tiimikäytännöt ja kuntoutuslosteiden laatiminen näyt-  
tivät eroavan myös saman laitoksen eri palvelulinjojen välillä.

Tiimityöhön ja dokumentaatioon käytetyt työpanokset kuvaavat kuntoutuslaitosten  
käytäntöjen eroja. Jos kurssikoko on suuri, terveydenhoitajalla on suurempi työpanos  
tiimityössä ja dokumentaatioissa ja psykologien työpanos on suurempi kuin sosiaali-  
työntekijöiden. Kaikissa projektiin osallistuneissa laitoksissa terveydenhoitaja toimi  
sekä yhdyshenkilön että ryhmänohjaajan tehtävissä. Hänelle kuului siis kuntoutujien  
ohjaamisen lisäksi kurssin koordinaatio ja siihen liittyvä kirjallinen työ ja viestintä.

**Kuvio 6.** Välillinen asiakastyö ja sen jakautuminen eri ammattiryhmien kesken.



## 8.5 Kokonaistyöpanokset

### 8.5.1 Ammattiryhmittäin

Laitosten kokonaistyöpanosten tarkastelussa esitetään ainoastaan taloushallinnollinen näkökulma. Työpanoksen vaihteluun vaikuttivat eri tavalla rakennetut ohjelmat ja työpäivien määrät (15–17 pv, allokoitavia tunteja 108–126).

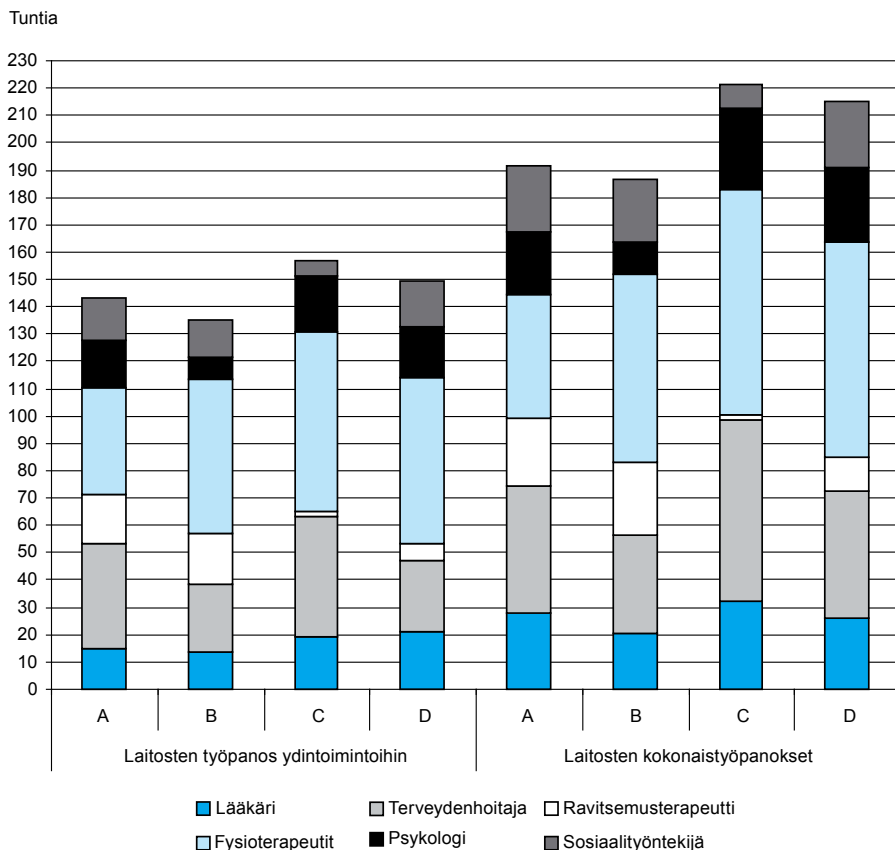
Kuntoutuslaitosten työpanos oli keskimäärin 204 tuntia kurssia kohti. Yksilökohtaisen tutkimuksen ja ohjauksen osuus oli 30 % ja ryhmätoimintojen osuus 42 % (kuviot 1 ja 7). Välilliseen asiakastyöhön eli tiimityöhön ja tiedonvälitykseen, dokumentaatioon ja kuntoutusselosteiden kirjoittamiseen sekä muuhun kirjalliseen työhön meni 28 % kokonaisajasta (taulukko 3).

Eri ammattiryhmien työpanosten tarkastelussa huomataan, että esim. lääkäreiden työpanos voi vaihdella sen mukaan, miten tehtävät laitoksessa on järjestelty (kuvio 7). Joissain laitoksissa mm. kuntoutusselosteet valmisteltiin muiden ammattiryhmien toimesta melko pitkälle, ennen kuin lääkäri/kardiologi viimeisteli ja allekirjoitti ne. Terveystenhoitajan työpanos oli kaikissa laitoksissa paljon suurempi kuin välittömiin asiakaskontakteihin menevä osuus. Psykologit ja sosiaalityöntekijät käyttivät tiimityöhön ja dokumentaatioon enemmän aikaa kuin suoraan asiakastyöhön. Niin myös ravitsemusterapeutti, yhtä laitosta lukuun ottamatta. Työpanoksen suuruus on siinä mielessä johdonmukainen, että nämä tiimiläiset tekevät omien tutkimustensa perusteella lausuntoja ja yhteenvetoja kuntoutujan jatkosuunnitelmia ja suosituksia varten.

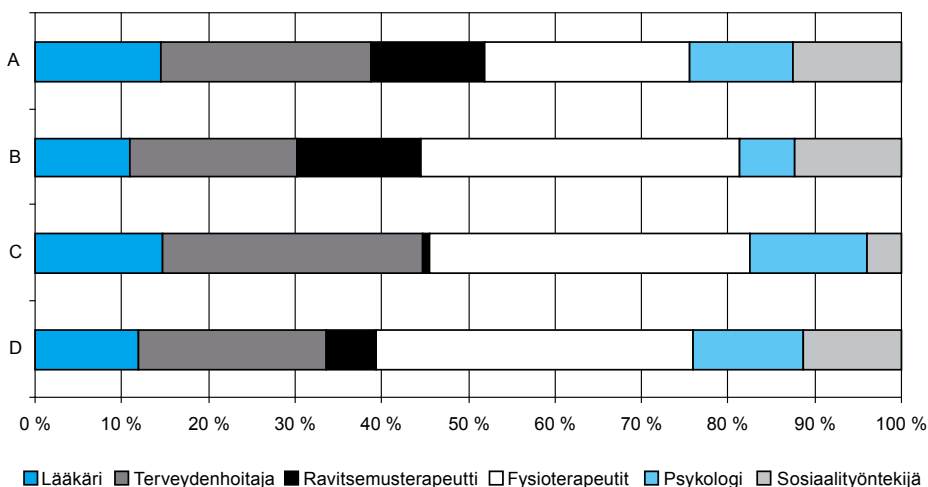
Eri ammattiryhmien työpanoksen suhteellinen osuus oli joka laitoksessa erilainen (kuvio 8). Keskimääräisestä kokonaistyöpanoksesta lääkäreiden suhteellinen osuus on 13 %, terveystenhoitajien 24 %, ravitsemusterapeuttien yms. 8 %, fysioterapeuttien ja vastaavanlaisissa ammateissa toimivien 34 %, psykologien 11 % ja sosiaalityöntekijöiden 10 %.

Työpanoksen keskimääräinen jakautuminen osoittaa, että fyysisen suorituskyvyn parantamista ja fyysisistä hyvinvointia pidetään kuntoutuksen päätavoitteina. Fysioterapeuttien ja muiden vastaavissa tehtävissä toimivien työpanos oli suurin, mutta heitä on joka laitoksessa useita jakamassa tehtäviä. Terveystenhoitajan työpanos oli keskimäärin neljännes kurssin kokonaistyöpanoksesta. Heitä on joka tiimissä yleensä vain yksi, joten hänellä on ainoana ammattinsa edustajana vastuullaan suurin työmäärä kurssin toteuttamisessa. Lääkäreillä, sosiaalityöntekijöillä ja psykologeilla oli jokseenkin yhtä suuret työmäärät. Ravitsemusohjaajan työpanos oli määrällisesti pienin.

**Kuvio 7.** Ammattiryhmien kuntoutuskursseihin ja ydintoimintoihin käyttämä kokonaistyöpanos.



**Kuvio 8.** Eri ammattiryhmien työpanoksen suhteelliset osuudet (%).



### 8.5.2 Kurssikoon vaikutus työpanokseen

Työpanos vaihteli kurssien koon, perusohjelman ja valitun ohjausmenetelmän mukaan. Eniten siihen vaikutti yksilötutkimuksiin ja -ohjaukseen varattu aika ja määrä. Kuntoutujan saaman yksilöohjauksen erot eivät näytä kovin suurilta (kuvio 1). Jos yksilökohtainen tutkimus kesti 30 min, 10 hengen kurssilla työpanos oli 5 tuntia ja 14 osallistujan kurssilla 7 tuntia. Yksilöohjaus vei 33–47 % ydintoimintojen työpanoksesta.

Kahden kuntoutustyöntekijän työpanosta ryhmien ohjaamiseen käytettiin joko niin, että ryhmä jaettiin kahtia, tai niin, että kaksi ohjaajaa toimi yhdessä koko ryhmän kanssa. Tämä toteutettiin useammin silloin, kun kurssikoko oli 14. Yhdessä laitoksessa suuri kurssi jaettiin alusta pitäen kahteen pienryhmään kuntoutujien fyysisen suorituskyvyn perusteella ja samaa jakoa käytettiin usein muissakin ryhmätoiminnoina. Myös 10 kuntoutujan ryhmä voitiin jakaa kahtia suorituskyvyn harjoituksissa. Luentotilaisuuksissa kaikki kurssilaiset olivat aina yhdessä. Se, miten usein laitoksessa toteutettiin jakoa pienryhmiin, vaikutti huomattavasti kokonaistyöpanoksen suuruuteen.

10 kuntoutujan kurssilla laitosten työpanokset yhtä kuntoutuja kohti olivat 19 t ja 18 t 30 min, 14 kuntoutujan kurssilla 16 t ja 15 t 30 min. Suurempi kurssikoko oli siis pienempää hieman edullisempi työpanoksen kannalta, mutta tiimityöhön, dokumentaatioon ja lausuntojen tekemiseen käytettiin aikaa suhteellisesti enemmän (29 % vrt. 26 %) ja ydintoimintoihin näin ollen suhteellisesti vähemmän.

### 8.6 Pohdinta

Tässä tarkastelussa painottuu hallinnollinen näkökulma sydänkurssien ydintoimintojen resursointiin. Lähtökohtana on se aika, minkä kuntoutuja käytti sydänkurseilla erilaisiin ydintoimintoihin ja kuntoutuslaitos kurssien toteuttamiseen. Laskelmien perusteella ei ole mahdollista arvioida toiminnan sisällöllistä laatua. Taitava, osaava ja kokenut kuntoutustyöntekijä pystyy ehkä antamaan lyhyessäkin ajassa kuntoutujalle enemmän kuin uusi ja aloitteleva usean tapaamisen aikana. Kuntoutustyöntekijän pitkä työura tai erikoisosaaminen ei toki takaa, että kuntoutuksen vuorovaikutustilanteissa toteutuu sujuva ja molemminpuolinen ymmärrys sekä yhtenevä käsitys viestinnän sisällöstä. Kuntoutustyöntekijän kokemus ei ole takeena myöskään siitä, että jokainen kuntoutuja hyväksyy tai omaksuu asiantuntijan sanoman ja neuvot. Kuntoutus on vaativaa vuorovaikutustaitoa edellyttävää työtä.

Kuntoutusohjelman sisällöllisessä luokituksessa oli ongelmia. Laitosten laatukäsikirjojen ja kurssiohjelman perusteella ei ollut mahdollista määrittellä erikseen tavoitekeskusteluihin käytettyä aikaa. Kuntoutuksen yleiset ja yksilölliset tavoitteet työstettiin ilmeisesti eri ydintoimintojen yhteydessä. Vain yhden laitoksen perusohjelmassa ja toisen laitoksen laatukäsikirjassa oli selkeästi osoitettu tavoitekeskusteluihin käytetty

aika. Muiden osalta jäi epäselväksi, missä määrin ja miten tämä toteutui. Tavoitetyöskentelyn määrää ja toteuttamista selvitettiin, koska projektin tavoitteena on edistää kuntoutujien omaa tavoitteellista työskentelyä.

Myös kurssiohjelmien sisältämien työelämän ongelmien käsittelyyn liittyi luokitusvaikeuksia. Sana *työ* mainittiin vain kahden laitoksen päiväohjelmassa. Yhden laitoksen päiväohjelmasta löytyi otsikko *Työkyvyn osatekijät* ja toisen laitoksen ohjelmasta *Työn ilo ja työmotivaatio*. Yhden laitoksen laatukäsikirjassa oli fraasi *toiminta- ja työkyky*. Toisen laitoksen psykologin työkuvauksessa mainittiin *työssä jaksaminen* ja sosiaalilyöntekijän työkuvauksessa puhuttiin *työikäisten kuntoutus- ja työnjoustomahdollisuuksista sekä muusta sosiaaliturvasta*. ”Lisäksi pohditaan kuntoutujien työkykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä ja kuntoutujat asettavat tavoitteita oman hyvinvointinsa edistämiseksi”, kuvaus jatkui. Työelämään suuntautuvat tavoitteet ovat keskeisesti esillä niin Kelan kuin kuntoutujienkin asettamissa tavoitteissa, mutta ohjelma- ja työkuvausten epätarkkuuden takia tämä ydintoiminto ja sen suhteellinen osuus kokonaisuohjelmasta jäi epäselväksi.

Laatukäsikirjojen kuvaukset tuntuivat kirjoitetun lähinnä laitoksen omalle henkilökunnalle. Päiväohjelmat oli yleensä nimetty ohjaajan ammatin mukaan (*Terveydenhoitajan ryhmä, Psykologin opetuskeskustelu*) tai menetelmän mukaan (*Vesiliikunta, Keppijumppa, Toimintaterapiaryhmä*). Psykyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä oli kuntoutusohjelmien sisällön perusteella vaikea luokitella ja erottaa toisistaan (ks. tarkemmin luku 4).

Kuntoutuslaitokset ja erityisesti ryhmänohjaajat panostivat kiitettävästi projektin vaatimiin tiedonkeruutehtäviin. Laitokset eivät saaneet mitään erillistä hankerahoitusta, ja tiedonkeruu tapahtui oman työn ohella. Kuntoutus on henkisesti vaativaa työtä, ja työntekijä on kuntoutujan odotusten ja annettujen aikaresurssien puristuksessa. Luokitusvaikeuksien pohdinnassa ei kuitenkaan pyritä antamaan sellaista viestiä, että kukin toiminto tulisi käsitellä erillisenä ja irrallisena muista. Ydintoimintojen käsittely eri avainhenkilöiden ohjaamissa tilaisuuksissa päinvastoin auttaa kuntoutujia saamaan ehjän kokonaiskuvan kuntoutuskurssilla käsitellyistä asioista ja siitä, miten ne liittyvät toisiinsa.

Toiminnan tavoitteellisuus on tärkeä kuntoutuksessa. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma tulisi tehdä jo toipilasvaiheessa, ja sen sisällön tulisi perustua yksilökohtaiseen tavoiteasetteluun ja suunnitelmaan. Tavoitteissa etenemistä tulisi seurata, ja tarvittaessa olisi järjestettävä tukitoimia (ks. luku 2) (Kari ja Puukka 2001, 22; Rissanen 2001, 502–508). Näin hoito- ja kuntoutussuunnitelma toimii hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeänä dokumenttina potilaan siirtyessä sairaalasta avohoitoon (Stakes 2002; 2006). Myös tavoiteasettelu ja tavoitteellinen työskentely olisi kuntoutujalle tuttua jo kurssille tultaessa. Se, että kirjoitetaan erillinen suunnitelma pelkästään Kelalle kuntoutuskurssinhakemuksen yhteydessä, ei johda järjestelmällisyyteen ja jatkuvuuteen hoidossa ja kuntoutuksessa (Kari ja Puukka 2001, 73)

Kuntoutujan ohjelmasta käytettiin lähes puolet fyysisen suorituskyvyn ja hyvinvoinnin parantamiseen. Tämä ei ehkä ole paras mahdollinen jako kohderyhmän tarpeita ajatellen. Hyvän kuntoutuskäytännön suosituksessakin on otettu esille kurssille hakeutuvien psykososiaaliset ongelmat ja se, että toipuminen on hidasta hyvästä lääketieteellisestä hoidosta huolimatta. Sydänkuntoutukselle määritellyt tavoitteet ovat paljon laajempia kuin pelkästään suorituskyvyn parantaminen, ja ne kattavat lähes kaikki elämänaalueet. (Ks. luku 3 ja Hyvä kuntoutuskäytäntö ... 2002, 1–2.) Kuntoutujien omat käsitykset siitä, mitä he ovat kurseilla oppineet, viittaavat siihen, että he olisivat tarvinneet enemmän aikaa henkisen hyvinvoinnin edistämiseen (ks. luku 9). Tästä syystä jo kurssilähetteessä ja alkututkimuksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota psykososiaalisiin ongelmiin ja myös kurssiohjelman painopistettä voisi siirtää psykososiaalisten ongelmien selvittämiseen.

Olivatko kurseilla määritetyt tavoitteet liian laajat? Pystytäänkö noin kolmen viikon aikana vaikuttamaan tuloksellisesti kurssilaisten kaikkiin tavoitteisiin? Tulokseen vaikuttavat myös kuntoutujien tarpeet ja heidän ongelmiansa laatu ja määrä. Sekä fyysiset että psyykkiset ongelmat ovat yksilöllisiä. Toisilla on niitä paljon, toisilla vähän. Yhteistä näille kurssilaisille oli varsinainen sydänsairaus, mutta myös muut sairaudet voivat vaikuttaa kuntoutumisen etenemiseen. Esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten sairaudet vähentävät omatoimisen liikunnan määrää ja mielekkyyttä.

Kurssien sisällöllisen painotuksen ja pituuden pohdinnassa herää kysymyksiä. Tulvatko eniten apua tarvitsevat kuntoutujat vain osittain autetuksi? Toisiko pidempi kurssi suurempaa hyötyä? Olisiko tarpeen alusta pitäen suunnitella kurseja, joilla kuntoutuksen painopistealue on etukäteen määriteltä, ja valita kuntoutujat sen mukaan? Vastauksia näihin kysymyksiin joudutaan hakemaan palveluketjun katkeamattomuudesta ja toimivuudesta. Saumaton, järjestelmällinen ja määrätietoinen yhteistyö on yksilön onnistuneen kuntoutuskokonaisuuden edellytys. Kuntoutujan pitkällä ja jatkuvalla kuntoutuspolulla yksi kuntoutustapahtuma ei pysty paikkaamaan aikaisempia tai myöhäisempiä tekemättömiä ja tarpeellisia ohjaustehtäviä. Hyvä tiedonkulku ja jatkotyöskentelyn tarpeiden selkeä viestittäminen seuraavalle hoidosta ja kuntoutuksesta vastaavalle taholle voi varmistaa alkuun saatetun kuntoutumisen jatkuvuuden.

Perustuvatko kurssiohjelmat *laitoksen vanhaan tottumukseen ja hyväksi todettuun käytäntöön*? Kuntoutuskurssitoiminnan tausta-ajatuksena on pitkään ollut *samanlaisille vaivoille samanlaiset toimenpiteet*, eli olettamuksena on ollut mahdollisuus rakentaa kaikille samaan sairausryhmään kuuluville yhteinen ja kaikille sopiva kurssi. Kuntoutus on yksilöitynyt sen yleistavoitteiden ja määritelmän myötä (ks. luku 1, myös Järvikoski ja Härkäpää 2001, 30–41). Keskiössä on kuntoutuja yksilöllisine tarpeineen, joihin pitäisi vastata ryhmämuotoisessa kurssissa. Miten paljon yksilökohtaisuutta voidaan toteuttaa tiukasti resursoidun kurssiohjelman puitteissa? Naisten ja miesten kuntoutustarpeiden eroja ilmeni näinkin pienessä tutkimusjoukossa. Naiset tarvitsivat useampia ohjauskertoja ja useamman asiantuntijan ohjausta. Pitäisikö naisten sydänkuntoutuksessa olla erilaisia ohjelmakokonaisuuksia tai painopistealueita?

Naisten mahdollisia erilaisia kuntoutustarpeita on huomioitu tuskin lainkaan, esimerkiksi voimakas uupuminen ja sydäninfarktin kokeminen tuntuvat olevan naisilla erilaisia kuin miehillä (Crane 2005, Kristofferzon ym. 2005). On mahdollista, että jotkin naisten tarpeet jäävät kuntoutuksessa vähemmälle huomiolle siksi, että heitä on yleensä vain yksi tai pari muuten miesvaltaisilla kursseilla.

Sydänkuntoutuksen keskeinen sisältö ja ohjaavat periaatteet on kirjattu suosituksiin (Hämäläinen 2001, 295–307; Sydäntautiliitto 1999). Sydänkuntoutus kuuluu eniten tutkittuihin sairauseräisiin kuntoutuskäytäntöihin, ja kansainvälisesti on koottu vakuuttavaa tietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta (ks. luku 2). Kuitenkaan ei tiedetä vielä, missä raja kulkee *riittävän* tai *liian vähän* välillä. Asiantuntijat antavat harvoin palautetta siitä, milloin saavutettu suoritus- tai muu tavoitetaso on kuntoutujan tarpeisiin nähden riittävä ja milloin toiminnan tehokkuus on riittävä määrätyn tason ylläpitämiseksi. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa täytyy ottaa lähtökohdaksi kuntoutujan näkemys omasta elämästään ja elämänlaadusta ja hänen omat tarpeensa ja tavoiteasettelunsa.

Tämän selvityksen tuloksia ei voida vertailla muiden, erityisesti ulkomaisten sydänkuntoutuskurssien tuloksiin, koska vastaavia ei ole. Asioita ei ole aikaisemmin tarkasteltu tästä näkökulmasta. Kelan kurssit on tarkoitettu sydänsairaudesta kuntoutuville potilaille, joilla on ongelmia toipumisessa. Niitä ei ole tarkoitettu kaikille tietyssä vaiheessa oleville potilaille esim. sydäninfarktin tai ohitusleikkauksen jälkeen. Niiden potilaiden kuntoutus tulee järjestää terveydenhuollon toimesta. Kurssien jaksotus ja kesto on määritelty Kelan standardeissa kolmeksi vuodeksi kerrallaan, kuten myös kurssien keskeiset tavoitteet ja sisältö. Se, miten tämä käytännössä toteutetaan, riippuu laitoksesta.

Kurssiajan optimaalinen käyttö tulisi selvittää, sillä tulosten mukaan kurssien ajankäytön jakautuminen eri ydintoimintojen kesken ei ollut kohdallaan. Työpanosten ja osallistumisen aikaa tulisi ohjata toiminta-alueille, joissa nyt oli puutteita, kuten työelämän kysymysten ja henkisen hyvinvoinnin käsittelyyn. Tämän jälkeen voidaan keskittyä kuntoutusmenetelmien kehittämiseen tietyillä osa-alueilla. Selvityksessä käytettyä menetelmää voidaan soveltaa myös muiden vastaavalla tavalla ohjeistettujen kuntoutuskurssien arviointi- ja kehittämistyöhön.

## KIRJALLISUUS

Crane P. Fatigue and physical activity in older women after myocardical infarction. *Heart Lung* 2005; 34: 30–38.

Hyvä kuntoutuskäytäntö 18.6 2002. Kelan järjestämät sydäntautia sairastavien kuntoutus- ja sopeutusvalmennuskurssit. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kansaneläkelaitos, 2002.

Hämäläinen H. Sydän- ja verisuonitaudit. Julkaisussa: Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001.



Järvikoski A, Härköpää K. Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve – kuntoutuksen, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Julkaisussa: Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 2001.

Kansaneläkelaitoksen laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Versio 9 / 31.3.2003. Kansaneläkelaitos. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kuntoutuslinja.

Kari A, Puukka P. Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma – velvollisuus vai mahdollisuus? Turku: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 44, 2001.

Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Versio 11. OTE/6.4.2005. Kansaneläkelaitos. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Kuntoutuslinja.

Kristofferzon M-L, Löfmark R, Carlsson M. Perceived coping, social support and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. Heart Lung 2005; 34: 39–50.

Rissanen P. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Julkaisussa: Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001.

Stakes. Kansallinen koodistopalvelu. [Julkaistu 26.4.2006, päivitetty 29.6.2006.] Saatavissa: <<http://sty.stakes.fi/FI/koodistopalvelu/koodisto.htm>>.

Stakes. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. 2002. Saatavissa: <<http://www2.stakes.fi/oske/terminologia/sanastot/kasite.htm>>.

Sydäntautiliitto ry, Suomen Kardiologinen Seura ry, Kunnallislääkärit ry. Huttunen M, Hämäläinen H, Kivelä H, ym., toim. Suositus sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutuksesta. Suomen sydäntautiliiton julkaisuja 1:1999.

### **Muut lähteet**

Tutkimusprojektiin osallistuneiden neljän kuntoutuslaitoksen sydänkuntoutuksen laatukäsikirjojen toiminta- ja menettelyohjeet. Laitoskohtaiset viimeisimmät päivitykset: 18.8.2003, 10.4.2003, 4.7.2003 ja 1.10.2001.

## 9 KUNTOUTUJIEN ASETTAMAT TAVOITTEET KUNTOUTUMISELLEEN JA NIIDEN TOTEUTUMINEN

### 9.1 Taustatietoja

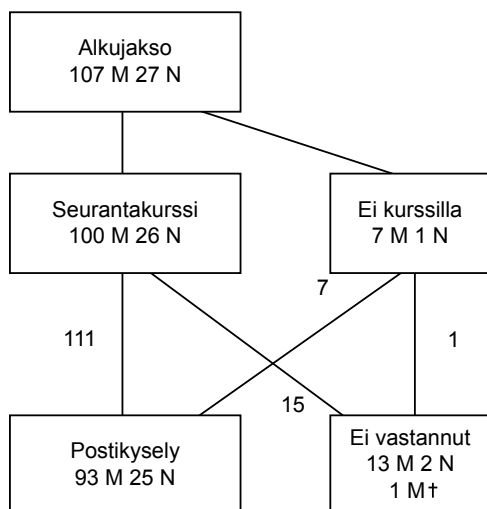
#### 9.1.1 Ikä ja sukupuoli

Kuntoutuskursseille osallistuneista 147 kurssilaisesta 134 (27 naista ja 107 miestä) suostui osallistumaan myös tähän tutkimukseen. Kurssilaisten ikä- ja sukupuolija-kaumat näkyvät taulukossa 1. Seurantajaksole jatkoi oman ryhmänsä mukana 126 kuntoutujaa: 100 miestä ja 26 naista. Kahdeksan kurssilaista vaihtoi ryhmää, mutta seitsemän heistä vastasi silti postikyselyymme vuoden kuluttua. Kaikkiaan siihen vastasi 118 kurssilaista, joista miehiä oli 93 ja naisia 25. Yksi mies ehti kuolla ennen kyselyä (kuvio 1).

**Taulukko 1.** Miesten ja naisten ikäjakaumat (%).

Ikäluokka	Miehet	Naiset
-45 v	9	15
46-50 v	22	22
51-55 v	30	26
56-60 v	32	26
61-65 v	7	11

**Kuvio 1.** Kuntoutuskursseille osallistuneet ja seurantakyselyyn vastanneet.



### 9.1.2 Koulutus, työ ja työkyky

Kuntoutujien enemmistöllä oli peruskoulutuksenaan kansa- tai kansalaiskoulu (56 %, laitosten välinen vaihtelu 48–70 %). Osan keskikoulua tai lukiota tai keskikoulun koko suorittaneita oli 32 % (22–38 %), ylioppilaita 12 % (8–17 %). Ilman ammattikoulutusta oli jäänyt 16 % (4–28 %). Työpaikalla tapahtunut tai oppisopimuskoulutus oli takana 40 %:lla (27–55 %), ammatillisen koulun, opiston tai erikoisammattitutkinnon oli suorittanut 35 % (27–43 %) ja korkeakoulu- tai yliopistotutkinto oli 8 %:lla (7–10 %).

Ammatti pyydettiin ilmoittamaan taulukossa 2 näkyvissä pääluokissa. Miehet olivat useimmin rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijöitä, naiset palvelu-, myynti- ja hoitotyöntekijöitä.

Osallistujien työtilanne ennen sydänkurssia näkyy taulukosta 3. Kokopäivätyössä oli 60 %, osapäivätyössä 6 %, osa-aikaeläkkeellä 7 % ja osatyökyvyttömyyseläkkeellä 1 %, joten työelämässä oli yhteensä 74 % kuntoutujista. Työttömiä työnhakijoita oli koko aineistossa 17 %, mutta työttömyyden alueellinen vaihtelu oli suurta (7–39 %). Sairauslomalla ensimmäisen kurssijakson aikana oli 26 % kuntoutujista.

Työssä olleista ja työnsä raskauden arvioineista 118 henkilöstä istumatyötä teki 26 %. Runsaasti kävelyä tai vastaavaa rasitusta sisältyi työhön 20 %:lla, taakkojen nostelua 35 %:lla. Erityisen raskaaksi työnsä ilmoitti 19 %.

Kuntoutajat arvioivat työkykyään kolmella tavalla: 1) työn ruumiillisten ja 2) henkisten vaatimusten kannalta 5-luokkaisella asteikolla sekä 3) työkykyjanalla, jossa 0 tarkoittaa täysin työkyvyttömyyttä ja 10 parhaimmassa työkunnossa olevaa. Työelämän käytettävissä olevien, siis myös työttömien arviot jakautuivat työn ruumiillisten vaatimusten kannalta tasaisesti hyväksi, keskinkertaisiksi ja huonoiksi. Ääripäitä (erittäin hyvä ja erittäin huono) esiintyi niin vähän (4–6 %), että ne yhdistettiin lähimpiin luokkiin (hyvä ja huono) (taulukko 4). Subjektiiivinen työkyky oli hieman parempi työn henkisten kuin ruumiillisten vaatimusten kannalta.

Kymmenluokkaisessa arvioissa kukaan ei käyttänyt numeroa 10 eli ollut parhaimmassa työkunnossaan. Hyväksi luokiteltiin vastaukset 9–7, keskinkertaiseksi 6–4 ja huonoksi 3–0. Koko jakauma näkyy prosenttijakaumana miehillä ja naisilla erikseen kuviossa 2. Naiset arvioivat työkykynsä hieman miehiä paremmiksi  $6,4 \pm 2,0$  vrt.  $5,7 \pm 2,4$  (NS). Laitosten välillä keskiarvoissa oli merkitsevä vaihtelu  $4,9 \pm 2,3 - 6,7 \pm 1,7$  ( $p = 0,0006$ ).

**Taulukko 2.** Ammattiluokitus (%).

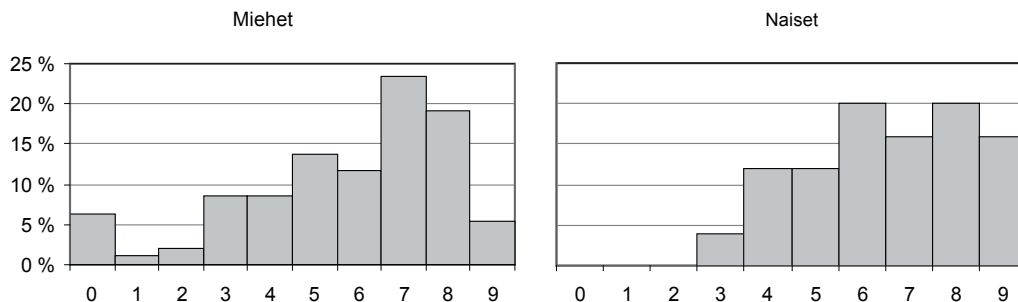
	<b>Miehet</b>	<b>Naiset</b>
	(n = 107)	(n = 26)
Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät	24	–
Asiantuntijat	17	4
Prosessi- ja kuljetustyöntekijät	13	–
Palvelu-, myynti- ja hoitotyöntekijät	9	38
Erityisasiantuntijat	7	12
Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	6	15
Johtajat ja ylimmät virkamiehet	5	4
Maanviljelijät, metsätyöntekijät ym.	5	4
Muut	14	23

**Taulukko 3.** Työtilanne.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Kokopäivätyössä	79	60
Osapäivätyössä	8	6
Työtön työnhakija	23	17
Osa-aikaeläkkeellä	9	7
Osatyökyvyttömyyseläkkeellä	2	1
Kuntoutustuella tai työkyvyttömyyseläkkeellä tai eläkehakemus tehty	11	8
Ikäeläkkeellä	2	1
Yhteensä	134	100

**Taulukko 4.** Ennen kurssia työelämässä olleiden ja kyselyyn vastanneiden (n = 119) kokema työkyky (%).

<b>Työkyky</b>	<b>Ruumiillinen työ</b>	<b>Henkinen työ</b>	<b>Asteikolla 0–10</b>
Hyvä	31	39	49
Keskinkertainen	34	38	36
Huono	34	23	15

**Kuvio 2.** Miesten ja naisten subjektiivinen työkyky asteikolla 0–10.

Tiimin arvion mukaan kaikista kurssilaisista (N = 134) työkykyisiä ja ilman rajoitteita oli 51 % (vaihteluväli laitoksissa 28–67 %). Työkyky oli rajoittunut 23 %:lla (0–51 %), ja työhön kykenemättömiä oli 5 % (2–14 %). Viidesosaa ei arvioitu. Syynä tähän oli joko eläke tai työttömyys. Jos tiimi oli arvioinut henkilön työkykyiseksi, kuntoutujan oma arvio vaihteli nolasta yhdeksään. Subjektiivinen huono työkyky oli 10 %:lla työkykyisiksi arvioituista (taulukko 5).

**Taulukko 5.** Kuntoutujan oma arvio työkyvystään ilmaistuna numeroilla 0–10 verrattuna tiimin arvioon ensimmäisellä kurssijaksolla (n = 106).

Tiimin arvio	Kuntoutuja		
	hyvä	keskinkertainen	huono
työkykyinen	41 (38 %)	20 (19 %)	7 (7 %)
työkyky rajoittunut	11 (10 %)	14 (13 %)	6 (6 %)
työkyvytön	0	2 (2 %)	5 (5 %)

Kaksi kolmasosaa kurssilaisista oli tyytyväisiä nykyiseen työhönsä. Täysin tyytymättömiä oli vain 8 %. Niistä henkilöstä, jotka olivat joko työttöminä tai sairauslomalla, 33 % uskoi pystyvänsä palaamaan työhön vaikeuksista ja 19 % vain, jos työssä tehtäisiin muutoksia. 48 % ei uskonut voivansa palata työelämään enää lainkaan. Noin puolet heistä ilmoitti päätöksensä perustuvan nimenomaan sairauteen.

### 9.1.3 Sairaushistoria ja nykyinen terveydentila

Kahdella kolmesta kurssilaisesta oli ollut sydäninfarkti, ja joko ohitusleikkauksessa tai pallolaajennuksessa oli ollut 85 % (taulukko 6). Vain 7 kuntoutujaa ei ollut kokenut mitään näistä, vaan heillä oli angina pectoris -rintakipu, ja vain yhdellä henkilöllä oli muu sydänvika eli keinoläppä.

**Taulukko 6.** Sydänsairauden ilmenemismuodot ja sydäntoimenpiteet.

	%	Laitoskohtainen vaihtelu (%)
Sydäninfarkti	59	50–78
Sydäninfarkti ilman toimenpiteitä	10	
Sydäninfarkti ja toimenpiteitä	49	
Ohitusleikkaus	44	34–56
Ohitusleikkaus ilman infarktia tai pallolaajennusta	17	
Pallolaajennus	44	26–55
Pallolaajennus ilman infarktia tai ohitusleikkausta	10	
Angina pectoris ilman infarktia tai toimenpiteitä	5	
Jokin muu sydänvika kuin sepelvaltimotauti	1	

Puolet kuntoutujista (43–60 %) ilmoitti sairastavansa myös jotakin muuta sairautta, joka rajoitti heidän työ- ja toimintakykyään. Jollakulla saattoi olla useita eri sairauksia. Yleisimmät diagnoosit olivat tuki- ja liikuntaelinsairaus 32 henkilöllä, diabetes 12:lla, reuma 3:lla, astma 3:lla ja selkärangasta johtuvia hermojuurioireita 3:lla.

Kuormitusta rajoittavaksi oireeksi koettiin useimmin hengenahdistus (29 %), voimattomuus (21 %) ja rintakipu (17 %). Lisäksi ilmeni monenlaisia muita oireita. Lähes puolet kuntoutujista (45 %, vaihteluväli 26–51 %) ei kokenut sydänoireita (rintakipuja tai hengenahdistusta) lainkaan tai sai niitä vain erittäin suurissa rasituksissa. Oman ruumiillisen kuntonsa koki hyväksi tai melko hyväksi 21 % kuntoutujista (14–26 %), kun taas huonoksi tai melko huonoksi 37 % (24–48 %). Vajaa puolet (42 %) siis koki kuntonsa keskitasoiseksi.

Yksikään kuntoutuja ei pitänyt terveyttään erinomaisena. Varsin hyväksi sen koki 16 % (4–26 %), hyväksi 19 % (14–30 %), tyydyttäväksi 55 % (52–62 %) ja huonoksi 10 % (3–18 %). Kun muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja yhdistämällä varsin hyvä ja hyvä hyväksi ja vastaavasti tyydyttävä ja huono huonoksi terveydeksi, kurseille tullessaan hyväksi terveytensä koki 34 % miehistä ja 41 % naisista ja huonoksi vastaavasti 66 % miehistä ja 59 % naisista.

#### 9.1.4 Riskitekijät ja nautintoaineet

Sepelvaltimotaudin tärkeimpien riskitekijöiden esiintymistä ja kasaantumista kuvaa taulukko 7. On otettava huomioon, että painoa lukuun ottamatta kaikki riskitekijät ovat kuntoutujien itse ilmoittamia. Yli puolella rasva-arvot olivat kohonneet, ja lähes puolella oli verenpainetauti. Sokeritautia ilmoitti diagnostisoidun tai hoidetun alle viidennes kurssilaisista

**Taulukko 7.** Riskitekijät ja niiden kasauma.

	%	Laitoskohtainen vaihtelu (%)
Kohonneet rasva-arvot	57	50–69
Verenpainetauti	44	35–53
Sokeritauti	17	4–23
Merkittävä lihavuus (BMI > 30 kg/m <sup>2</sup> )	35	30–40
Tupakointi	17	14–21
Riskitekijöitä yhteensä		
0	20	17–22
1	28	18–30
2	25	21–28
3	15	13–17
4	11	10–15
5	1	0–3

Merkittävän lihavuuden rajana pidetään painoindeksiä 30 kg/m<sup>2</sup>. Tämän raja-arvon ylitti joka kolmas kuntoutuja (32 % miehistä ja 44 % naisista). Vaikeasti lihavia (painoindeksi > 35 kg/m<sup>2</sup>) oli 13 (10 %). Normaalipainon rajoissa oli joukosta vain 27 henkilöä (20 %). Miesten painoindeksi oli keskimäärin 28,7 ± 4,0 kg/m<sup>2</sup> (vaihteluväli eri laitoksissa 28,3–29,2) ja naisten 29,5 ± 5,3 kg/m<sup>2</sup> (27,9–32,8). Miehillä ja naisilla oli suunnilleen samanlaiset tupakointitavat: tupakoivia oli 17 %, noin puolet ilmoitti lopettaneensa ja noin kolmasosa oli ollut koko ikänsä tupakoimatta. Yli puolella kuntoutujista oli enemmän kuin yksi mainituista riskitekijä, viidesosalla ei yhtään. Ruokavalioon ja liikuntaan liittyvät riskiä kuvaavat tiedot käsitellään myöhemmin, koska ne ovat seikkoja, joihin kurssiohjelmassa erityisesti pyrittiin vaikuttamaan.

### 9.1.5 Lääkkeiden käyttö

Kaikilla niillä henkilöillä (n = 128), jotka olivat vastanneet lääkkeidenkäyttökysymykseen, oli vähintään 2 säännöllisesti käytettävää reseptilääkettä. Yli 90 % vastanneista käytti beetasalpaajaa ja veren rasvoja parantavaa lääkitystä ja lähes yhtä moni asetosalisyylihappovalmistetta (taulukko 8). Lähes puolet käytti ACE-estäjää tai AT2-salpaajaa joko ilman diureettisiä tai sen kanssa. Digitalista tai varsinaista rytmihäiriölääkettä ei käyttänyt kukaan.

**Taulukko 8.** Sydän- ja verisuonitaudeissa sekä diabeteksen hoidossa käytetyt lääkeyhymät.

Lääke	N	%
Diureetti	12	9
Beetasalpaaja	120	94
Kalsiumsalpaaja	18	14
ACE-estäjä tai AT2-salpaaja	62	48
Pitkävaikutteinen nitraatti	22	17
Asetosalisyylihappo	113	88
Muu verenhiyymiseen vaikuttava lääke	26	20
Diabeteslääke	17	13
Rasva-arvoja alentava lääke	117	91

### 9.1.6 Alkoholi

Alkoholin nauttimista selvitettiin 4 kysymyksellä. Oluen, viinin ja viinan käyttö pyydettiin ilmoittamaan karkean luokituksen mukaan. Vaihteluväli oli liian suuri, jotta tarkat annosmäärät olisi voinut laskea: esimerkiksi viikoittaisen viininkulutuksen luokat olivat ei lainkaan, 1 lasillinen, 2–4 lasillista, 1–2 pullollista, 3–5 pullollista tai yli 5 pullollista. Sydänpotilailla alkoholin enimmäissuosituksukset ovat naisilla korkeintaan 1–2 annosta ja miehillä 2–3 annosta päivässä. Tästä syystä raja-arvoksi otettiin naisilla yli yksi ja miehillä yli kaksi päiväannosta kuvaamaan muuta kuin satunnaista alkoholinkäyttöä. Tämän lisäksi otettiin huomioon kysymys, joka käsitteli alkoholin käyttöön liittyviä haittoja. Jos haittoja ilmoitettiin olleen vähintään kerran kuukaudessa, koodattiin alkoholin käyttö positiiviseksi, vaikka ilmoitettu määrä olisi ollut alhaisempi. Vastauksissa oli epäsuhtaa: jotkut ilmoittivat kyllä juomiaan määriä, mutta vastasivat sitten haittakysymykseen, etteivät käytä alkoholia; jotkut toiset taas myönsivät haitat, vaikka viikkoannokseksi oli merkitty nolla. Enemmän kuin keskimäärin yhden päivittäisen annoksen nautti 4 naista (15 %) ja enemmän kuin kaksi annosta 14 miestä (13 %). Kahdella naisella ja miehellä oli alkoholista haittoja noin kerran kuukaudessa ja tämän lisäksi kahdella miehellä useamminkin.

### 9.1.7 Kuntoutettavuus

Tiimi arvioi kuntoutujien kuntoutettavuutta jakson alussa. Sydäntilanteen perusteella kuntoutumisedellytykset olivat yleensä hyvät tai vähintään kohtalaiset; huonot ne olivat vain 8 %:lla kuntoutujista (2–17 %). Muut sairaudet huononsivat edellytyksiä jonkin verran enemmän (12 %, vaihtelu 3–27 %). Psykkiset edellytykset olivat huonot 17 %:lla (0–41 %) ja sosiaaliset edellytykset 6 %:lla (0–22 %). Kurssin ajankohta oli tiimin mielestä myöhäinen keskimäärin 38 %:lla (21–75 %). Useimpien kuntoutujien



motivaatio oli hyvä, vain 8 %:n huono (2–17 %). Kuntoutumistavoitteet arvioitiin epärealistisiksi 9 %:lla (2–24 %). Yhden kuntoutujan ei katsottu tarvitsevan kurssia ja erittäin tarpeellisena sitä pidettiin 61 %:lle (36–91 %) kuntoutujista.

## 9.2 Kuntoutumistavoitteet ja niiden saavuttaminen

### 9.2.1 Tavoitteiden asettaminen ja pysyvyys

Kuntoutumistavoitteiden kyselyissä käytettiin aina samaa, 11 osa-alueita sisältävää luetteloa. Ennen kurssia kuntoutujaa pyydettiin nimeämään korkeintaan kolme aluetta, joille hän halusi asettaa tavoitteitaan. Kaksi kolmesta asetti tavoitteeksi ruumiillisen kunnon kohentamisen, noin puolet elämisen sairauden aiheuttamien rajoitteiden kanssa ja puolet henkisen hyvinvoinnin. Painon vähentäminen oli tavoitteena joka neljännellä ja ruokavalion parantaminen joka kuudennella. Kolmasosalla oli tarvetta joko työkyvyn kohentamiseen tai muuhun työelämään liittyvään järjestelyyn.

Alkujaksolla erilaisissa ryhmätilaisuuksissa kuntoutusta ja kuntoutustavoitteita käsiteltiin yleisellä tasolla. Taulukosta 9 näkyy, millaiseksi kuntoutujat näkivät oman tilanteensa ja ongelmansa ja millä alueilla he aikoivat tehdä jotakin tilanteen parantamiseksi. Muutostarpeita ja aikoimuksia oli runsaasti. Tärkeimmäksi oli noussut painonlasku ja sen rinnalle ruumiillinen kunto, näiden jälkeen tulivat ruokavalio, eläminen sairauden aiheuttamien rajoitteiden kanssa, työkyky ja henkinen hyvinvointi.

**Taulukko 9.** Kuntoutujan kokemat kuntoutumistarpeet ensimmäisen kurssijakson lopulla sekä aikomukset ryhtyä johonkin toimenpiteeseen asiantilan muuttamiseksi (%)<sup>a</sup>.

	Tarve	Aikomus
Eläminen rajoitteiden kanssa	62	38
Ruumiillinen kunto	75	60
Henkinen hyvinvointi	57	38
Työkyky	60	39
Ihmissuhteet	36	16
Hyvä hoitosuhde	40	24
Painonhallinta	78	69
Ruokavalio	66	54
Tupakanpolton lopettaminen	17	13
Alkoholin käytön vähentäminen	11	7
Vapaa-ajan käyttö, harrastukset	51	34

<sup>a</sup> Prosentit laskettu koko osallistujamäärästä (n = 134), vaikka vastanneiden lukumäärä vaihteli tarpeittain ja yhdellä henkilöllä oli useita tavoitteita.

Varsinaisessa tavoiteasettelussa hyväksyttiin korkeintaan kolme tavoitetta, joiden tuli olla käytännönläheisiä ja toteuttamiskelpoisia. Ensimmäiselle sijalle eli tärkeimmäksi tuli painonlasku (25 %), sitten ruumiillinen kunto (17 %) ja henkinen hyvinvointi (16 %). Jos lasketaan yhteen kaikki tavoitealueet, mainituilla alueilla oli tavoitteita 54 %:lla, 50 %:lla ja 31 %:lla kuntoutujista. Kahdella kolmesta kuntoutujasta oli joko painonlasku- tai ruokavaliotavoite. Joka neljännellä oli tavoitteena oppia elämään taudin aiheuttamien rajoitteiden kanssa, ja saman verran oli niitä, joiden tavoitealueena oli työkyky ja työelämässä pysyminen.

Kun seurantajaksolla katsottiin tavoitteiden tärkeyttä ja saavuttamista, oli tapahtunut melko paljon muutoksia. Tärkeysjärjestys oli muuttunut, joitakin alueita oli poistunut ja uusia oli tullut tilalle. Niistä henkilöistä (n = 120), joilta tieto tavoitteista oli käytettävissä sekä alussa että seurantajaksolta, 74 %:lla tärkein tavoite oli säilyttänyt asemansa, 14 %:lla se ei enää ollut tärkein ja 12 %:lla se oli jäänyt kokonaan pois. Kahdeltatoista henkilöltä puuttui jokin aikaisemmin mainittu tavoite, 25:llä yksi tavoite oli muuttunut toiseksi, 9:llä kaksi ja yhdellä kaikki kolme.

Painotavoitteen oli asettanut ensimmäiseksi 34, toiseksi 29 ja kolmanneksi 10 henkilöä: yhteensä 73 henkilöä. Seurantajaksolla se löytyi enää 72 henkilöltä, tosin seurantajaksoilla ei ollut 5:tä sellaista henkilöä, jotka olivat aiemmin asettaneet painotavoitteen. Vain 13 henkilöä oli maininnut vapaa-aikaan liittyvät tavoitteet seurantajaksolla, vaikka ensimmäisellä kurssijaksolla niitä oli 23 henkilöllä. Vähennemistä tapahtui myös tavoitteiden määrässä alueilla ruumiillinen kunto / selviytyminen ruumiillisista rasituksista ja työkyky/työhönpaluu.

### 9.2.2 Työelämä

Työelämätavoitteen oli asettanut 32 henkilöä, joista seitsemällä se oli tärkeysjärjestyksessä ensimmäisellä, kuudellatoista toisella ja yhdeksällä kolmannella sijalla. Heistä 6 oli työttömiä ja 3 osaeläkkeellä, muut olivat työelämässä. Tavoitteen sisältönä oli sekä työhönpaluu että työkyvyn paraneminen. Seurantajaksolla näistä työelämätavoitteen asettaneista henkilöistä 12 ei enää kirjannut sitä lainkaan, vaan tilalla oli muita tavoitteita. Niistä 19 henkilöstä, jotka olivat asettaneet työelämätavoitteen ja edelleen kirjanneet onnistumisensa tai epäonnistumisensa, 5 henkilöä ei ollut päässyt tavoitteeseensa: yksi heistä oli seurannassa edelleen työtön, muut 4 jatkoivat työssä. Kuudesta työttömästä kaksi oli suhteellisen tyytyväisiä asiantilaansa ja kolmella työelämätavoite oli muuttunut toiseksi.

Alkuvaiheessa työelämätavoitteen asettaneista 32 henkilöstä 28 vastasi vuoden seurantaan. Tällöin 19 työelämässä olleesta ja kyselyyn vastanneesta 14 oli edelleen työssä, 1 oli työttömänä ja 4 joko työkyvyttömyyseläkkeellä tai muulla eläkkeellä. Työttömistä yksi oli työllistynyt ja yksi päässyt eläkkeelle, loput 4 olivat edelleen työttömiä. Osaeläkkeellä olleiden tilanne ei muuttunut. Yksi osapäivätyötä tehnyt oli päässyt osaeläkkeelle.

Subjekttiivinen työkyky ei ollut parantunut merkitsevästi niillä henkilöillä, jotka olivat asettaneet työelämätaavoitteen. Tähän kysymykseen vastanneista 24 henkilöstä 10:llä pistemäärä oli parantunut, 7:llä pysynyt samana ja 7:llä huonontunut. Työkyky ja elämänlaatumittarilla arvioitu fyysinen selviäminen (yhdistetty muuttuja: fyysinen toimintakyky ja fyysiset rajoitukset) olivat vahvassa yhteydessä toisiinsa sekä alkuvaiheessa että vuoden kuluttua.

### 9.2.3 Paino ja ruokavalio

Tavoitteista ainoastaan paino on sellainen, jota voi mitata konkreettisesti punnitus- tulosten ja vyötärön ympärysmittan avulla. Muissa tavoitteissa pitää luottaa kuntoutujan tai tiimin arvioihin. Paino-ongelmat kuvastuvat hyvin niissä tavoitteissa, joita kurssilaiset olivat itselleen asettaneet. Painon alentaminen oli tärkeimpänä tavoitteena neljäsosalla kurssilaisista. Jos lasketaan yhteen kaikki kolme tavoitealuetta, 59 % kurssilaisista oli asettanut tavoitteekseen laihtua.

Taulukossa 10 esitetään eri ajankohtina mitatut paino- ja vyötärön ympäryslukemat. Vuosikyselyn yhteydessä oli kuntoutujia pyydetty käymään terveydenhoitajalla tai pyytämään, että lääkäriissäkäynnin yhteydessä mitattaisiin sekä paino että vyötärön ympäryys. Kaikkiaan 73 miestä ja 16 naista lähetti painotietonsa. Kolme naista oli mitannut painonsa kotivaivalla, mutta heiltä puuttui vyötärön ympärysmitta.

Miesten paino oli seurantajaksoon mennessä laskenut vain vähän ja noussut vuoteen mennessä, mutta naisten painonlasku oli vuoden kohdalla jopa hieman suurempi kuin kurssi aikana (taulukko 11). Ajan ja sukupuolten välinen yhdysvaikutus oli merkitsevä ( $p = 0,019$ ). Myös ajan ja laitoksen välinen yhdysvaikutus oli merkitsevä ( $p = 0,015$ ) (ks. tarkemmin kohdasta 7). Näillä kolmella tekijällä yhdessä ei ollut yhdysvaikutuksia.

**Taulukko 10.** Paino (kg) ja vyötärön ympäryys (cm) eri aikoina (keskiarvo  $\pm$  keskihajonta).

	Lähtötilanne	Seurantajakso	Vuosikysely
<b>Miehet</b>			
N	107	98	73
Paino	88,3 $\pm$ 12,7	87,1 $\pm$ 12,8	88,9 $\pm$ 13,6
Vyötärö	103,7 $\pm$ 10,5	101,9 $\pm$ 10,3	102,1 $\pm$ 11,4
<b>Naiset</b>			
N	27	26	16
Paino	77,7 $\pm$ 17,4	77,0 $\pm$ 17,6	75,9 $\pm$ 17,6
Vyötärö	98,2 $\pm$ 15,4	96,7 $\pm$ 15,1	97,1 $\pm$ 15,0

**Taulukko 11.** Painon muutokset seurantajaksoon ja vuosikyselyyn mennessä erikseen miehillä ja naisilla (keskiarvo ja 95 %:n luottamusväli).

	Seurantajakso	Vuosikysely
<b>Miehet</b>	-0,4 (-1,0; 0,3)	+0,3 (-0,5; +1,1)
<b>Naiset</b>	-1,4 (-2,7; -0,1)	-2,2 (-3,8; -0,6)

Merkittävästi lihavista henkilöistä eli heistä, joiden paino ylitti 20 %:lla normaali-painon ylärajan (n = 47), 44 % oli asettanut päätavoitteekseen painon alentamisen. Neljäsosalla päätavoitteena oli jokin muu ja painon alentaminen oli asetettu joko toiseksi tai kolmanneksi tavoitteeksi. Neljäsosa näistä merkittävästi lihavista ei siis ollut asettanut itselleen lainkaan painotavoitetta. Sen sijaan joku normaalipainoinen tai hieman normaalipainon ylittävä oli tehnyt niin. Joukossa saattaa kyllä olla sellaisia, jotka ovat jo laihduttaneet ja haluavat pysyä nykyisessä painossa, eivät laihtua lisää.

Kun painonlasku oli tärkein tavoite, lähtöpaino oli jo korkeampi ( $93,6 \pm 14,2$  kg vs.  $83,7 \pm 13,6$  kg,  $p = 0,0004$ ) ja paino aleni seurantajaksoon mennessä enemmän kuin muilla. Miehetkin laihtuivat kurssin aikana, mutta vain naiset olivat ottaneet painonlaskun pitkäaikaiseksi pyrkimyksekseen (taulukko 12). Heillä vuoden seurannassa painon muutos oli jopa parempi kuin kurssiaikana. Vaihtelu oli niin suurta, että koko joukossa painotavoitteesta huolimatta jonkun paino oli noussut 15 kg ja suurin painonlasku oli 12 kg.

Vyötärön ympäryys luokiteltiin käyttäen kriteerinä kansainvälisiä suositusrajoja (taulukko 13). Uusien metabolisen oireyhtymän kriteerien mukaan riskiraja on miehillä 94 cm ja naisilla 80 cm (Alberti ym. 2005). Kummallekin sukupuolelle voidaan asettaa myös ns. suuren riskin rajat, jotka ovat vastaavasti 102 cm ja 88 cm. Kurssien alussa metabolisen oireyhtymän rajan ylitti 82 % miehistä ja 92 % naisista sekä suuren riskin rajan vastaavasti 55 % ja 65 %.

**Taulukko 12.** Miesten ja naisten painon muutokset painotavoitteen mukaan.

Painotavoite	Painon muutos		
	Seurantajakso	Vuosikyselyyn	
	$\bar{x}$ (95 % LV)	$\bar{x}$ (95 % LV)	
Miehet	on	-1,2 (-2,6; 0,3)	1,1 (-0,4; 2,6)
	ei	0,1 (-0,7; 0,8)	0,1 (-0,7; 1,0)
Naiset	on	-1,6 (-3,6; 0,5)	-4,2 (-6,1; -1,8)
	ei	-1,4 (-3,1; 0,3)	-0,5 (-2,6; 1,6)

**Taulukko 13.** Vyötärönympäryys alkuvaiheessa jaoteltuna metabolisen oireyhtymän raja-arvojen sekä suuren riskin rajojen mukaan.

	Optimaalinen	Kohonnut	Suuri riski
<b>Miehet</b>	< 94 cm	≥ 94 cm	≥ 102 cm
N	19	85	57
%	18	82	55
<b>Naiset</b>	< 80 cm	≥ 80 cm	≥ 88 cm
N	2	24	17
%	8	92	65

Sydänpotilaan ravitsemussuositukset tunnettiin jo kursseille tullessa hyvin; vain alle 10 % ilmoitti tuntevansa ne huonosti. Myös ruokavaliotaan kurssilaiset pitivät hyvänä, koska vain neljäsosa kurssilaisista ilmoitti, että heidän ruokavalionsa vastaa huonosti tai ei lainkaan sydänpotilaiden ruokavaliosuosituksia. Miesten ja naisten välillä ei tässä ollut eroja.

Ravintorasvan laatu on erityisen tärkeä sepelvaltimotautia sairastaville ja rasvan määrä taas ylipainon kannalta. Siksi näihin asioihin kiinnitettiin kurssiohjelmassa erityistä huomiota. Kuntoutujille esitetyistä rasvan laatuun liittyvistä ruokavaliokysymyksistä muodostettiin ns. haittasumma (ks. metodiosa luku 4), jonka muutosta seuranta-jaksolla ja vuosikyselyssä seurattiin. Muutos parempaan oli selvin seurantajaksolle tullessa, mutta vuodenkin kyselyssä oltiin vielä paremmalla puolella alkutilanteeseen nähden. Naisilla muutos oli aluksi erittäin selvä, mutta he palasivat lähelle lähtötasoa (6,7→5,5→6,3). Miehillä pieni muutos säilyi (6,3→6,0→6,0).

#### 9.2.4 Ruumiillinen kunto ja liikunta

Liikunta liittyy hyvin läheisesti tavoitteeseen ruumiillinen kunto. Liikuntakysymykset käsittelivät erikseen kevyttä, keskiraskasta ja rasittavaa liikuntaa. Kevyttä liikuntaa voi verrata sunnuntaikävelyyn. Keskiraskaassa liikunnassa (lenkkeilyä, pyöräilyä, kuntosaliharjoittelua, kuntojumppaa, tanssia, reippaita pihatöitä, siivousta) hengästytään tai hikoillaan lievästi ja rasittavassa liikunnassa voimakkaasti. Kevyttä liikuntaa harrastivat lähes kaikki (taulukko 14). Noin puolet sekä miehistä että naisista harrasti keskiraskasta liikuntaa vähintään kolmesti viikossa, minkä määrän on katsottu pitävän yllä fyysistä suorituskykyä ja huonokuntoisilla mahdollisesti hieman parantavan sitä. Lähes puolet kuntoutujista ei harrastanut lainkaan runsaasti hengästymistä ja hikoilua aiheuttavaa liikuntaa alkuvaiheessa. Harrastaminen lisääntyi hieman seurannan aikana.

**Taulukko 14.** Liikunnan kuormittavuus ja harrastaminen (%).

	Alku	Jakson loppu	Vuosiseuranta
<b>Kevyttä</b>			
Ei lainkaan	3	2	4
1–2 krt viikossa	21	25	19
3 krt tai useammin	76	73	77
<b>Keskiraskasta</b>			
Ei lainkaan	7	3	8
1–2 krt viikossa	40	38	37
3 krt tai useammin	53	59	55
<b>Raskasta</b>			
Ei lainkaan	44	28	36
1–2 krt viikossa	41	46	39
3 krt tai useammin	15	26	25

Kun useammasta liikuntakysymyksestä oli muodostettu liikuntaindeksi ja ryhmä oli jaoteltu sen mukaan kuntoliikkujiksi ja vähemmän liikuntaa harrastaviksi, seurantajaksoon mennessä 22 henkilöä oli muuttunut vähän liikkuvasta kuntoliikunnan harrastajaksi, kun taas vastaavasti 12 henkilöä oli vähentänyt liikuntaansa tuon rajan alapuolelle. Vuoden kuluttua tuo vähäinen positiivinen muutos ryhmätasolla oli hävinnyt. Liikuntaindeksi ei muuttunut silloinkaan, kun fyysisen kunnon kohottaminen oli tärkeimpänä tavoitteena. Kun sen sijaan katsottiin elämänlaatumittarin osioiden *fyysinen toimintakyky ja fyysiset rajoitukset* keskiarvoa, ne muuttuivat merkitsevästi paremmiksi ajan myötä (+9,8 ja +14,9), mikä muutos oli suurempi niillä kuntoutujilla, jotka olivat asettaneet fyysisen kunnon kohottamisen tavoitteekseen, kuin koko joukossa (+7,9 ja +7,2). Tämä tavoite ei kuitenkaan heijastunut subjektiivisessa työkyvyssä, jonka keskiarvo pysyi edelleen matalana (4,9 vrt. 5,6).

### 9.2.5 Henkinen hyvinvointi ja sairauten sopeutuminen

Henkisen hyvinvoinnin oli ottanut tavoitteekseen 40 henkilöä, joista puolella se oli ensimmäinen, neljäsosalla toinen ja neljäsosalla kolmas tavoite. Henkisen hyvinvoinnin tärkeyttä osoittaa se, että alkuvaiheessa tämän tavoitealueen asettaneilla se oli sitä myös seurantajaksolla. Toisaalta vain 15 % oli täysin onnistunut saavuttamaan sen, mihin hän oli pyrkinyt tämän tavoitealueensa sisällä ja 21 % ei ollut päässyt tavoitteessaan eteenpäin tai tilanne oli jopa huonontunut. Vuoden kuluttua niistä henkilöistä, joilla henkinen hyvinvointi oli jonakin tavoitealueena, 65 % oli yleisesti tyytyväisiä ja 19 % tyytymättömiä tavoitteittensa saavuttamiseen.

Masennusta ja ahdistuneisuutta osoittavat pistemäärät laskivat yleisesti koko joukossa vuoteen mennessä (katso tarkemmin kohdasta 6). Seurantajaksolla ei tätä selvittävää kyselyä valitettavasti esitetty. Jos henkinen hyvinvointi oli tavoitteena, ei muutos ollut sen parempi kuin muillakaan.

Kurssin alussa 33 henkilöä koki sairauden rajoittavan elämäänsä, ja siksi heidän yhtenä tavoitteenaan oli sairauden aiheuttamiin rajoituksiin sopeutuminen. Tämän tavoitteen saavuttamisessa sydänkurssi ilmeisesti auttoi, koska kahta henkilöä lukuun ottamatta muut kokivat edistyneensä tämän tavoitteen saavuttamisessa.

### 9.2.6 Tupakka

Alussa tupakoivia oli joukosta 17 %, yhtä suuri osuus naisista ja miehistä. Vuoden aikana tupakasta oli päässyt eroon 4 miestä, mutta ei yhtään naista. Muutama oli ollut jonkun aikaa tupakoimatta, mutta ei sitten kuitenkaan pystynyt jatkamaan olemaan tupakoimatta.

Kun kurssilaisilta kysyttiin ennen kurssia ongelmia eri elämänalueilla ja tarvetta muutokseen, varsin moni ilmoitti tarvetta myös tupakoinnin suhteen. Se, mitä tuo tarve olisi konkreettisesti ollut, ei selviä, koska termi oli listassa, josta tuli vain ympyröidä tavoitealueita. Kun tupakointitapoja, tarpeita ja tavoitteita katsottiin tarkemmin, tehtiin yllättävä havainto: Neljästäkymmenestä sellaisesta henkilöstä, jotka ilmoittivat olleensa koskaan polttamatta, 8 henkilöä (20 %) ilmoitti tarpeen muutokseen ja 5 (13 %) ryhtyvänsä muutokseen. Tupakoinnin lopettaneista 71:stä 11 (15 %) ilmoitti tarpeen ja 9 (13 %) henkilöä ryhtyvänsä muutoksen toteuttamiseen. Kahdenkymmenenkolmen tupakoitsijan joukossa luvut olivat 4 (17 %) ja 3 (13 %).

Kun kurseille osallistujat saivat asettaa itselleen kuntoutumistavoitteita, yhdellä *ei koskaan tupakoineella* oli tupakoinnin lopettaminen kolmantena tavoitealueena. Tupakoinnin lopettaneista 7 henkilöä (10 %) asetti tupakoimattomana pysymistävoitteen, neljällä se oli ensimmäisellä, yhdellä toisella ja kahdella kolmannella sijalla listassa. Tupakoivista 23 henkilöstä vain 3:lla oli tavoitteena tupakoinnin lopettaminen, kahdella ensisijaisena ja yhdellä kolmantena. Kaikki aikaisemmin tupakoinnin lopettaneet, joilla oli edelleen tupakoimattomana pysymisen tavoite, olivat oman ilmoituksensa mukaan pysyneet tupakoimatta. Kolmesta tavoitteita asettaneesta tupakoitsijasta yksikään ei ollut päässyt tavoitteisiin.

### 9.2.7 Alkoholi

Neljätoista miestä myönsi tarpeen muuttaa alkoholinkäyttöään, mutta vain 9 heistä aikoi tehdä asialle jotakin. Kun kuntoutujat kurssin aikana miettivät niitä kolmea tavoitetta, joihin he todella aikoisivat pyrkiä, enää kolmella miehellä oli tavoitteena alkoholin käytön rajoittaminen, yhdellä ensimmäisellä ja kahdella kolmannella sijalla.

Vain yksi heistä raportoi ja oli epäonnistunut tavoitteensa saavuttamisessa. Haittoja alkoholinkäytöstään vähintään kerran kuukaudessa ilmoitti 6 henkilöä, joista kaksi oli naisia. Toisella naisella raportoidut alkoholimäärät jopa lisääntyivät vuosikyseilyyn mennessä, toinen ei vastannut kyselyyn lainkaan. Neljästätoista muutostarvetta ilmoittaneesta miehestä 5 vähensi käyttämänsä alkoholimäärää, 5 ilmoitti käytön pysyneen samana ja 4 ei vastannut kyselyyn. Kahdella miehellä oli haittoja kerran kuukaudessa ja kahdella useamminkin.

### 9.2.8 Hoitosuhde

Hoitosuhteen luomisen tai parantamisen oli määritellyt tavoitteeseen 21 henkilöä. Seurantajaksolla 15 henkilöä ilmoitti tavoitteen saavuttamisesta. Kahdeksan henkilön kohdalla se oli epäonnistunut. Epäonnistumisia oli enemmän Pohjois-Suomessa kuin muualla. Vuoden seurannassa 18 näistä tavoitteen asettaneesta vastasi, ja silloin puolella heistä ei ollut hoitosuhdetta.

### 9.2.9 Ihmissuhteet

Ihmissuhteiden paranemisen oli asettanut tavoitteeseen vain 6 henkilöä, joista kaksi oli asettanut sen ensimmäiselle sijalle. Toisella heistä ei ollut muita tavoitteita. Kahdella henkilöllä ei ollut tapahtunut muutosta tavoitealueella, muilla ihmissuhteet olivat jonkin verran parantuneet seurantajaksolle tultaessa.

### 9.2.10 Vapaa-aika

Vapaa-aikaan liittyviä tavoitteita oli seurantajaksolle tultaessa vain 13 henkilöllä, vaikka 23 henkilöä oli alussa asettanut tavoitteita tälle alueelle. Yleensä ilmaistiin toiveita saada lisää aikaa harrastuksille ja ihmissuhteiden ylläpitämiseen. Jotkut odottivat eläkkeelle pääsyä ja siten toivoivat enemmän aikaa sekä lepoon että virkistykseen.

### 9.2.11 Onnistuminen tavoitteiden saavuttamisessa

Joka neljäs oli saavuttanut tavoitteensa täysin tai lähes täysin, mutta onnistumisprosentti laski, jos kyseessä oli toissijainen tavoite. Olipa kyse minkä asteisesta tavoitteesta hyvänsä, joka neljäs ei ollut edistynyt tai tilanne oli huonompi kuin kurssiaikana (taulukko 15).

Taulukossa 16 on esitetty onnistuminen yksittäisillä tärkeimmillä tavoitealueilla. Ruumiillisen kunnon kohentamisen ja painonlaskun tavoitteeseen valinneilla tärkeysjärjestyksellä oli selkeä merkitys tavoitteen saavuttamisessa. Muiden tavoitteiden suhteen tämä ei ole niin selkeästi nähtävissä, ja esimerkiksi tavoitteessa *eläminen*



*sairauden aiheuttamien rajoitteiden* kanssa ainoat epäonnistumiset tapahtuvat silloin, kun alue on ensimmäisellä sijalla.

**Taulukko 15.** Tavoitteiden saavuttaminen (%).

	I tavoite n = 124	II tavoite n = 115	III tavoite n = 87
Täysin tai lähes täysin saavutettu	23	15	13
Edistynyt	53	54	59
Ei edistystä	22	24	25
Muutos huonompaan	2	7	3

**Taulukko 16.** Onnistuminen tärkeimmillä tavoitealueilla.

		Täysin tai lähes täysin	Jonkin verran	Ei lainkaan tai huonompaan
Eläminen rajoitteiden kanssa	N	%	%	%
I	18	39	50	11
II	9	22	77	0
III	8	25	75	0
Ruumiillinen kunto				
I	33	24	64	12
II	32	6	66	28
III	10	0	70	30
Henkinen hyvinvointi				
I	13	15	69	5
II	16	13	63	25
III	6	17	50	33
Työ ja työkyky				
I	6	33	33	33
II	7	14	43	43
III	10	20	60	20
Paino				
I	33	12	52	6
II	24	8	46	46
III	13	0	46	54
Terveellinen ruokavalio				
I	8	50	38	13
II	14	36	43	21
III	17	24	59	18

Kuntoutujat aikoivat yleensä jatkaa ponnisteluja tavoitealueillaan. Kaikki eivät kuitenkaan olleet täyttäneet jatkoaikomuksia muissa kuin ehkä tärkeimmässä tavoitteessaan. Yksi henkilö ei ollut edistynyt hoitosuhteen luomisessa ja aikoi luopua jatkoyrityksistä. Sama henkilö oli epäonnistunut tupakoinnin lopetusyrityksissä ja aikoi luovuttaa. Yksi henkilö oli epäonnistunut henkisen hyvinvoinnin tavoitteessaan, ja hänelläkin syynä saattoivat olla hoitosuhdeongelmat. Yksi henkilö oli edistynyt työkyvyn ylläpitämisessä ja kunnon kohottamisessa, mutta hän aikoi luopua fyysisen kunnon kohottamistavoitteesta jatkossa. Uusia tavoitealueita oli 38 henkilöllä ja heistä neljällä 2 kappaletta. Yleisimmin haluttiin parantaa vapaa-ajan käyttöä tai henkistä kuntoa (8) ja kohentaa työkykyä tai laihduttaa (6). Seuraavina alenevassa järjestyksessä olivat ruokavalio (4), ruumiillinen kunto (3), ihmissuhteet (3), tupakointi (2) ja sairauden kanssa selviäminen (1).

### *9.2.12 Tiimin arvio tavoitteiden saavuttamisesta*

Myös tiimi arvioi kuntoutujan onnistumista. Tiimikysymys oli muotoiltu hieman toisin kuin itse kuntoutujalle annettu, joten suora vertailu ei ole mahdollista. Näyttää kuitenkin siltä, että tiimin arvio samoista asioista oli useammin hieman positiivisempi (62 %) ja harvemmin negatiivisempi (15 %) kuin itse kuntoutujan arvio. Tiimin arvioimista kuntoutujan edellytyksistä, motivaatiosta ja tavoitteiden realistisuudesta muodostettu indeksi korreloitiin siihen, miten kuntoutuja itse koki oman tilanteensa vuoden seurantakyselyssä kaikilla 11 tavoitealueella (ks. taulukko 17). Tiimi-arvio ja seurantatulokset olivat vahvassa yhteydessä toisiinsa. Näin ollen voidaan sanoa, että ryhmätasolla tiimi tunsu kuntoutujat hyvin.

### *9.2.13 Elämäntilanne vuoden seurantakyselyssä*

Vuosikyselyn 111 henkilön tavoitetiedot olivat käytettävissä. Kolmelta heistä tieto puuttui alussa. Alkuvaiheessa tärkeimmäksi tavoitteeksi mainittu alue oli edelleen listalla vuosiseurannassa 70 %:lla vastanneista. Nyt kuitenkin muutoksia oli aikaisempaa enemmän. 24 henkilöä oli listannut tavoitealueita enemmän kuin 3, jopa 6 ja 8. Myös silloin, kun alueita oli korkeintaan kolme, oli uusia alueita yksi (31 henkilöä) tai kaksi (10 henkilöä).

Vuosiseurannassa 76 henkilön vastausten perusteella voitiin arvioida, miten he olivat onnistuneet tavoitteissaan. Usein se oli hyvin epämääräisesti ilmaistu, joten tulos on osittain tulkittua tietoa. Kolmasosa henkilöistä oli päässyt tavoitteisiin hyvin, kolmasosa jotenkuten ja kolmasosa huonosti. Kuntoutumistavoitteiden saavuttamiseen tyytyväisiä oli puolet ja tyytymättömiä kolmasosa kaikista vastanneista. Loput eivät osanneet ilmaista arviotaan.

Vuoden kuluttua kuntoutujat kokivat tilanteensa asettamallaan tavoitealueilla yleisimmin kohtalaiseksi (taulukko 17). Paino näytti edelleen ongelmalliselta. Niistä 31

henkilöstä, jotka olivat asettaneet tämän tavoitteen tärkeysjärjestyksessä ensimmäiselle sijalle, puolet koki tilanteen olevan huono: painonlasku ei ollut onnistunut. Sen sijaan ruokavalion vastaajat ilmoittivat olevan paremman. Tavallaan nämä kaksi ovat hieman eri asia, koska ruokavaliotaan henkilöt tarkastelevat sydänpotilaan suosituksia ajatellen. Ruokavalio voi olla hyvä mutta ruokamäärä liiallinen, ja siksi paino ei laske, vaikka tämä olisi tavoitteena. Työelämätavoitteen asettaneista 23 kuntoutujasta 9:llä (39 %) koettu subjektiivinen tilanne työelämässä on huono. Tilanne oli huono myös seuraavilla alueilla: ruumiillinen kunto (32 %, 19/60), henkinen kunto 23 %, 7/30), hoitosuhde (39 %, 7/18) ja tupakointi (60 %, 6/10).

**Taulukko 17.** Kuntoutujien kokema tilanne vuoden kyselyn mukaan heidän alkuvaiheessa asettamiensa tavoitteiden tärkeysjärjestyksen mukaan<sup>a</sup>.

	Hyvä			Kohtalainen			Huono		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Sairauden kanssa selviäminen	4	6	1	7	5	2	4	0	0
Ruumiillinen kunto	6	8	2	9	9	7	6	10	3
Henkinen kunto, stressin hallinta	5	5	4	6	3	5	6	0	1
Työ	3	2	0	3	4	2	0	9	0
Ihmisuhteet	0	1	0	2	2	2	0	0	0
Hoitosuhde	1	2	3	2	2	1	2	0	5
Paino	6	4	2	10	8	4	15	11	2
Ruokavalio	3	6	14	7	6	13	1	2	1
Tupakka	1	0	1	1	0	1	3	1	2
Alkoholi	0	0	1	0	0	1	1	0	0
Vapaa-ajan käyttö	0	1	7	0	4	3	0	0	4
Yhteensä	29	35	35	47	43	41	28	24	18

<sup>a</sup> Järjestysluvut ilmaisevat tavoitteiden tärkeysjärjestyksen, perusluvut henkilöiden lukumäärän.

### 9.3 Elämäntilanne ja terveys seurannan aikana

Tutkimuksen aikana kuntoutujat arvioivat terveyttään mm. RAND-36-kysymyssarjan ensimmäisen kysymyksen avulla. Sen luokittelu on seuraava: erinomainen, varsin hyvä, hyvä, tyydyttävä ja huono. Tästä tehtiin kaksiluokkainen muuttuja, jolloin hyväksi yhdistettiin kolme ensimmäistä vaihtoehtoa ja kahdesta viimeisestä tuli huono. Kurssin alussa hyvä terveys oli 34 %:lla miehistä ja 41 %:lla naisista. Seurantajaksolla näin oli miehistä 51 % ja naisista 54 % ja vuosiseurannassa sekä miehistä että naisista 52 %. Terveyttä arvioitiin myös asteikolla 0–10. Tässäkin arvioissa kuntoutujat kokivat useammin muutoksia parempaan kuin huonompaan suuntaan (taulukko 18). Myös elämänlaatu parani. Etenkin vapaa-aikaan mutta myös kotitöihin ja työelämään liittyvien haittojen kokeminen väheni jo kurssiaikana, mutta väheneminen oli mer-

kitsevää vuoteen saakka. Arvioinnit ja muutokset olivat yleensä suhteellisen loogisia niin, että työkyvyn parannuttua haitat olivat vähentyneet.

Haittojen kokemiseen työelämässä voivat vaikuttaa myös ulkoiset olosuhteet, joten tulos ei välttämättä kerro totuutta henkilön terveydentilan aiheuttamista haitoista. Ääriesimerkkinä voidaan pitää henkilöä, joka oli alussa työtön ja joka oli arvioinut työkyvynsä niinkin alhaiseksi kuin 1 ja haitat äärimmilleen (10). Kun hän oli työllistynyt vuoden aikana, työkyky oli 8 ja terveydentilan aiheuttamat haitat työelämässä 2. Jos katsottiin työelämän haittoja vain niiden henkilöiden osalta, jotka olivat vuoden kuluttua työelämässä ja jotka olivat vastanneet kyselyyn (n = 60), niin myös heidän kokemansa haitat vähenivät.

Vuoden kuluttua kolmasosa kuntoutujista koki ruumiillisen kuntonsa hyväksi, kolmasosa keskitasoiseksi ja kolmasosa huonoksi. Kahdella kolmasosalla sydänsairaus rajoitti jokapäiväistä elämää vain vähän. Kuitenkin puolella oli jonkinasteisia sydänoireita rasituksessa. Yleisimmät rajoittavat oireet olivat hengenahdistus (30 %), rintakipu (16 %) ja voimattomuus (16 %).

Lääkkeiden käytöstä oli ilmoittanut 95 kuntoutujaa. Lähes puolet vastaajista käytti vähintään viittä lääketta kielenalusnitron lisäksi, neljäsosa joko 3:a tai 4:ää. Nitron kulutus oli vähäistä.

**Taulukko 18.** Terveydentilan, elämänlaadun sekä vapaa-ajan, kotitöiden ja työelämän haittojen muutokset seurannan aikana verrattuna lähtötilanteeseen.

	n	Parempi (%)	Sama (%)	Huonompi (%)	p
<b>Terveys</b>					
kurssiaikana	124	44	33	23	0,02
vuoteen mennessä	112	40	33	27	0,22
<b>Elämänlaatu</b>					
kurssiaikana	124	37	32	31	0,66
vuoteen mennessä	115	44	27	29	0,04
<b>Haitat vapaa-aikana</b>					
kurssiaikana	122	47	25	28	0,004
vuoteen mennessä	115	45	23	32	0,01
<b>Haitat kotitöissä</b>					
kurssiaikana	124	43	28	29	0,08
vuoteen mennessä	115	43	23	34	0,04
<b>Haitat työelämässä</b>					
kurssiaikana	124	43	28	29	0,08
vuoteen mennessä	115	43	23	34	0,04

Useilla oli henkisesti raskaita elämäntapahtumia: läheisen henkilön kuolema (7), avioero (3), työttömyys (10), konkurssi (1), perheenjäsenen sairaus (5) ja oma sairaus (23). Tämän lisäksi 17 henkilöllä oli jokin muu raskas elämäntapahtuma. Uusia sairauksia ilmoitti 33 kuntoutujaa (28 %); yleisimpinä tuki- ja liikuntaelinongelma (7), mielenterveyden häiriö (5), diabetes (3), kilpirauhasen toimintahäiriö (2) ja hermojuurioire (2).

Osallistujat ilmoittivat, että heidän elämäntilanteensa oli vuoden kuluttua sydänkursista kohtalaisen hyvä (taulukko 19). Huonoimmaksi koettiin henkinen hyvinvointi, työkyky, paino ja tupakanpolton lopettaminen. Myös hoitosuhdeongelmia esiintyi edelleen.

Hyvien ja huonojen alueiden lukumäärät niin, että kaikki alueet, joissa tilanne oli erittäin hyvä tai hyvä yhdistettiin hyväksi ja vastaavasti erittäin huono ja huono yhdistettiin huonoksi (taulukko 20). Kolmella neljästä kuntoutujasta (74 %) sujui useammilla alueilla enemmän hyvin kuin huonosti, ja päinvastainen tilanne oli 17 %:lla. Oheisessa taulukossa on esitetty, monellako alueella keskimäärin vastaajat kokivat elämäntilanteensa hyväksi ja monellako huonoksi. Kolmasosalla koko joukosta ei ollut yhtään aluetta, jolla koettu tilanne oli huono. Neljällä kymmenestä meni yli puolella alueista (> 5) hyvin. Vain 4 %:lla ei ollut yhtään hyvää.

**Taulukko 19.** Koettu tilanne vuoden seurantakyselyn aikaan (%)<sup>a</sup>.

	Hyvä tai erittäin hyvä	Keskinkertainen	Huono tai erittäin huono
Eläminen sairauden aiheuttamien rajoitteiden kanssa	56	39	5
Ruumiillinen kunto	31	45	24
Henkinen hyvinvointi	48	41	11
Työkyky	30	40	30
Ihmissuhteet	67	32	1
Hyvä hoitosuhde	46	28	26
Painonhallinta	32	33	35
Ruokavalio	52	45	3
Tupakanpolton lopettaminen	68	8	24
Alkoholin käytön vähentäminen	73	25	2
Vapaa-ajan käyttö, harrastukset	46	39	15

<sup>a</sup> Kysymyksiin vastanneiden lukumäärät 112–117, paitsi tupakka (n = 59) ja alkoholi (n = 87).

Prosentit laskettu kaikista vastanneista (n = 117).

**Taulukko 20.** Vuoden kuluttua kuntoutujat luokiteltuna sen mukaan, kuinka monta aluetta heillä oli sellaisia, joilla meni joko hyvin tai huonosti ( $n = 116$ ).

Alueiden määrä	Hyvin	Huonosti
	%	%
0	4	32
1	9	24
2	13	22
3	10	9
4-5	24	9
6-7	18	3
7-8	16	1
N 9	6	0
	100	100

#### 9.4 Työtilanne ja sen muutokset

Ennen sydänkurssia kokopäivätyössä oli 59 % ja osapäivätyössä, tai osaeläkkeellä 13 %, joten työelämässä oli 72 % kuntoutujista. Työttömiä työnhakijoita oli koko aineistossa 17 %. Sairauslomalla kurssin aikana oli 26 % kuntoutujista.

Niistä 31 kuntoutujasta, jotka olivat alussa sairauslomalla, vain 8 oli palannut työhön seurantajaksoon mennessä. Sairauslomalla oli 11, työttömänä 6 ja eläkkeellä 6. Vuoden kuluttua 26 heistä vastasi, ja 8 oli työssä, 5 työttömänä, 1 osaeläkkeellä ja 11 henkilöä oli siirtynyt joko työkyvyttömyys- tai muulle eläkkeelle. Kuviossa 3 on esitetty työtilanteen muutos vuosikyselyyn mennessä niin, että luokituksia on yksinkertaistettu ja mukana vertailussa ovat ne henkilöt, jotka vastasivat postikyselyyn. Näistä 98 henkilöstä 83 % oli ollut ennen kurssia joko koko- tai osapäivätyössä tai työttömänä. Tähän lukuun ei sisällytetty niitä harvoja, jotka saattoivat olla osaaikaeläkkeellä tai osatyökyvyttömyyseläkkeellä mutta tekivät sen lisäksi jotakin työtä. Yllä mainituista vuoden seuranta-aikaan työssä, työttömänä tai koulutuksessa oli 84 henkilöä eli 71 %. Eläkkeellä olijoihin laskettiin kaikki ne, jotka olivat täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä tai iän perusteella myönnetyllä eläkkeellä tai joiden eläke oli pitkän sairausloman jälkeen haussa. Heidän osuutensa oli kasvanut 10 %:sta 22 %:iin. Alun perin työttömistä (21) osa oli edelleen työttömiä (13), osa työllistynyt (6) ja yksi päässyt eläkkeelle. Lisäksi yksi työtön oli koulutuksessa.

**Kuvio 3.** Työ- ja eläketilanne alussa ja vuoden kohdalla niillä henkilöillä, jotka vastasivat vuoden seurantakyselyyn.

Koko- päivätyö 69	Osa- päivätyö 8	Työtön 21	Osatyökyvyt- tömyyseläke 2	Osaeläke 6	Eläke 12
52	3 4 11	5 1 14 13 + 1	1 1	4 2	12
Koko- päivätyö 60	Osa- päivätyö 5	Työtön 18 + 1 koulutus	Osatyökyvyt- tömyyseläke 1	Osaeläke 5	Eläke 26

Kurssin aikana tiimin arvio kokopäivätyöstä työkyvyttömyyseläkkeelle vuoden aikana siirtyneiden 7 henkilön työkyvystä oli seuraava: 1 oli täysin työkykyinen, 4:n työkyky oli rajoittunut ja 2 arvioitiin työkyvyttömiksi. Tämän lisäksi yksi työtön oli hakeutumassa eläkkeelle ja häntä pidettiin työkyvyltään rajoittuneena. Yksi työtön taas oli tiimin mielestä täysin työkyvytön, mutta hän oli edelleen työttömyyskorvauksella. Kaksi henkilöä oli hakeutunut osatyökyvyttömyyseläkkeelle, vaikka kurssiin arvio oli *työkykyinen ilman rajoituksia*.

Vuoden aikana työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisiin löytyi papereista selkeitä selviytyksiä. Yleensä syynä olivat muiden sairauksien aiheuttamat oireet ja/tai sydänoireiden pahentuminen. Työkyvyttömyyseläkkeelle oli siirtynyt myös yksi alle 50-vuotias mies, jonka eläkkeeseen ei löytynyt selityksiä. Hän ilmoitti työkykynsä parantuneen kuntoutuskurssin ansiosta, eikä hänellä ollut merkintöjä muista työkykyä alentavista sairauksista tai henkisesti raskaista elämäntapahtumista.

Kymmenportaisella asteikolla työkykynsä oli arvioinut 95 kuntoutujaa sekä alussa että vuoden kyselyssä. Tilanne oli ennallaan 29 %:lla, parantunut 37 %:lla ja huonontunut 34 %:lla. Yleisimmin muutos oli vain yhden yksikön, mutta suurimmillaan se oli parantunut jopa 7 yksikköä, jollakulla huonontunut saman verran. Kun tällaisia ääripäitä katsottiin tarkemmin, löytyi huononemisiin joskus selkeitä selityksiä: reuma (-4), henkinen loppuun palaminen ja sen vuoksi eläkkeelle jääminen (-5), läheisen kuolema, työttömyyden jatkuminen ja sydämen lisäksi muukin sairaus (-4). Myös ristiriitaisuuksia löytyi. Joku oli arvioinut numeroasteikolla tilanteensa huonontuneen (-4), mutta sanallisesti hän oli kertonut työkyvyn parantuneen kuntoutuksen ansiosta. Työkyvyille hän oli vuoden seurannassa antanut arvosanan 3, kun luku oli alussa 7.

Eläkkeelle siirtyneet naiset olivat ryhmänä erilaisia kuin miehet. Naisista kaksi viidestä oli täyttänyt 60 vuotta, 11 miehestä ei yksikään. Eläkkeelle siirtyneistä oli alle 50-vuotiaita yksi nainen ja kaksi miestä. Eläkeläisnaisten työkyky vaihteli alussa välillä 4–8. Miehistä kolme arvioi työkykensä nollassi, ja muiden arviot vaihtelivat välillä 3–7. Kun jätetään yli 60-vuotiaat vertailusta pois, eläkkeelle jääneet pitivät työtään joko ruumiillisesti (6 henkilöä), henkisesti (3) tai sekä ruumiillisesti että henkisesti (4) liian raskaana. Eläkkeelle jääneiden ammattiluokat edustivat varsin tasaisesti kaikkia luokkia. Pohjois-Suomessa ei jääty eläkkeelle muuta Suomea useammin, vaikka selkeä maantieteellinen ero työttömyydessä näkyi alkuvaiheessa.

### 9.5 Elämänlaatu, mieliala ja niiden muutokset seurannan aikana

Ennen kuntoutusta RAND-36-mittarilla mitattu elämänlaatu oli lähes kaikilla osa-alueilla alhaisempi kuin väestön keskimäärin (taulukko 21). Naisten elämänlaatu oli huonompi kuin miesten seuraavilla alueilla: fyysinen toimintakyky, tarmokkuus, psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky ja kivuttomuus. Naiset sen sijaan kokivat vähemmän emotionaalisia rajoituksia, ja he myös kokivat terveytensä jonkin verran paremmaksi kuin miehet. Eri laitosten kuntoutujien välillä ei ollut merkitseviä eroja koetussa ja kirjatussa elämänlaadussa.

**Taulukko 21.** RAND-36-mittarilla ilmaistu elämänlaatu sydänkuntoutujilla. Vertailuaineistona väestön kahden kymmenvuotiskäluokan (45–54 ja 55–64-vuotiaat) keskiarvo (Aalto ym. 1999).

	Lähtötilanne		Väestö	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
Fyysinen toimintakyky	73,7 ± 19,8	68,9 ± 20,9	83,0	80,6
Fyysiset rajoitukset	36,9 ± 38,9	42,9 ± 40,1	71,1	69,7
Emotionaaliset rajoitukset	52,5 ± 43,6	56,8 ± 37,9	67,6	73,3
Tarmokkuus	54,6 ± 21,3	48,5 ± 24,3	66,2	62,5
Psyykinen hyvinvointi	68,3 ± 17,7	64,5 ± 21,2	74,9	73,4
Sosiaalinen toimintakyky	75,0 ± 21,8	64,8 ± 29,8	81,5	80,3
Kivuttomuus	68,7 ± 22,7	59,9 ± 28,8	73,3	70,7
Koettu terveys	46,9 ± 18,7	50,7 ± 18,8	57,7	59,8

Elämänlaadun joillakin osa-alueilla tapahtui tilastollisesti merkitsevää muutosta suotuisaan suuntaan seurannan aikana (taulukko 22). Eniten olivat vähentyneet fyysiset rajoitukset. Suotuisia muutoksia oli myös seuraavilla alueilla: fyysinen toimintakyky, emotionaaliset rajoitukset, tarmokkuus ja sosiaalinen toimintakyky. Kurssijakson päättyessä ilmoitetut suotuisat muutokset olivat pysyneet suurin piirtein samanlaisina koko vuoden. Kipujen kokemisessa ei tapahtunut muutosta.



**Taulukko 22.** Elämänlaatu alussa ja muutokset seurannan aikana mitattuna RAND-36-mittarilla.

	Lähtötilanne	Muutos kurssiaikana	Muutos vuosiseurantaan
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x}$ (95 % LV)	$\bar{x}$ (95 % LV)
Fyysinen toimintakyky	72,7 ± 20,1	2,2 (-0,3; 4,7)	2,8 (0,4; 5,2)
Fyysiset rajoitukset	38,1 ± 39,1	13,3 (7,4; 19,3)	12,4 (5,9; 18,8)
Emotionaaliset rajoitukset	53,4 ± 42,4	8,7 (1,4; 16,0)	9,1 (0,8; 17,3)
Tarmokkuus	53,3 ± 22,0	3,4 (0,1; 6,7)	3,6 (-0,2; 7,3)
Psyykinen hyvinvointi	67,6 ± 18,5	2,6 (-0,0; 5,2)	2,8 (-0,1; 5,8)
Sosiaalinen toimintakyky	72,9 ± 23,9	3,6 (-0,4; 7,6)	4,6 (0,2; 9,1)
Kivuttomuus	66,9 ± 24,2	-0,7 (-4,4; 3,1)	0,9 (-3,4; 5,1)
Koettu terveys	47,6 ± 18,7	2,8 (0,2; 5,3)	2,8 (0,4; 5,3)

Naiset olivat masentuneempia ja kokivat enemmän ahdistuneisuutta kuin miehet (taulukko 23). Selkeästi ahdistuneisuutta kokeneista 19 henkilöstä tai masentuneisuutta kokeneesta 14 henkilöstä 8 todella oli sekä masentuneita että ahdistuneita. Vuoden aikana ahdistuneisuutta osoittavat HADS-pistemäärät vähenivät (-1,11, 95 % luottamusväli -0,57; -1,66). Myös masentuneisuus väheni (-0,81, 95 % luottamusväli -0,17; -1,45). Naisten yhdistetty pistemäärä, joka otti huomioon sekä ahdistuneisuuden että masentuneisuuden, väheni vuoden aikana merkitsevästi (13,5→10,4, p = 0,01). Miehillä väheneminen ei ollut merkitsevää (11,7→10,9). Laitosten välillä ei ollut merkitseviä eroja ahdistuneiden ja masentuneiden kuntoutujien lukumäärissä, joskin erään laitoksen kaikki ahdistuneet jäivät huomiotta tiimin arvioidessa tilannetta ensimmäisellä kurssijaksolla. Kyselyn perusteella heitä oli kuitenkin viidesosa koko kyseisen laitoksen kuntoutujista.

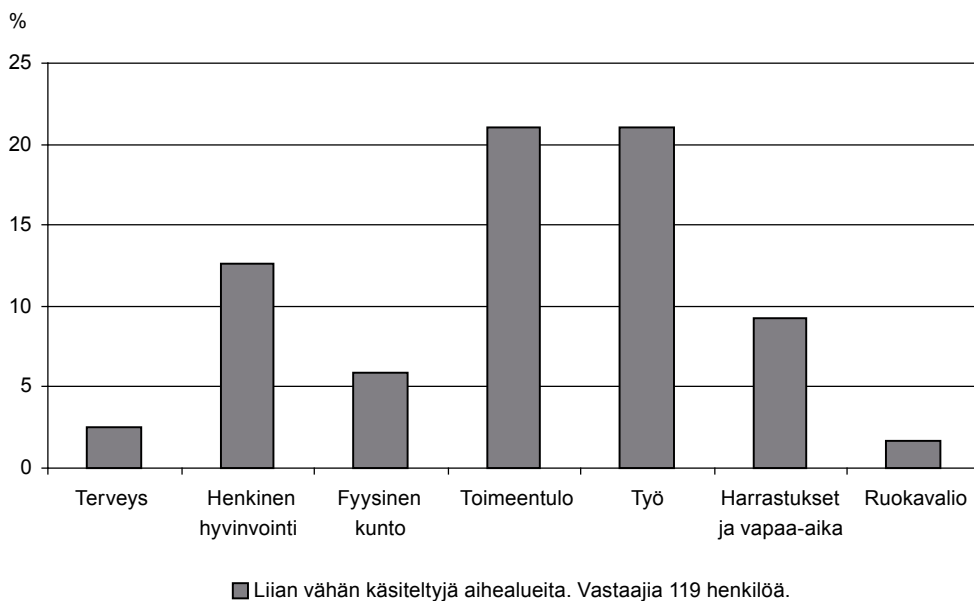
**Taulukko 23.** Masentuneisuus ja ahdistuneisuus alkuvaiheessa miehillä ja naisilla (%).

	Masentuneisuus		Ahdistuneisuus	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
	%	%	%	%
Normaali	78	62	69	50
Rajatapaus	13	23	20	23
Masentunut/ahdistunut	9	15	11	26

## 9.6 Kurssien sisältö ja oppien hyödyntäminen

Vuoden seurantakyselyssä vastaajia pyydettiin arvioimaan, miten ydintoimintoihin kuuluvia asioita (ks. ydintoiminnoista tarkemmin luvussa 8) käsiteltiin kurssin aikana kuntoutujan tarpeisiin nähden. Kolme neljästä vastaajasta ilmoitti, että jotakin aihealuetta oli käsitelty liian vähän. Rungas viidennes arvioi, että toimeentuloon ja työhön liittyviä asioita oli käsitelty liian vähän. Myös henkisen hyvinvoinnin sekä harrastus- ja vapaa-ajan toimintojen käsittelyyn olisi kuntoutujien mukaan voinut panostaa enemmän (kuvio 4).

**Kuvio 4.** Kuntoutujien näkemyksiä aihealueiden käsittelyn riittäväydestä.

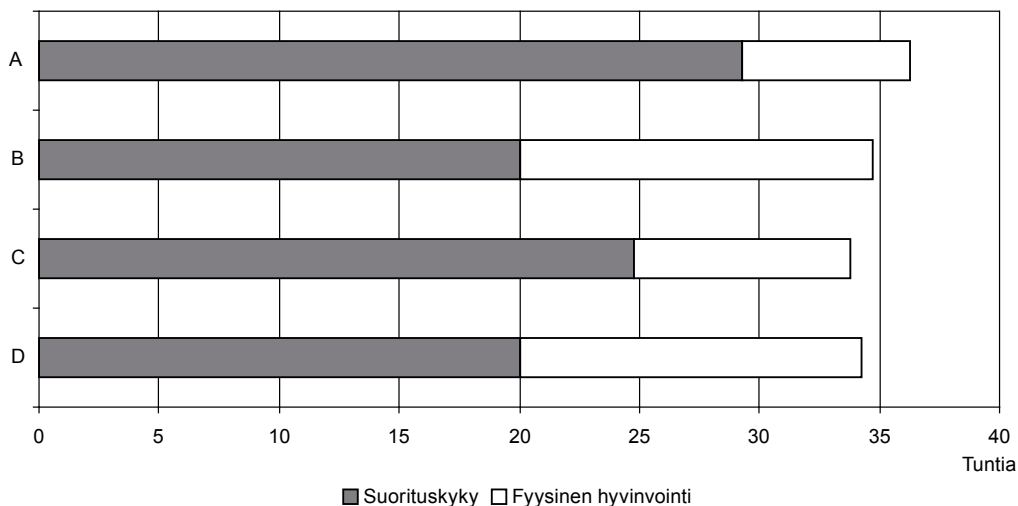


### 9.6.1 Fyysinen suoriutuminen ja fyysinen hyvinvointi

Kuntoutujien ohjelmat painottuivat fyysisen suorituskyvyn ja hyvinvoinnin edistämiseen. Laitoksissa näihin panostettiin enimmillään 53 % ja vähimmillään 48 % ydintoimintojen kokonaisajasta (kuvio 5). Laitosten väliset erot ohjelmien rakenteessa eivät olleet suuria, vaikkakin fyysisen harjoituksen määrä vaihteli. Laitosten välillä ei ollut eroja siinä, miten hyvin kuntoutujat arvioivat oppineensa arvioimaan omaa ruumiillista pystymistään (erittäin hyvin/hyvin 63–70 %). Oppimisen ja osallistumisen määrät olivat samassa suhteessa. Fyysisen kunnon ja hyvinvoinnin edistämisessä tulokseen vaikuttavat enemmän harjoitusten kuormitustasot kuin erilaisten harjoitusmenetelmien valinta. Lähes joka viidennen kuntoutujan tilanne ei kuitenkaan ollut hyvä. Joko heidän fyysinen kuntonsa oli korkeintaan keskinkertainen ja he olivat oppineet arvioimaan ruumiillista pystymistään vain huonosti/erittäin huonosti tai sitten heidän fyysinen tilanteensa oli huono/erittäin huono ja he olivat oppineet

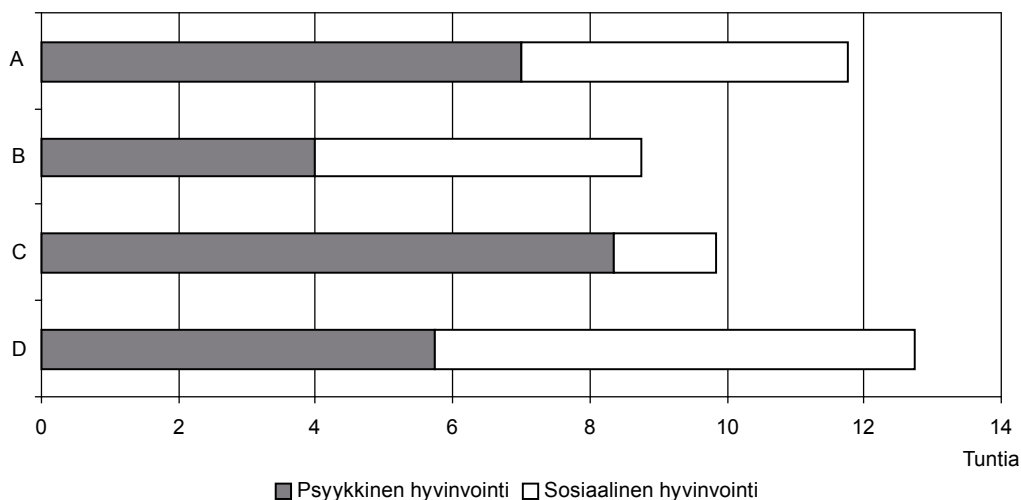
arvioimaan ruumiillista pystymistään korkeintaan jotenkuten. Fyysisen kunnan edistäminen ja kehon kunnosta huolehtiminen on edelleen se alue, johon kurseilla eniten panostetaan ja jonka ohjaus onnistuu hyvin.

**Kuvio 5.** Kuntoutujien osallistuminen fyysisistä suorituskykyä ja hyvinvointia edistäviin ydintoimintoihin eri kuntoutuslaitoksissa.



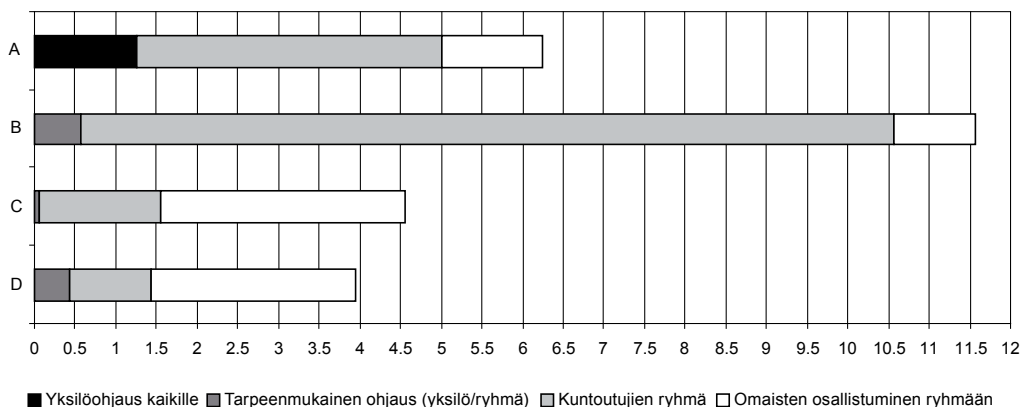
### 9.6.2 Psykososiaalinen hyvinvointi

Kuntoutujien ohjelmaan kuuluva osuus psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämisessä oli 13–19 % ydintoimintojen kokonaisajasta (kuviot 6). Laitoksessa, jossa käytettiin 19 % psykososiaaliseen hyvinvoinnin edistämiseen, 46 % kuntoutujista oli oppinut erittäin hyvin tai hyvin hakemaan apua henkisiin ongelmiin. Vastaava luku laitoksessa, jossa käytettiin 13 % kokonaisajasta, oli 26 %. Kahden muun laitoksen ajankäytön ja osallistumisen suhde ei ollut yhtä selkeä. Voidaan arvioida, että työmenetelmä ja työote merkitsevät enemmän psyykkisen kuin fyysisen kunnan edistämisessä. Joka neljännen kuntoutujan tilanne ei ollut hyvä. Heidän henkinen tilanteensa oli korkeintaan keskinkertainen ja he olivat oppineet hakemaan apua vain huonosti tai erittäin huonosti, tai heidän henkinen tilanteensa oli huono tai erittäin huono ja he olivat oppineet arvioimaan avun hakemisen tarvettaan korkeintaan jotenkuten. Kuitenkin kuntoutujien ongelmat tuntuivat olevan hyvin pitkälle psykososiaalisia.

**Kuvio 6.** Kuntoutujien osallistuminen psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia edistäviin ydintoimintoihin.

### 9.6.3 Näkökulmia ravitsemusohjauksen onnistumiseen

Ravitsemusohjaukseen käytetty aika oli kolmessa laitoksessa vähäinen neljanteen verrattuna (kuvio 7). Tarkasteltaessa laitosten ohjelmien kuvauksia ja ohjausmuotoja löytyi kolme erilaista ohjauksen toteuttamismallia. Kahdessa laitoksessa (C ja D) malli perustui ryhmäohjaukseen. Toisessa näistä tarjottiin kurssilaisille mahdollisuutta osallistua yhden tunnin mittaiseen laihdutusohjaukseen. Kolmasosa kurssilaisista osallistui. Perusohjelmaan ei sisällynyt yksilöllistä ravitsemusohjausta, ja tarpeen mukaan toteutettu lisäohjaus oli harvinaista. Ohjaus toteutettiin pääasiallisesti luentoina ja ryhmäkeskusteluina. Toisessa laitoksessa taas ravitsemusohjaaja osallistui omaisten tervetuloapäivälliseen. Toinen ohjausmalli (A) sisälsi yksilöohjausta jokaiselle ja havainnollistettua, luentomuotoista opetusta ja keskusteluita ryhmässä. Kolmannen mallin ydin oli käytännön harjoittelu (B). Harjoitukset toteutettiin pienryhmissä niin, että osa kuntoutujista valmisti lounaan. Lounaan aikana ryhmä kävi ohjaajan, valmistajien ja muiden ryhmäläisten kanssa keskustelua käytetyistä ruokatarvikkeista, niiden ominaisuuksista, ruoanvalmistusohjeista ja -menetelmistä. Jokainen kuntoutuja osallistui keskimäärin 2–3 ohjattuun lounaaseen ja valmisti ruokaa ainakin kerran. Tämän lisäksi lähes joka toinen kuntoutuja sai myös yksilöohjausta.

**Kuvio 7.** Ravitsemusohjaukseen käytetty aika ohjausmuodon mukaan eri laitoksissa (t).

Ravitsemusohjauksen tavoitteina oli löytää sydänpotilaalle soveltuva, maittava ruokavalio, jolla paino pysyisi kurissa. Laitosten ohjelmia ja painotulosta tarkasteltaessa tehokkain strategia näyttää olevan se, että kurssilaiset valmistavat ruokaa itse mutta ohjatusti ja keskustelevat samalla ruoka-aineista ja valmistusmenetelmistä (taulukko 24). Tällöin paino laski merkitsevästi vielä kurssin jälkeenkin. Kurssiaikana parhaalta strategialta vaikutti traditionaalinen yksilö- ja ryhmäohjaus, mutta vuosikyselyyn mennessä painonlasku oli hiipunut. Vähiten tuloksia antoi ryhmäohjauksena toteutettu neuvonta. Mitä vähemmän kursseilla käytettiin ravitsemuksen asiantuntemusta ruokavalio-ohjaukseen, sitä huonommilta näyttivät painotulokset.

**Taulukko 24.** Painonmuutos laitoksittain seurantajaksolle ja vuosiseurantaan (kg).

Laitos	Seurantajakso		Vuosiseuranta	
	$\bar{x}$	95 % LV	$\bar{x}$	95 % LV
A	-2,0	(-3,3; -0,7)	-0,5	(-2,1; +1,1)
B	-1,5	(-3,1; 0)	-2,3	(-4,0; -0,6)
C	+0,6	(-0,6; +1,9)	+0,2	(-1,2; +1,6)
D	-0,7	(-1,8; +0,4)	-1,1	(-2,4; +0,2)

## 9.7 Yhteenveto eri tavoitealueilla havaituista muutoksista vuoden aikana

Subjektiiivinen työkyky ja työelämässä pysyminen	Työkyky ei parantunut ratkaisevasti. Työelämästä siirryttiin jonkin verran sekä työkyvyttömyys- että ikäeläkkeelle. Työtömät olivat lähes poikkeuksetta edelleen työttömiä.
Ruumiillinen kunto ja liikunta	Liikunnan määrässä tai tehossa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia. Subjektiiivisen hyvinvoinnin lisääntyminen kuitenkin näkyi elämänlaatumittarin fyysisissä osioissa.
Henkinen hyvinvointi	Koko joukossa sekä ahdistuneisuus että masentuneisuus vähenivät. Suotuisa muutos näkyi etenkin naisilla. Niillä, jotka olivat asettaneet henkisen hyvinvoinnin tavoitealueekseen, ei muutos ollut sen suurempi kuin muilla.
Paino ja ruokavalio	Keskimääräinen paino laski jonkin verran kurssin aikana, mutta pitkäaikaisesti vain naisilla. Vaikka painon alenema oli kuntoutustavoitteena, miesten suotuisa painon muutos kesti vain kurssin ajan. Ruokavalio lienee laadullisesti sopiva sydänpotilaalle, mutta ongelmana on ruuan määrä.
Tupakka	Harva kurssilainen tupakoi, mutta tarvitaan intensiivisempää ohjausta, jos todella yritetään vaikuttaa ja muuttaa pinttyneitä tapoja ja vierottaa nikotiiniriippuvuudesta.
Alkoholi	Raportoidut määrät jopa lisääntyivät joidenkuiden kohdalla vuoden aikana.
Ihmissuhteet ja vapaa-aika	Ihmissuhteisiin ja vapaa-aikaan liittyviä tavoitteita oli suhteellisen vähän.
Hoitosuhde	Hoitosuhteen ongelmiin kuntoutus vaikuttaa vain vähän.
Elämänlaatu	Fyysiset rajoitukset olivat vähentyneet huomattavasti. Suotuisia muutoksia oli myös seuraavilla alueilla: fyysinen toimintakyky, emotionaaliset rajoitukset, tarmokkuus ja sosiaalinen toimintakyky. Kurssi-ajaiset muutokset olivat säilyneet samankaltaisina koko vuoden.

## 9.8 Pohdinta

Tämän Kelan sydänkuntoutusta koskevan tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli kuvata sitä sydänpotilaiden joukkoa, joka lähetetään tai joka itse hakeutuu Kelan järjestämille sydänkursseille. Kurssit toimitettiin Kelan kanssa sovittujen yleisten periaatteiden mukaan, mutta tässä hankkeessa kiinnitettiin erityistä huomiota kuntoutujien kuntoutumistavoitteisiin ja siihen, miten niiden kirjaaminen kursseilla onnistuu. Tämän luvun päätarkoituksena onkin kuvata sairauteen liittyvien tietojen ohella kuntoutumistavoitteita. Sekä kuntoutuja että tiimi arvioivat, miten niiden saavuttamisessa onnistuttiin kurssien kestäessä. Kuntoutujien tilannetta ja kokemuksia kurssin hyödyistä selvitettiin noin vuoden kuluttua kurssista.

Suurin osa kurssilaisista oli miehiä, mikä on luonnollista, koska työikäisistä sepelvaltimotautia sairastavista naisia on vähemmistö. Naisilla tauti ilmenee yleensä noin 10 vuotta miehiä myöhemmin. Yllättävän suuri osa tutkituista oli joko ohitusleikattuja tai pallolaajennuksella hoidettuja potilaita. Tämä on osoitus näiden hoitomuotojen lisääntyvästä käytöstä heti sydäninfarktinkin jälkeen. Stakesin keräämien tilastojen mukaan vuonna 2003 lähes puolet työikäisistä potilaista oli joko pallolaajennettu tai ohitusleikattu jo kuukauden sisällä sydänkohtauksesta eikä määrä sitten enää paljoa kasvanut vuoteen mennessä (Unto Häkkinen, henkilökohtainen tiedonanto). Pelkän sydäninfarktinkin jälkeen potilaita ei lähetetä kuntoutukseen. Vertailutietona tässä ja seuraavissa sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden taustatietoja kuvailevissa tuloksissa käytetään tuoretta Stakesin julkaisua Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus (Keskimäki ym. 2004). Julkaisun aineisto oli Kelan rekisteristä poimittu otos sepelvaltimotautia sairastavista henkilöistä, joille lähetettiin kyselylomakkeita. Kyselyyn vastasi hieman yli 3 000 henkilöä. Heistä sydäninfarktinkin sairastaneita oli noin puolet ja ohitusleikkauksessa oli ollut vajaa puolet miehistä, neljännes naisista. Vaikka tarkkoja tilastoja ei olekaan siitä, kuinka moni sydäninfarktipotilas päätyy pian infarktinkin jälkeen joko ohitusleikkaukseen tai pallolaajennukseen, on oletettavaa, että tässä aineistossa ilman toimenpiteitä jääneiden potilaiden edustus on pienempi kuin sepelvaltimotautia sairastavassa väestössä yleensä. Kuntoutukseen hakeutuneiden joukko on siis tässä mielessä erilainen kuin silloin, kun sydänkuntoutuskursseja alettiin järjestää maassamme (Liskola ja Luomanmäki 1985). Monet taustatekijät olivat hyvin samankaltaisia kuin edellä mainitussa kyselytutkimuksessa olleessa otoksessa (Keskimäki ym. 2004).

Kuntoutuslaitosten tiimejä pyydettiin arvioimaan kuntoutuksen tarpeellisuutta ja kuntoutujien soveltuvuutta kursseille. Kurssia pidettiin erittäin tarpeellisena kahdelle kolmesta kuntoutujasta. Tässä näkyi selvästi alueellista vaihtelua. Siellä, missä oli paljon työelämään liittyviä ja psykososiaalisia ongelmia, kurssi koettiin tarpeellisemmaksi kuin siellä, missä niitä oli vähän. Tämä ero näkyi myös psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen aiheuttamissa kuntoutumisedellytyksissä niin, että edellytykset olivat huonommat siellä, missä kurssit koettiin erittäin tarpeellisiksi. Kuntoutukseen hakeutuminen on usein hyvin sattumanvaraista, ja eri laitoksiin ohjaamisessa oli eroja. Elämänlaatu-, masentuneisuus- ja ahdistuneisuuspiistemäärissä ei ollut eroja, mutta subjektiivisen työkyvyn kohdalla oli.

Sydänkuntoutuskurssi on yleisesti ohjeistettu niin, että potilaan sairauden ja kunnon pitää olla selvitetty etukäteen; kurssiohjelmaan kuuluu vain sellainen lääkärintutkimus, jossa selvitetään kuntoutumisen esteet ja edellytykset. Kuntoutujaa koskevat tiedot perustuvat suurelta osin hänen kyselylomakkeilla antamiinsa vastauksiin. Laitoksissa määritettyjä tuoreita seerumin rasva-arvoja tai rasituskoetuloksia oli käytettävissä vain osalla kurssilaisista. Tästä syystä niitä ei voitu käyttää kuvaamaan koko joukkoa. Kelankin tilastoista näkyy, että rasva-arvojen hoito yleistyy vuosi vuodelta. Kuntoutujat itse tietänevät arvonsa etenkin, jos niiden on todettu olevan koholla. Sairaustiedoista eniten epäilyksiä herättää alhainen sokeritautia sairastavien lukumäärä Pohjois-Suomessa. Koko joukossa oli diabeetikoiksi nimettyjä 17 % ja Pohjois-Suomessa vain 4 %, vaikka heitä olettaisi olevan enemmän. Muillakin alueilla diabetes on varmasti alidiagnostisoitua, koska jopa kahdella kolmesta sydäninfarktipotilaasta on todettu poikkeava sokeriaineenvaihdunta (Bartnik ym. 2004). Tuoreen suomalaisen tutkimuksen perusteella n. 40 %:lla tämänikäisessä normaaliväestössä sokeriarvot ylittävät diabeteksen raja-arvot (Peltonen ym. 2006). Koska diabetes on yksi sepelvaltimotaudin riskitekijä, on sepelvaltimotautia sairastavilla diabetesta enemmän kuin normaaliväestössä.

Vuonna 2002 annettu Kelan hyvän sydänkuntoutuskäytännön standardi ei sisältänyt mitään mittausta, vaan kukin laitos on voinut käyttää omaa harkintaansa tutkimusten tai testien tekemisessä. Paino on lähes ainoita kaikkien käyttämiä mittareita, ja tämän tutkimuksemme kurssiohjelmaan liitettiin myös helposti toteutettava vyötärön ympäryksen mittaus. Se haluttiin mukaan, koska se on osoittautunut erittäin hyväksi vatsaonteloon kertyvän haitallisen rasvan mittariksi. Vyötärön ympärysmittat ovat kylläkin epäluotettavampia kuin painot, vaikka myös painon mittaamiseen liittyy virhelähteitä. Joskus jopa 7–9 kilon painon alenema tai 5 kilon painonnousu ei näkynyt lainkaan vyötärön ympäryksessä, vaikka lukemat ja muutokset muuten olivat yleensä kohtalaisen loogisia.

Puolella miehistä vyötärön ympäryys oli jo yli korkea riskiä osoittavan 102 cm rajan, mutta yllättävästi naisten keskiarvo oli suhteellisesti vielä korkeampi, lähellä miesten lukemaa. Löydös liittyy mitä todennäköisimmin metaboliseen oireyhtymään ja insuliiniresistenssiin (Wahrenberg ym. 2005). Tämä tarkoittaa sitä, että vyötärön ympäryslihavuuteen liittyy usein poikkeavia löydöksiä rasva- ja sokeriaineenvaihdunnassa sekä verenpainetautia. Mitä enemmän näitä riskitekijöitä on, sitä enemmän henkilöillä on sydän- ja verisuonitautia (Isomaa ym. 2001; Lakka ym. 2002) ja diabetesta (Grundy ym. 2004) ja sitä suurempi on kuolleisuus jo sepelvaltimotautia sairastavallakin (Zuannetti ym. 1993; Levantesi ym. 2005). Metabolisen oireyhtymän kriteerien perusmuuttujaksi on juuri äskettäin otettu vyötärön ympärysmitta, ja raja-arvot ovat niinkin alhaiset kuin naisilla 80 cm ja miehillä 94 cm (Alberti ym. 2005). Kurssilaisten painoindeksin ja vyötärön ympäryslukemien perusteella on ilmeistä, että suurimmalla osalla osallistujia on metabolinen oireyhtymä. Kurssilaisten joukossa oli ilmeisesti runsaasti myös sellaisia henkilöitä, joilla oli jo diabetes, vaikka sitä ei ollut havaittu. Jo ns. prediabeettiseen vaiheeseen liittyy kohonnut sydän- ja verisuonitautien riski ja diabeteksen aiheuttamien komplikaatioiden todennäköisyys on kohonnut (Wingard ym. 1993).



Ajanjakso kuntoutuksen alusta seurantajaksolle oli, vain 3–5 kk, joten se on suhteellisen lyhyt, jotta voitaisiin arvioida kuntoutusvaikutusten pysyvyyttä. Siksi kurssilaisista pyydettiin paino- ja vyötärön ympärystietoja noin vuoden kuluttua kurssin alusta. Vastausprosenttia 89 voidaan pitää hyvänä. Erityisesti tämä pitkäaikaistulos paljasti käytännönläheisen ravitsemusohjelman hyödyn. Miehetkin pystyivät laihduttamaan, ja tulos pysyi ainakin vuoden ajan. Naisilla on miehiä paremmat valmiudet oppia terveellinen ruokavalio luento-opetuksellakin.

Kuntoutuksen vaikutuksia mitataan mm. elämänlaadussa tapahtuvilla muutoksilla. Tässä tutkimuksessa elämänlaatua kuvaavalla Rand-36-mittarilla arvioituna tapahtui seurannan aikana suotuisia muutoksia sekä kuntoutujan fyysisessä että psyykkisessä tilanteessa. Sitä, onko tämä yksinomaan kuntoutuksen vaikutusta, ei tietenkään voida sanoa, koska käytettävissä ei ollut vertailuryhmää, joka olisi ollut satunnaisesti valittu ja jätetty ilman kuntoutusta. Osa muutoksesta on voinut johtua vielä keskeneräisestä toipumisesta ohitusleikkauksen jälkeen. Tällaisia kuntoutujia saattoi olla arviolta alle neljäsosa joukosta. Pallolaajennuspotilaat sen sijaan toipuvat nopeasti toimenpiteen jälkeen. Muilla kurssilaisilla akuutista tapahtumasta oli saattanut kulua jo vuosia. Jos tavoitteena oli fyysisen suorituskyvyn paraneminen, se myös näkyi elämänlaatumittarin fyysisissä osioissa.

Kurssit ovat suurimmaksi osaksi ryhmätoimintaa, ja kuntoutustavoitteita on kurseilla aikaisemmin lähestytty pääasiassa yleisellä tasolla. Tässä tutkimuksessa yritettiin soveltaa yksilökohtaisten tavoitteiden asettamista. Vaikka määritelmänsä mukaan kuntoutus on *tavoitteellista toimintaa*, tuntui siltä, että oman henkilökohtaisen tavoitteen hahmottaminen konkreettisella tasolla oli hapuilevaa ja tavoitteet asetettiin yleisellä tasolla: *Lisään liikuntaa. Pyrin laihduttamaan*. Papereissa näki harvoin selkeitä kilometrejä, joihin kuntoutuja halusi pyrkiä, eikä liikunnan lisäämisessä mietitty, mitä se käytännössä olisi.

Kuntoutustavoitteiden saavuttamista arvioivat kuntoutujat itse ja seurantajaksolla myös tiimi. Selkeän tavoiteasettelun puute selittää ilmeisesti sen, että moni tavoite oli poistunut tai muuttunut toiseksi, kun näitä asioita kysyttiin 3–5 kuukauden kuluttua, ja muutoksia oli tapahtunut vielä enemmän vuoteen mennessä.

Myös tiimin ja kuntoutujan arviot tavoitteiden saavuttamisesta poikkesivat jonkin verran. Osittain tämä voi johtua siitä, että tavoitteet ovat subjektiivisia ja toinen henkilö, varsinkin pääasiassa ryhmätoimintaan pohjautuvassa ohjelmassa, ei tunne kuntoutujaa niin hyvin, että osaisi arvioida asiaa täsmälleen samoin kuin kuntoutuja itse. Toisaalta tiimi tunsivat kuntoutujat varsin hyvin, koska useammasta erilaisesta tiimiarviosta muodostettu yksi indeksiluku korreloi hyvin kuntoutujan omista arvioinneista tehdyin indeksiluvun kanssa.

Vuoden kuluttua tavoitealueiden lukumäärä monellakin ylitti aikaisemman kolme, ja alueet olivat muuttuneet. Tämä voi osaltaan kuvata sitä, että kuntoutujat eivät

enää pystyneet hahmottamaan sitä, mitä tavoite merkitsee, vaan kyseessä saattoi olla enemmänkin toive.

Tavoitteellisuus voidaan nähdä konkreettisenä silloin, kun kyseessä on akuutti vamma, joka aiheuttaa vaurion, josta toivutaan joko osaksi tai kokonaan ja josta toipumista voidaan edistää subjektiivisin tai objektiivisin toimenpitein. Asetetut tavoitteet voivat kuitenkin olla enemmän tiimin kuin potilaan tavoitteita (Playford ym. 2000). Olisiko tavoitteiden saavuttaminen ollut parempaa, jos niitä olisi sallittu vain yksi? Tämä jää vaille vastausta. Kuitenkin on ilmeistä, että ihmiset pyrkivät samanaikaisesti moniin tavoitteisiin (Siegert ym. 2004). Yksilön onnistumiseen vaikuttavat hänen taitonsa, tunteensa ja käyttäytymisensä. Tiimi voi arvioida henkilön motivaatiota, mikä sinänsä on vaikea määritellä tai mitata. Tavoitteen asettamisen tärkeyttä kuvastavat seuraavat Clinical Rehabilitation lehden päätoimittaja Waden toteamukset.

”Goal planning, the setting of goals with the patient, is associated with more behavioural change than occurs when there is no setting of goals; setting both long-term and short-term goals is more effective than setting only long-term goals; behavioural change is more likely if goal planning is supported with specific interventions intended to facilitate that behavioural change; setting of goals may improve the long-term effectiveness of interventions, and significant patient involvement in goal setting is important” (Wade 1998).

Jos voidaan asettaa konkreettinen mitattavissa oleva tavoite, se johtaa taitojen hankkimiseen ja tuloksen saavuttamiseen (Bower ym. 1996).

Ylipaino on hyvin monen sairauden riskitekijä ja vaikuttaa myös työ- ja toimintakykyyn. Tässäkin aineistossa ylipainoisten painoindeksi ja fyysinen toimintakyky olivat käänteisessä suhteessa toisiinsa. Vaikka tarvetta laihduttamiseen olisi ollut suurimmalla osalla kurssilaisista, oli kokonaistulos vaatimaton. Vaikka laihtuminen oli tavoitteenakin, paino laski koko ryhmän tasolla vain vähän. Tämä ei poikkea Sydänliiton Tulppa-ohjelman tuloksista (Ikonen 2006). Niidenkin mukaan painon avaintekijäksi valinneiden paino laski vain vähän. Muiden riskitekijöiden tasoihin tuntui olevan helpompi vaikuttaa.

Toisaalta eri kuntoutuslaitosten kurssilaisten painokehityksen välillä oli eroja. Erot voidaan nähdä erilaisten ravitsemusohjelmien kuvastajana. Paino laski, jos ohjelma oli hyvin havainnollinen, ja sisälsi jopa omatoimista ruoanlaittoa. Painotulokseen vaikutti myös se, millainen ravitsemusasiantuntija ohjausta antoi. Pelkkä terveydenhoidollinen koulutus ei tuo sitä tietopohjaa ja ammattitaitoa, mitä erityiskoulutus antaa. Osalla kurssilaisista tapahtui tavoitteen mukaisia muutoksia, ts. jos painon lasku oli tärkein tavoite, paino laski kurssiaikana, mutta lasku ei ollut pysyvä. Tässä suhteessa naiset olivat parempia kuin miehet, koska naisilla painotavoitteeseen pyrkiminen näkyi koko seurannan ajan ja painonlasku oli suurin vasta vuoden kohdalla. Miesten huonompaa tulosta voi selittää se, että miehet tarvitsevat hyvin havainnollista opastusta ja että kotona ruokaa laittoi yleensä vaimo, joka olisi tarvinnut enemmän

opastusta ruokavaliomuutoksen tukemiseen. Toisaalta miesten ruokavalion rasvan laatu oli hyvä. Miehet itse ovat vastuullisia nauttimansa ruuan määrästä, millä on keskeinen merkitys painoa ajatellen.

Henkisen hyvinvoinnin tärkeyttä osoittaa mm. se, että seurantajaksolle tultaessa tämä tavoite ei ollut muuttunut toiseksi. Tähän osa-alueeseen oli sairaalavaiheessa kiinnitetty vähän huomiota, ja kurssiarvioinneissakin ilmeni, että kolmasosa ei ollut oppinut hakemaan apua henkisiin ongelmiin kurssin jälkeen. Tiedetään, että masennus estää työhönpaluuta, joten sen havaitseminen ja hoitaminen on tärkeää (Söderman ym. 2003). Toisaalta kuntoutujien masennusta ja ahdistuneisuutta osoittavat pistemäärien keskiarvot laskivat yleisesti. Jos henkinen hyvinvointi oli tavoitteena, ei lasku ollut sen suurempi kuin muillakaan. Sydänkurssi auttoi ilmeisesti sairauden aiheuttamiin rajoituksiin sopeutumisessa, koska kahta henkilöä lukuun ottamatta muut kokivat edistyneensä tämän tavoitteen saavuttamisessa.

Naiset olivat jonkin verran miehiä masentuneempia, ja heillä oli myös enemmän ahdistuneisuutta. Tämä sopii yleiseen kuvaan (Norrman ym. 2004). Naisia oli yleensä yksi tai korkeintaan kaksi kurssilla, joten voi olettaa, että jotkut naiset kokivat olonsa yksinäiseksi. Naiset tarvitsisivat ehkä tiimin erityishuomiota.

Tavoitteissa onnistuminen on subjektiivinen kokemus. Mielenkiintoisessa amerikkalaisessa tutkimuksessa annettiin potilaiden itse määrittellä oma tavoitteensa ja se, olivatko he onnistuneet sen saavuttamisessa (Oldridge ym. 1999). Tätä onnistumista tutkijat vertasivat elämänlaatumittarissa tapahtuneisiin muutoksiin. Yllätyksellistä oli, että 8 viikon kuntoutusjakson jälkeen harvempi kuntoutettu oli tyytyväinen onnistumiseensa kuin potilaat ryhmässä, joka ei ollut osallistunut kuntoutukseen. Kuitenkin kuntoutettujen suorituskyky oli kohonnut ja elämänlaatu kohentunut. Tämä osoittaa, että kuntoutujan edistyminen ei välttämättä heijastu tyytyväisyytenä omaan saavutukseensa. Saattaa olla, että kuntoutusvaiheen alussa asetetaan liian optimistisia tavoitteita, jotka ovat epärealistisia. Siksi mekin pyysimme kuntoutujia täyttämään tavoitelomakkeen vasta ensimmäisen kurssijakson lopulla, jolloin heillä oletettavasti oli enemmän valmiuksia asettaa oma henkilökohtainen tavoitteensa, kun asioista oli jo keskusteltu.

Työkyvyn ja työtilanteen suhteen eri laitosten kurssilaiset olivat lähtötilanteessa erilaisia. Työttömyyttä ja subjektiivisesti huonompaa työkykyä oli enemmän pohjoisessa kuin etelän keskuksissa. Yhtenä Kelan kuntoutuskurssien tärkeistä tavoitteista on kohentaa kurssilaisten työkykyä ja saada heidät pysymään työelämässä. Tätä tavoitetta ei kurssilla pystytty saavuttamaan. Työelämässä olevien työkyky ei parantunut, ja osa kurssilaisista siirtyi eläkkeelle. Eläkkeelle siirtyminen oli samanlaista kaikilla alueilla.

Kurssilaisten arvioima työkyky työkykyjanalla oli keskimäärin suurin piirtein samanlainen kuin Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneilla 45–64-vuotiailla henkilöillä, jotka olivat sairastaneet sydäninfarktin tai joilla oli sepelvaltimotauti (Koskinen ym.

2006, 119–121). Terveys 2000 -tutkimuksessa yli 80 % naisista ja 70 % miehistä piti työkykyään rajoittuneena ja keskimääräinen työkykypistemäärä oli noin 6. Kyseisessä aineistossa ei kuitenkaan eroteltu työssä tai eläkkeellä olevia, joten suoraa vertailua tähän aineistoon ei voida tehdä.

Ryhmätoimintaan perustuvalla kurssilla ei ole tarpeeksi aikaa ja mahdollisuuksia syventyä yksilökohtaisesti työelämän ongelmiin. Tarvittaisiin myös toisenlaista liikuntaohjelmaa. Tavanomainen sydänryhmissä toteutettu liikunta ei tuo toivottua tulosta työhönpaluuseen. Niinpä onkin kehitetty työtä simuloivaa liikuntaohjelmaa, jolloin – tosin pienessä aineistossa – kaikki tähän ohjelmaan osallistuneet palasivat infarktin jälkeen työhön, kun vertailuryhmästä palasi vain 60 % (Mital ym. 2000). Tällaista 28 erilaisesta työtä simuloivasta liikesarjasta koostuvaa ohjelmaa esitettiin EuroPrevent 2006 -kokouksessa Ateenassa (Kittel ja Karoff 2006). Esitellyssä tutkimuksessa oli 150 liikuntaohjelmaan osallistunutta ja saman verran verrokkeja. Ryhmät erosivat vuoden seurannassa työhönpalanneiden määrissä. Tiimiarviointi työkyvystä ei aina ollut yhtäpitävä kuntoutujan oman arvion kanssa. Tämä ei ole yllättävää. On todettu, että kuntoutujan oma arvio ja lääkärin arvio perustuvat erilaisiin seikkoihin (Mittag ym. 2001). Lääkärin arvioissa painottuvat lääketieteelliset näkökohdat, ja ne ovat lähes yksinomaan somaattisia tai fysiologisesti todettavia löydöksiä. Kuntoutuja sen sijaan kokee terveytensä ja työkykynsä kokonaisvaltaisemmin, ja työpaikan ja työtyytyväisyyden merkitys tulee mukaan arvioon. Meidän aineistossamme eläkkeelle siirtyneet olivat kokonaisuudessaan tyytyväisiä työhönsä, mutta tämä arvio ei erotellut työpaikan ja ihmissuhteiden merkitystä.

## KIRJALLISUUS

Aalto A-M, Aro AR, Teperi J. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina: mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 101, 1999.

Alberti KG, Zimmet P, Shaw J; IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome – a new worldwide definition. *Lancet*. 2005; 366: 1059-1062.

Bartnik M, Malmberg K, Hamsten A, ym. Abnormal glucose tolerance – a common risk factor in patients with acute myocardial infarction in comparison with population-based controls. *J Intern Med* 2004; 256: 288–297.

Bower E, McLellan DL, Arney J, Campbell MJ. A randomised controlled trial of different intensities of physiotherapy and different goal-setting procedures in 44 children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1996; 38: 226–237.

Grundy SM, Hansen B, Smith SC, Jr., Cleeman JI, Kahn RA: Clinical management of metabolic syndrome: report of the American Heart Association / National Heart, Lung, and Blood Institute / American Diabetes Association conference on scientific issues related to management. *Circulation* 2004; 109: 551–556.

Ikonen T. Tulppa-ohjelman prosessi ja tuloksellisuus. Sepelvaltimotautia sairastavien ja sepelvaltimotaudin riskissä olevien potilaiden ryhmäkuntoutusohjelma. Pro gradu. Kuopion yliopisto, Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos. Kansanterveystiede. 2006.

Isomaa B, Almgren P, Tuomi T, ym. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001; 24: 683–689.

KTL. Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6, 2005.

Keskimäki I, Aalto A-M, Häkkinen U ym. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. STAKES, Raportteja 286, 2004.

Kittel J, Karoff M. Does vocationally oriented cardiac rehabilitation increase return to work? A randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13 (Suppl 1): S78.

Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Gould R. Työkykyyn vaikuttavat tekijät. Julkaisussa: Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos, 2006. ss. 119–121.

Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, ym. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002; 288: 2709–2716.

Liskola P, Luomanmäki K. Iskeemistä sydäntautia sairastavien kuntoutus. *Suom Lääkäril* 1985; 33: 3257–3262.

Levantesi G, Macchia A, Marfisi R, ym. Metabolic syndrome and risk of cardiovascular events after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 277–283.

Mital A, Shrey DE, Govindaraju M, Broderick TM, Colon-Brown K, Gustin BW. Accelerating the return to work (RTW) chances of coronary heart disease (CHD) patients: part 1 – development and validation of a training programme. *Disabil Rehabil* 2000; 22: 604-620.

Mittag O, Kolenda KD, Nordman KJ, Bernien J, Maurischat C. Return to work after myocardial infarction/ coronary artery bypass grafting: patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1441–1450.

Norrmann S, Stegmayr B, Eriksson M, Hedback B, Burell G, Brulin C: Depressive mood after a cardiac event: gender inequality and participation in rehabilitation programme. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2004; 3: 295–302.

Oldridge N, Guyatt G, Crowe J, Feeny D, Jones N. Goal attainment in a randomized controlled trial of rehabilitation after myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil* 1999; 19: 29–34.

Peltonen M, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, ym. Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä. Dehkon 2D-hanke (D2D). *Suom Lääkäril* 2006; 61: 163–170.

Playford ED, Dawson L, Limbert V, Smith M, Ward CD, Wells R. Goal-setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals' perceptions of goal-setting. *Clin Rehabil* 2000; 14: 491–496.

Siegert RJ, McPherson KM, Taylor WJ: Toward a cognitive-affective model of goal-setting in rehabilitation: is self-regulation theory a key step? *Disabil Rehabil* 2004; 26: 1175–1183.

Söderman E, Lisspers J, Sundin O. Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. *Soc Sci Med* 2003; 56:193–202.

Wade DT. Evidence relating to goal planning in rehabilitation. *Clin Rehabil* 1998; 12: 273–275.

Wahrenberg H, Hertel K, Leijonhufvud BM, Persson LG, Toft E, Arner P. Use of waist circumference to predict insulin resistance: retrospective study. *BMJ* 2005; 330:1363-1364.

Wingard DL, Barrett-Connor EL, Scheidt-Nave C, McPhillips JB. Prevalence of cardiovascular and renal complications in older adults with normal or impaired glucose tolerance or NIDDM. A population-based study. *Diabetes Care* 1993; 16: 1022–1025.

Zigmond A, Snaith R: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psych Scand* 1983; 67: 361–370.

Zuanetti G, Latini R, Maggioni AP, Santoro L, Franzosi MG. Influence of diabetes on mortality in acute myocardial infarction: data from the GISSI-2 study. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: 1788–1794. Wahrenberg H, Hertel K, Leijonhufvud BM, Persson LG, Toft E, Arner P. Use of waist circumference to predict insulin resistance: retrospective study. *BMJ* 2005; 330:1363-1364.

Wingard DL, Barrett-Connor EL, Scheidt-Nave C, McPhillips JB. Prevalence of cardiovascular and renal complications in older adults with normal or impaired glucose tolerance or NIDDM. A population-based study. *Diabetes Care* 1993; 16: 1022–1025.

Zigmond A, Snaith R: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psych Scand* 1983; 67: 361–370.

Zuanetti G, Latini R, Maggioni AP, Santoro L, Franzosi MG. Influence of diabetes on mortality in acute myocardial infarction: data from the GISSI-2 study. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: 1788–1794.

## 10 LOPPUYHTEENVETO JA SUOSITUKSET

Kuntoutus voidaan nähdä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessina, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Se on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäkestoista toimintaa. Kuntoutumisprosessin lähtökohtana on kuntoutujan ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksellinen ja tavoitteellinen muutos. Puhutaankin kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta. Tämä sisältää kuntoutujan fyysisenä ja psyykkisenä olentona sekä hänen sosiaalisen ympäristönsä. Näkemys hyvästä hoidosta tai kuntoutuksesta on siirtynyt ongelmakeskeisyydestä tavoitekeskeisyyteen. Tätä pitäisi soveltaa kaikkiin interventioihin ja vuorovaikutuksiin kuntoutujan ja hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien ammattihenkilöiden ja muiden asiantuntijoiden välillä. Tätä näkökulmaa on tässä julkaisussa yritetty tuoda esiin, sikäli kuin se on ollut mahdollista.

Sydänkuntoutukseen osallistuvien potilaiden kuntoutusprosessi alkaa sairaalan tai perusterveydenhuollon todettua sydänsairauden. Sairaalahoitovaiheet ovat nykyisin lyhyitä ja kiireisiä. Tästä syystä sairaalavaiheeseen ei voi sisällyttää kaikkea sitä tietomäärää, mitä potilas ja myös omainen tarvitsisivat, jotta toipuminen, omasta hoidosta vastuun ottaminen ja kuntoutuminen sujuisivat mahdollisimman hyvin. Tämä korostaa sairaalavaiheen jälkeen sijoittuvaa ohjausta ja neuvontaa. Akuuttiin sydäntapahtumaan välittömästi liittyvä kuntoutus on lakisääteisesti terveydenhuollon tehtävä. Tämä kuitenkin toteutuu sydänpotilailla ilmeisen huonosti. Sepelvaltimotauti on pitkäaikaissairaus, jonka hallintaan potilas tarvitsee yleensä pysyvästi terveydentilansa seuranta, tarkastuksia ja tilanteenmukaista neuvontaa, mikä edellyttää toimivaa ja pysyvää yhteyttä terveydenhuoltohenkilökuntaan. Monella potilaalla on lisäksi muita pitkäaikaissairauksia, jotka vaikuttavat kuntoutuksen muutenkin hyvin moniulotteisessa kentässä.

Tässä jatkumossa Kelan sydänkuntoutuskurssi on tällä hetkellä turhan usein yksi irrallinen tapahtuma, joka ei ole kytkeytynyt palveluketjuun ja jonka tuloksien ja suositusten toteutumisen seuranta ei toimi toivotulla tavalla. Kelan kuntoutuksen tavoitteena on järjestää sellaista lääkinnällistä tai ammatillista kuntoutusta, joka vastaa kuntoutujan tarpeisiin ja yhteiskunnan asettamiin vaatimuksiin, on luotettavaa ja turvallista ja jonka avulla lain piiriin kuuluvien kuntoutujien työ- ja toimintakykyä voidaan ylläpitää ja edistää. Sydänkurssit onkin tarkoitettu pääasiallisesti työikäisille potilaille, jotka ovat työelämässä tai joiden tarkoitus on palata sinne. Kursseillehakeutumisoheissa kohderyhmänä ovat erityisesti ne potilaat, joiden kohdalla terveydenhuollon kuntoutustoimenpiteet eivät ole olleet riittäviä, joille sairaus aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia rajoituksia ja jotka tarvitsevat monipuolista tukea voidakseen palata työelämään. Kuntoutus eroaa tavanomaisesta hoidosta monialaisuutensa ja menetelmiensä vuoksi.

Kuntoutusta toteutetaan Euroopan maissa hyvin eri laajuudessa ja eri tavoin niin, että laituskuntoutusta järjestetään pääasiassa Saksassa, Itävallassa, Sveitsissä, Pohjois-Italiassa, Etelä-Ranskassa ja Itä-Euroopassa ja muualla on avokuntoutusta. Kelan

kurssitoiminta poikkeaa eurooppalaisesta käytännöstä siinä mielessä, että muualla potilaat ohjataan kuntoutuslaitokseen tai avohoidossa tapahtuvaan kuntoutukseen heti sairaalavaiheen jälkeen. Tämä muutaman kuukauden aika on välitöntä toipumisvaihetta, jossa kuntoutuksen tulisi olla aktiivisinta. Sinä aikana tulevat esiin suurimmat kysymykset ja ongelmat ainakin niiden kohdalla, jotka ovat ensimmäisten sydänoireiden, mahdollisesti sydäninfarktin, vuoksi joutuneet sairaalaan tai joille on heti suoritettu ohitusleikkaus tai pallolaajennus. Tämä vaihe on kuntoutuslaissa ohjeistettu terveydenhuollon tehtäväksi. Mitä ilmeisimmin tämän vaiheen kuntoutuksessa on aukkoja, joihin Kelan kurssit kaikenlaisten viiveiden takia varsin harvoin sijoittuvat. Toisaalta kalliin laituskuntoutuksen tulisikin olla varattu niille, jotka sitä eniten tarvitsevat ja siitä hyötyvät.

Tässä aineistossa, joka käsitti 107 miestä ja 27 naista, hyvin harva kuntoutuja pääsi kurssille varsinaisen toipumisvaiheen kestäessä. Syynä on osittain se, miten Kelan sydänkurssimahdollisuus yleensäkin sairaaloissa tiedostetaan, osittain myös kurssille hakeutumisen viive ja kurssitarjonta. Monilla kuntoutujilla oli jo vuosia kestänyt sydänsairaushistoria takanaan: he olivat sairastaneet aikaisemmin useita sydäninfarkteja, mutta vasta ohitusleikkaus tai pallolaajennus oli se tapahtuma, jonka jälkeen heidät ohjattiin kurssille. Myöhäisen ajankohdan puolesta puhuu myös se, että suurin osa oli kokenut toipuneensa hyvin jo ennen sydänkurssia. Monien kurssilaisten kohdalla oltiinkin jo koko loppuelämän kestävässä kunnon ylläpitovaiheessa, jos ajatellaan yksinomaan fyysistä kuntoutumista.

Sydänkurssien yleistavoitteet on määritelty ensimmäisen kerran vuonna 2002 annetussa *Hyvän kuntoutuskäytännön* ohjeistuksessa käsittämään mm. kuntoutujan työ- ja toimintakyvyn edistäminen, terveiden elämäntapojen omaksuminen, kuntoutujan psyykkinen ja sosiaalinen tukeminen sekä sairautta koskevan tiedon antaminen sekä kuntoutujalle että läheisille. Kaikkien sydänkuntoutusta toteuttavien laitosten kursien sisällöt ja toteuttamiseen osallistuvat ammattikunnat olivat kyselymme mukaan erilaisia, koska ohjeistus antaa tähän mahdollisuuden. Myös kovin erilaisia ja eritasoisia toiminnan vaikutusten mittareita käytettiin. Kurssilaisista kerätään paljon tietoa, mutta se on koordinoimatonta ja sen hyödyntämisessä olisi parantamisen varaa.

Kurssille hakeutuminen on monesti aika sattumanvaraista. Hoitavista lääkäreistä vain pienelle osalle tulee edes mieleen kurssille lähettäminen. On joitakin sairaaloita, joissa on tietynlainen rutiini arvioida sydänpotilaiden tilannetta jatkohoitovaiheessa, ja näistä sairaaloista yksi joukko ohjautuu kuntoutuslaitokseen. Tämäkin ehkä selittää sitä, että kurssilaiset olivat terveydentilaltaan erilaisia eri laitoksissa.

Toiminnan tavoitteellisuus on tärkeä kuntoutuksessa. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma tulee tehdä jo toipilasvaiheessa, ja sen sisällön tulee perustua yksilökohtaiseen tavoiteasetteluun ja suunnitelmaan. Tavoitteissa etenemistä tulee seurata ja tarvittaessa on järjestettävä tukitoimia. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma on hoidon jatkuvuuden kannalta tärkein dokumentti potilaan siirtyessä sairaalasta avohoitoon. Se, että Kelalle kirjoitetaan erillinen suunnitelma kuntoutuskurssia varten, ei johda järjestelmällisyyteen ja jatkuvuuteen hoidossa ja kuntoutuksessa.



Sydänkurssit toteutetaan pääasiassa ryhmätoimintana. Tässä sairaudessa monet asiat ovatkin yhteisiä, ja näin ryhmän merkitys myös henkisenä tukena korostuu. Tässä 4 kuntoutuslaitoksen sydänkurssien toimittamista ja kurssilaisten kuntoutumistavoitteiden asettamista ja toteutumista kuvaavassa tutkimuksessa kuntoutujat olivat yleensä tyytyväistä saamaansa kuntoutukseen mutta vähemmän tyytyväisiä omien tavoitteittensa toteutumiseen. Terveystilaan liittyvän elämänlaadun monilla osa-alueilla oli tapahtunut merkitsevää paranemista, mikä säilyi ainakin vuoden ajan. Subjektiiivinen fyysinen kunto parani ja fyysiset rajoitukset vähenivät.

Kuitenkin kuntoutujilla on myös omia henkilökohtaisia ongelmiaan. Tässä suhteessa näytti olevan eroja eri laitosten kuntoutujien välillä. Jotta voidaan lähestyä näitä ongelmia ja miettiä ratkaisuja niihin, pitää kuntoutuja ja hänen ongelmansa tuntea ja täytyy olla aikaa ratkaisuvaihtoehtojen pohtimiseen yhdessä kuntoutujan kanssa. Laitosten kuntoutujat erosivat toisistaan myös joissakin muissa tekijöissä. Tästä syystä samojen arviointikriteerien käyttö saattaa johtaa siihen, että tehdään epäoikeudenmukaisia johtopäätöksiä joidenkin laitosten työstä.

Henkisen hyvinvoinnin tärkeyttä kuntoutujille osoittaa mm. se, että tämä tavoite ei muuttunut toiseksi seurannan aikana. Tähän osa-alueeseen oli sairaalavaiheessakin kiinnitetty liian vähän huomiota, ja vuoden kuluttua kurssista ilmeni, että kolmasosa ei ollut kurssinkaan jälkeen oppinut hakemaan apua henkisiin ongelmiin. Tiedetään, että masennus voi estää mm. työhönpaluuta, joten sen havaitseminen ja hoitaminen on tärkeää. Vain yksi tai korkeintaan kaksi naista miesvoittoisessa joukossa vaati erityisesti naisten ongelmien huomioimista. Naiset reagoivat useammin psyykkisesti kuin miehet. He tarvitsevat ylimääräistä ohjausta ja neuvontaa enemmän kuin miehet ja he kokivat työkykynsä huonommaksi kuin miehet.

Kukin kuntoutuja tarvitsee omat henkilökohtaiset tavoitteet kuntoutumiselleen. Vain nämä asettamalla voidaan päästä tulokseen. Tämän tutkimuksen yksilöllisten tavoitteiden asettaminen ei konkretisoitunut aivan sillä tavalla, kuin mitä toivottiin. Tätä kokemusta voidaan kuitenkin hyödyntää, kun Kelan kurssitoimintaa ja kirjauskäytäntöä kehitetään. Nykyinen kurssisysteemi, jossa parin viikon kurssivaiheen jälkeen kuntoutujat toteuttavat saamiaan neuvoja ja oppeja sekä kotona että työssä ja tulevat lyhyelle seurantajaksolle muutaman kuukauden kuluttua, luo mahdollisuuden tavoitteiden toteutumisen seurantaan vain lyhyellä aikavälillä. Tarvittaisiin pidempää seurantaa.

Pysyvä hoitosuhde ja toimiva palveluketju luovat parhaat edellytykset saavutettujen tulosten pysyvyyden seurantaan. Tässä tutkimuksessa toimivan hoitosuhteen tärkeys tuli hyvin konkreettisesti esille. Hoitosuhteissa oli yllättävän paljon muutoksia. Osa muutoksesta oli ilmeisesti luonnollista siirtymää sairaalan poliklinikalta avohoitoon, mutta myös selvää hoitosuhteen puutosta oli olemassa. Jos lääkärikontaktia ei ole saatavilla, ei kuntoutuskurssi tai -laitos pysty siihen vaikuttamaan. Miten tilannetta silloin pystytään seuraamaan?

Kuntoutuskurssin vaikuttavuuden arviointiin oli käytettävissä rajallista tietoa. Standardimittaukset eivät ole kuuluneet Kelan ohjeistukseen. Kukin laitos on voinut käyttää niitä mittausmenetelmiä, joita itse on halunnut. Tästä syystä tässäkin tutkimuksessa ei voitu lisätä kustannuksia ja velvoittaa laitoksia uusiin tutkimuksiin. Tarkkoja mittauksia olivat ainoastaan paino ja vyötärön ympäryys. Nämä kuvastivat vain yhden tavoitealueen eli painon kehitystä seurannan aikana. Vaikka tarvetta laihduttamiseen olisi ollut lähes jokaisella kurssilaisella, oli kokonaistulos vaatimaton. Tuloksissa oli kuitenkin sukupuoli- ja laitoskohtaisia eroja. Erityisesti miehet vaativat hyvin käytännönläheistä lähestymistapaa ja ohjausta, jotta painoa voitaisi saada putoamaan ja uudet elintavat jäisivät pysyviksi. Tämän tavoitteen saavuttamiseen vaikutti myös ohjaajan ammattitaito.

Yksi työikäisille tarkoitettujen sydänkurssien päätarkoitus on kohentaa työkykyä ja auttaa pysymään työelämässä. Tämä tavoite ei täysin toteutunut. Tavoitteen saavuttamiseksi pitäisi kurssiohjelman sisältö suunnitella uudelleen. Tällöin tarvitaan myös selkeää yksilökohtaista otetta niihin ongelmiin, joita työkyvyssä ja työelämässä esiintyy. Tarvittaisiin myös kiinteämpää yhteyttä kuntoutujan työterveyshuoltoon ja työolosuhteiden ja työn vaatimusten yhtensovittamisesta kuntoutujan terveydentilan kanssa. Nyt kurssit ovat yleisiä tietous-neuvonta-liikuntaohjelmia, joissa yksilön erityisongelmat jäävät usein liian vähälle huomiolle.

Tutkimuksen aikaan olivat voimassa Kelan ensimmäiset sydänkuntoutusta koskevat ohjeet (standardit). Vuoden 2006 alusta tulivat voimaan seuraavaksi kolmeksi vuodeksi annetut uudet ohjeet, joissa jo voitiin hieman enemmän täsmentää kurssiohjelman sisältöä ja tavoiteasettelun kirjaamista sekä ottaa käyttöön joitakin kuntoutuksen vaikutuksia osoittavia mittauksia. Tätä kehitystyötä tulee jatkaa seuraavia ohjeita laadittaessa.

### 10.1 Suosituksia sydänkuntoutuksen parantamiseksi

- Terveydenhuoltojärjestelmän tulee järjestää kansainväliseen tapaan sairaalavaiheen jälkeinen välitön kuntoutus kaikille sepelvaltimotautia sairastaville potilaille sekä tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsevat Kelan järjestämää monitahoista laitospuotoista kuntoutusta ja hyötyvät siitä.
- Terveydenhuollon tulee mahdollisemman aikaisessa vaiheessa tehdä hoito- ja kuntoutussuunnitelma, ja sen sisällön tulee perustua yksilökohtaiseen tavoiteasetteluun ja suunnitelmaan. Tavoitteissa etenemistä tulee seurata ja järjestää tarvittaessa tukitoimia.
- Saumattomaan hoito- ja palveluketjuun tulee panostaa sekä ennen että jälkeen kuntoutuskurssin, jotta varmistetaan paras kuntoutustulos ja sen pysyvyys. Kelan kurssitoiminta tulee sitoa osaksi hoito- ja palveluketjua.

- 
- Laitosmuotoisen kuntoutuksen tulee voida vastata moniongelmaisten potilaiden asettamiin, erityisesti psykososiaalisiin haasteisiin.
  - Kurssien ohjelmaa pitäisi muuttaa vastaamaan paremmin työelämän ongelmiin ja haasteisiin.
  - Kurssiohjelmaa suunniteltaessa tulee ottaa paremmin huomioon naisten erityistarpeet.
  - Ohjelman toteutuksessa tulee kiinnittää huomiota ohjaajan ammattipätevyyteen.
  - Sydänkursseilla tulee kerätä yhdenmukaista tietoa, jotta kuntoutuksen tuloksia voidaan seurata.

## ***LITTEET***



## LIITE 1: KUNTOUTUSKURSSIEN TOTEUTTAMISEEN JA KURSSILAISTEN OSALLISTUMISEEN LIITTYVIEN TIETOJEN KERUU JA LUOKITTELU

### A. Kuntoutujien lomake

Esimerkki kuvaa yhden laitoksen ohjelman kolmea ensimmäistä päivää sydäntuntoutuskurssilla. Joka laitokselle oli tehty oma tiedonkeruulomakkeensa. Eri päivien ohjelma oli valmiiksi merkitty lomakkeeseen laitoksen perusohjelman sisällön, ilmoitetun työpanoksen sekä ohjaajien ammatin mukaan. Jos ohjelma toteutettiin täysin perusohjelman mukaisesti, yhdyshenkilö vain palautti kuntoutujakohtaisen lomakkeen kurssin lopussa. Jos oli poikkeamia, yhdyshenkilö kirjasi ne kuten myös yksilökohtaisesti annetun lisäohjauksen. Myös ohjelman muutokset merkittiin lomakkeeseen.

Pv. <sup>1</sup>	Ohjelma <sup>2</sup>	Y <sup>3</sup>	R <sup>4</sup>	Toim <sup>5</sup> .	Tekijä <sup>6</sup>	Aika <sup>7</sup>	Työpanos <sup>8</sup>
1. ma	Alkupalaveri.		x	2	th, ps, ft	1,00	3 x 1,00
	Ulkoliikunta, tutustuminen pihapiiriin		x	5	ft	1,00	
	Tavoitekeskustelu		x	2	th, ps, ft	1,00	3 x 1,00
	Asuminen ja vapaa-aika (info)		x	10	asohj		-
	Terveystietäjän haastattelu	x		1	th	0,50	0,50 x 7 kjaa
	Fysioterapeutin haastattelu	x		1	ft	0,35	0,35 x 14 kjaa, jakautuu eri päiville
	Kardiologin tarkastus	x		1	kard, th	0,35	2 x 0,35 x 7 kjaa
	Kävelytestit	x		1	ft, th	0,35	2 x 0,35 x 14 kjaa, jakautuu eri päiville
2. ti	Terveystietäjän haastattelu	x		1	th	0,50	0,50 x 7 kjaa
	Ryhmäliikunta		x	5	ft	0,75	
	Opetuskesk. Rentous.		x	6	ft	0,75	
	Rentousryhmä		x	6	ft	0,50	
	Opetuskeskustelu: työkyvyn osatekijät 1		x	8*	ps, th	1,50	2 x 1,50
	Ulkoliikunta, tutustuminen maastoon		x	5	ft, kh	1,00	2 x 1,00
	Kardiologin tarkastus	x		1	kard, th	0,35	2 x 0,35 x 7 kjaa
3. ke	Opetuskesk. liikunnasta		x	5	ft	1,00	
	Ulkoliikunta		x	5	ft, kh	1,00	2 x 1,00
	Opetuskesk. sydänsairauksista		x	2	th.	1,00	
	Vesiliikunta		x	5	kh	0,50	
	Rentousryhmä		x	6	kh	0,50	
<b>Lomakkeessa oli lisäksi seuraavat kohdat, jotka yhdyshenkilö kirjasi:</b>							
	Tarpeenmukainen yksilöohjaus (Y)						
	Tarpeenmukainen ryhmäohjaus (R)						
	Yhteydenotto ulkopuolisiin tahoihin						

- <sup>1</sup> kuntoutuspäivä.
- <sup>2</sup> kuntoutujan ohjelmakortissa oleva kuvaus.
- <sup>3</sup> toteutettu yksilöohjauksena. Perusohjelmaan sisällytetty tai lisätarpeen perusteella ohjelmoitu yksilökohtainen tutkimus, ohjaus ja neuvonta.
- <sup>4</sup> toteutettu ryhmäohjauksena. Sisältää myös omaisten osallistumisen ryhmään.
- <sup>5</sup> Toimintojen luokitus tiedonkeruulomakkeessa:
  1. yksilöohjaus
  2. terveysohjaus ja tavoitekeskustelut
  3. psyykinen hyvinvointi
  4. ravitsemusohjaus
  5. fyysinen suorituskyky
  6. fyysinen hyvinvointi
  7. sosiaalinen hyvinvointi
  8. \*työ ja työssä jaksaminen, työolot
  9. laboratoriotutkimus
  10. muu toiminta

\* Toimintoa 8 eli työtä, työssä jaksamista ja työoloja koskevat osuudet yhdistettiin myöhemmin muihin luokkiin. Esitetyn esimerkin toiminto liitettiin psyykkiseen hyvinvointiin (3) ja työpanosta kullekin ammattiryhmälle 1,5 tuntia. Laboratoriotutkimukset liitettiin *muuhun toimintaan*.

*Muu osallistuminen* sisältää mm. informaatiotilaisuudet kursseista, laitoksen toiminnasta ja turvallisuudesta sekä yleisluennot, joihin kuntoutujat voivat osallistua riippumatta siitä, missä kuntoutusryhmässä kukin sattui olemaan. Tarkempaa sisällöllistä ja ajallista selvitys ei ole tehty. Tähän sisältyvät 8:n tai 6 tunnin pituisen kuntoutuspäivän ruokailuajat, pienet lepoetket, vaatteiden vaihtamiset ja muu valmistautuminen seuraavaan ohjelmoituun toimintoon. Muuta osallistumista on kuntoutujan kurssin kestoksi lasketun ajan ja ydintoimintoihin käytetyn osallistumisajan erotus.

- <sup>6</sup> Ammattiryhmien luokitus  
lä, kard = sekä kuntoutusohjelmasta vastaavat lääkärit että kardiologit ja muut konsultoivat asiantuntijalääkärit  
th = terveydenhoitaja, sairaanhoitaja  
ps = psykologi  
sostt = sosiaalityöntekijä  
ravter = ravitsemusterapeutti. Varsinaisten ravitsemusterapeuttien lisäksi taulukoissa ja kuvioissa käytetään tätä nimikettä myös kaikista muista ravitsemusneuvontaa toteuttaneista ammattiryhmistä kuten ravitsemusneuvojat ja ravitsemuspäälliköt, myös terveydenhoitajat toteuttaessaan ravitsemusneuvontaa ja -ohjausta.  
ft = fysioterapeutti. Fysioterapeutinimikettä käytetään raportissa kuvaamaan kaikkia suorituskyvyn ja fyysisen hyvinvoinnin ohjelmien toteuttamiseen osallistuneita ammattiryhmiä kuten toimintaterapeutit (tter), lääkintävahtimestarit (lv), kuntohoitajat (kh), liikunnanohjaajat (loh), liikunnanopettajat (lop)
- <sup>7</sup> Ajan yksikkönä on tunti jaettuna sadasosiin. Tarvittaessa käytetty pyöristyksiä, 5 min = 0,10, 10 min = 0,20, 15 min = 0,25 ja 20 min = 0,35, 30 min = 0,50.
- <sup>8</sup> Ohjelman toteuttamiseen käytetty aika, myös ammattiryhmittäin.

## B. Tiimin lomake

Kuntoutustyöntekijöiden käyttämät aikaresurssit				
Kurssitunnus:		Aloituspv.		
Kuntoutusjakso, ympyröi I II		Laitos: XYZ		
<b>TOIMINTA</b>	<b>täytä</b>	<b>täytä</b>	<b>täytä</b>	<b>MR täyttää</b>
<b>Kirjoita, jos on</b>				
<b>Tiimityö</b>		Aika/kerta	Ammatti	Aika yhteensä
<b>Tiimi 1, osallistujat</b>				Muu huomio
<b>Tiimi 2, osallistujat</b>				
<b>Kuntoutusselostet, osallistujat</b>	Aika/kpl		Aika yhteensä	
		Lä/kard		
<b>Kuntoutusselosteeissa käyt. lausunnot</b>	Aika/kpl		Aika yhteensä	
<b>Muu kirjallinen tai vastaava työ</b>			Aika yhteensä	
<b>OMAISTEN PÄIVÄT</b>	Aika	Ammatti	Aika yhteensä	
<b>Omaisten määrä, henkilöä</b>				
Pv A ja B, vain omaiset				
Toiminto 1				
Toiminto 2				
Toiminto 3				

Lomakkeen tietoja käytettiin raportissa kuvaamaan työpanoksen tiimityötä eli viestintä ja dokumentaatiota. Tiedoista koottiin erikseen tiimikokoukset, kuntoutusselostet ja lausunnot sekä muu kirjallinen tai vastaava työ.

### Tiimi

Tiimikokousten määrä, kesto sekä osallistujat (ammattiryhmät). Alku- ja seurantajakson tiimityö on yhdistetty kurssikohtaisesti yhdeksi kokonaisuudeksi.

### Kuntoutusselostet ja niiden kokoamiseen käytetyt lausunnot

Kirjattiin selosteiden laatijoiden ammatti ja laatimiseen käytetty aika. Kurssin vastuulääkäri tai kardiologi tekee kuntoutusjaksoittain kuntoutusselostet. Ne sisältävät selostuksen kuntoutuksen sisällöstä ja vaikutuksista sekä suositukset tarpeellisista jatkotoimenpiteistä. Kuntoutusselosteeeseen liitetään tarvittaessa muiden työntekijöiden lausuntoja sekä erilaisia hoitosuosituksia. Mahdolliseen kaikille kuntoutujille lähetettävään samansisältöiseen kurssiselosteeseen käytetty työpanos sisällytettiin tähän kohtaan samoin niiden asiakirjojen työpanos, joista kuntoutusselosteeissa käytetään otteita.

### Muu kirjallinen työ

Muuta kirjallista työtä olivat esim. merkinnät päivän tapahtumisista, tehdyistä toimenpiteistä, luentojen valmistaminen, kirjallisten ohjeiden kokoaminen kuntoutujille, sanelut, haastatteluyhteenvedojen kirjoittaminen, yhteys laitoksen ulkopuolisiin tahoihin.

### Muita erillisiä toimintoja

Sydänliiton edustaja kävi melkein joka laitoksessa kertomassa sydänpiirin toiminnasta. Kuntoutujan ohjelmassa se luokiteltiin ryhmätoiminnaksi aiheena *sosiaalinen hyvinvointi*. Työpanosta ei sisällytetty kuntoutuslaitoksen laskelmiin.



## LIITE 2: YDINTOIMINTOJEN KUVAUS JA LUOKITUS

### Ydintoimintojen kuvauksissa ilmeni seuraavia sisältökokonaisuuksia:

#### Terveys ja tavoitteet:

- tavoitteet, tavoitetyöskentelyyn ohjaus, tavoiteasettelu, palautekeskustelu
- sydämen rakenne ja toiminta, sydänsairauden hoito, lääkitys, rintakivun ensiapu
- elintavat ja terveysohjaus: riskitekijät ja niiden hallinta, veren rasvat ja kolesteroli, verenpaine, tupakka, alkoholi, ylipaino, elämäntapojen muutos
- miten elää sairauden kanssa, mm. saunominen, uiminen, matkustaminen, rakastelu
- vapaa-ajan toiminnot, harrastukset ja elämäntilanne kokonaisuutena.

#### Ravitsemus:

- rasvan, suolan ja kuitujen vaikutus sydän- ja verisuonisairauteen
- elintarvikkeiden ominaisuuksia
- ravinnon merkitys ja ruoankäytön muutostarpeet, ruokaympyrän ja lautasmallin hyödyntäminen, tutustuminen aiheeseen liittyvään materiaaliin
- laihdutusohjaus ja painonhallintakysymyksiä
- ruuan valmistus pienryhmissä sekä keskustelut aterioinnin aikana valmistusmenetelmistä ja raaka-aineista.

#### Fyysinen suorituskyky:

- luennot ja keskustelut mm. liikunnasta ja liikunnan vaikutuksista, liikuntaharjoittelu ja sydämen rasittaminen yleensä, kestävyys ja lihaskuntoharjoituksen perusohjeet, *Liiku- ja laihtu* -luento, liikunnan ja rentouden tasapainottaminen, liikunnallinen aktivoiminen, pohdintaa oman kunnan hoidosta
- harjoitukset mm. lenkkeily, venyttely, ulkoilu kävellen ja pyöräillen (sykemittariseuranta), retket, kuntopyöräharjoittelu telemetrivalvonnassa, pelit, kilpailut, vesiliikunta, kuntosaliharjoitukset ym.

#### Fyysinen hyvinvointi:

- liikunnan vaikutus terveyteen, itsehoidon pohdinta ja suunnittelu, kotiliikuntaohjeet, uusien käytännön toimintamallien löytäminen (portaiden käyttö, työmatkat), hyötyliikunta, rentoutuminen, haitallinen kuormitus, tuki- ja liikuntaelämistön rakenne ja toiminta
- harjoitukset voivat sisältää rentous-, ryhti- ja hengitysharjoituksia, nivelten liikkuvuutta, lihaskuntoa ja lihastasapainoa lisääviä harjoituksia, oman kehon hallinnan oppimista, yläraajojen toiminnallista ergonomiaa, taideterapia, konkreettisia työtapoja kuten lapiointi, polttopuun teko, autonrenkaan vaihto, haravointi, lumityöt ja ruohonleikkaus.

#### Henkinen hyvinvointi:

- sairastuminen elämänkriisinä ja selviytyminen, sydänsairauteen sopeutuminen, psyko-sosiaaliset riskitekijät, elämänlaatu, tulevaisuuteen suuntautuminen
- stressi ja stressinhallinta, elämän voimavaratekijät ja omat voimavarat,
- omat psyykkiset tuntemukset ja oireet sekä vahvuudet, sairauden vaikutukset mielialaan, itsetuntoon ja suorituskykyyn, sairauden vaikutus perheeseen ja läheisiin.

#### Sosiaalinen hyvinvointi:

- sydänpotilaan sosiaaliturva, Sydänliiton toimintaa, elämänhallinta elämäntilanteen muutoksissa, terve kommunikaatio ja vuorovaikutus, oma elämäntilanne ja tavoitteet, toimivat elämänratkaisut, työ, vapaa-aika, ihmissuhteet, itsestä huolehtiminen
- eläkkeet, sairausvakuutus, potilas- ja sosiaaliamies.

Työelämä ja työssä jaksaminen:

Työelämän kysymyksiä lähestyttiin yleensä muihin toimintoihin integroituna. Näitä käsiteltiin harvoin erillisenä toimintona.

Aihepiirin käsittely voi sisältää seuraavia asioita:

- Yleisaiheet: kuntoutuksen tavoitteet työn ja työssä jaksamisen näkökulmasta
- Lääkäri: työkunnan osatekijät sekä sairauden, terveyden ja työkyvyn yhteydet
- Psykologi: työssä jaksaminen, työstressi ja stressin hallinta, voimavarat työssä, työssä tapahtuneet muutokset, voimavarojen ja itsetunnon vahvistaminen
- Sosiaalityöntekijä: työhön paluu, informaatio työnjoustoista kuten vuorotteluvapaa ja osa-aikatyö, uudelleen koulutuksen- ja ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia, työkyky ja siihen vaikuttavat tekijät, kuntoutujan oma arvio työkyvystään, työelämän tavoitteet, kuntoutujan sosiaaliturva
- (Työ)fysioterapeutti ja toimintaterapeutti: työolot ja hyvinvointi työssä, työn fyysinen kuormitus ja selviytymiskeinot, ergonomia, työssä esiintyvät muutostarpeet ja keinot.

Alku- ja seurantajakson väliseksi ajaksi annettiin kuntoutujille tehtäviä ja harjoitusaiheita. Seurantajakson alussa käytiin keskustelua annetuissa tehtävissä onnistumisesta.

## Ongelmia ydintoimintojen luokituksessa

Tavoitteiden luokitus

Ydintoimintojen luokitus oli osin ongelmallista. Kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden työstäminen tapahtui yksilökohtaisesti eri kuntoutustyöntekijöiden kanssa, ja tavoitteiden prosessointi saattoi olla keskeisesti esillä eri ryhmissä. Vain yhden laitoksen ohjelmassa ja laatukäsikirjassa oli selkeästi osoitettu tavoitekeskusteluihin käytetty aika. Laitoksilla oli niin eriävät kirjaamistavat, ettei niistä pystytty saamaan riittävän yhtenäisiä ja kattavia tietoja tavoitetyöskentelyn luokitukseen. Ydintoiminnoissa ryhmätilaisuudet luokiteltiin terveysohjaukseen. Tästä johtuu, ettei aikalaskelmissa ole ollut mahdollista määritellä tavoitekeskusteluihin käytettyä aikaa.

Toimintojen luokitus

Työelämän kysymyksiä oli hankala luokitella siitä syystä, ettei niiden käsittelyä ollut merkitty erikseen ohjelmiin. Saadun tiedon perusteella ei pystytty paikantamaan, missä tai milloin näitä työelämän asioita käsiteltiin, ja minkä ammatin edustaja niitä ohjasi. Työkyky, työelämä ja työssä jaksaminen sisältyvät eri ydintoimintoihin ja ammattiryhmien työpanoksiin.

Lisäksi oli vaikea kuntoutusohjelman sisällön perusteella erottaa toisistaan psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä kuvaavia toimintoja. Kullakin laitoksella oli oma lähestymistapansa psykososiaalisten aiheiden käsittelyissä ja työnjaossa eri ammattiryhmien välillä. Toisaalta psykososiaalinen hyvinvointi liittyi myös vapaa-ajan toimintoihin. Vapaa-aikaan ja harrastustoimintaan kuuluvia asioita käsiteltiin myös terveysohjauksen ja fyysisen hyvinvoinnin teemana. Toimintojen luokituksessa käytettiin pragmaattista otetta. Epäselvissä ja harkinnanvaraisissa tapauksissa toiminta nimettiin ohjaustapahtumasta päävastuussa olevan ohjaajan ammatin perusteella.

Ydintoiminnot luokiteltiin siten raportissa seuraaviin ryhmiin:

1. terveys ja tavoitteet
2. ravitsemus
3. fyysinen suorituskyky
4. fyysinen hyvinvointi.
5. psyykkinen hyvinvointi
6. sosiaalinen hyvinvointi.

### Ydintoimintojen ja tavoitteiden vastaavuus

Kuntoutujien tavoitteiden ja ydintoimintojen vastaavuuden tarkastelu edellytti, että osa tavoitealueista yhdistettiin alla olevan taulukon mukaisella tavalla. Tavoitealueiden numerointi vastaa tavoitelomakkeissa käytettyjä numeroita.

**Taulukko.** Ydintoimintojen ja tavoitealueiden vastaavuus.

Ydintoiminnot	Tavoitealueet
1. Terveys ja tavoitteet	1. Eläminen sairauden aiheuttamien rajoitteiden kanssa 6. Hyvä hoitosuhde 9. Tupakanpolton lopettaminen 10. Alkoholin käytön vähentäminen
2. Ravitseminen	7. Painonhallinta 8. Ruokavalio
3. Fyysinen suorituskyky	2. Ruumiillinen kunto / selviytyminen ruumiillisista rasituksista
4. Fyysinen hyvinvointi	ei sisällynyt tavoitelomakkeeseen
5. Psykkinen hyvinvointi	3. Henkinen hyvinvointi
6. Sosiaalinen hyvinvointi	5. Ihmissuhteet
-	4. Työkyky / työhön palaaminen
-	11. Vapaa-ajan käyttö, harrastukset

Ydintoiminnot koottiin kuuteen kokonaisuuteen. Hankkeeseen osallistuvat kuntoutujat olivat kirjanneet omat kuntoutumistavoitteidensa lomakkeelle. Ne oli valmiiksi luokiteltu 11 eri alueelle. Ydintoimintojen tarkastelussa ei ollut mahdollista arvioida erikseen työhön tai vapaa-ajan tai harrastusasioiden käsittelyyn liittyvä osallistumisaika eikä niihin käytettyä työpanosta. Vasta tietojen käsittelyvaiheessa huomattiin, että fyysisen hyvinvoinnin parantamiseen tähtäävät toiminnot erottuivat selkeästi omaksi toiminnokseen. Siksi tätä toimintoa vastaavaa tavoitealuetta ei sisällynyt lomakekyselyyn.

### LIITE 3: KYSELY NIILLE SYDÄNKUNTOUTUSTA TOTEUTTAVILLE LAITOKSILLE, JOTKA EIVÄT OLLEET MUKANA TUTKIMUSHANKKEESSA

1. Onko kuntoutuslaitoksellanne kuntoutuksen toteuttajana jokin teoreettinen tausta tai toiminnalle määritellyt arvot? Jos on, mitä ja miten näitä pyritään saamaan näkyviin kuntoutustoiminnan toteuttamisessa?
2. Mitkä ovat sydänpotilaiden kuntoutuksen yleistavoitteet?
3. Miten kuntoutuslaitoksessa arvioidaan
  - a. yleisesti kuntoutujien tilannetta
  - b. erityisesti sydänkursseille osallistuvien kuntoutujien tilannetta?
4. Miten kuntoutuslaitoksessa seurataan
  - a. yleisesti kuntoutujien kuntoutumista
  - b. sydänkursseille osallistuvien kuntoutujien kuntoutumista?
5. Tehdäänkö kurssilaisille laboratorio- tai muita tutkimuksia? Kaikille vai vain valikoiden?
6. Mikä on kuntoutuslaitoksenne sydäntiimin kokoonpano (ammattinimikkeet)?
7. Ketkä tekevät ja milloin kuntoutujan yksilökohtaisia tutkimuksia, haastatteluja tai neuvontaa esim. varsinaisen kuntoutusjakson alussa, myöhemmin?
8. Miten sydänkurssien ravitsemusneuvonta toteutuu kuntoutuslaitoksessanne seuraavien seikkojen osalta:
  - a. Kuka vastaa laitoksen ravitsemusneuvonnan pääperiaatteista?
  - b. Käytetäänkö ulkopuolisen ravitsemusterapeutin palveluja ostopalveluna?
  - c. Voivatko asiakkaat noudattaa laitoksessanne erityisruokavalioita ja mitä niistä?
  - d. Ketkä laitoksessanne antavat ravitsemusneuvontaa (pitävät ravitsemusaiheisia luentoja, ryhmiä, antavat yksilöllistä ohjausta)?
9. Miten laitoksessanne sydänkurssien aikana ilmeneviin yksilöllisiin puhtaasti sydänsairauden ulkopuolella tuleviin ongelmiin suhtaudutaan yleensä? Onko toimintatapanne joku alla olevista tai joku muu?
  - a. ei käsitellä lainkaan
  - b. selvitetään kurssin aikana
  - c. kehoitetaan kuntoutujaa aktiivisesti itse ryhtymään selvittämään asiaansa
  - d. saa lähetteen asiantuntijan luo
  - e. otetaan heti yhteyttä ulkopuoliseen asiantuntijaan.
10. Olisiko sydänkuntoutusta toteuttavilla henkilöillä jotakin ehdotusta siitä, mitä omien kokemustenne perusteella voisitte suositella myöhemmin yhteiseksi käytännön työhön liittyväksi
  - a. kyselyksi (mitä sisältöä?)
  - b. kurssilaisten kuntoutumista kuvaaviksi muuttujiksi?
11. Tehdäänkö laitoksessanne omaa tutkimusta, joka kohdistuu sydänkursseihin? Millaista? Mitä asioita tutkimuksessa seurataan? Miten se vaikuttaa nykyiseen käytäntöönne? Palataanko sen loputtua johonkin vanhaan vai halutaanko käytäntöjä muuttaa?
12. Olisiko teillä jokin ehdotus, miten yksinkertaisella mittarilla voitaisi kuvata sydänkuntoutuksen tuloksellisuutta?
13. Onko laitoksessanne/sydänkuntoutustiimillä näkemyksiä siitä, mitä voisi olla keskeisin alue sydänkuntoutustoiminnan valtakunnallisessa kehittämisessä?

**LIITE 4: KYSELY SYDÄNKUNTOUSHANKKEESSA MUKANA OLLEILLE LAITOKSILLE**

1. Onko laitoksella kuntoutuksen toteuttajana jokin teoreettinen tausta tai toiminnalleen määritellyt arvot? Jos on, mitä ja miten näitä pyritään saamaan näkyviin kuntoutustoiminnan toteuttamisessa?
2. Mitkä ovat sydänpotilaiden kuntoutuksen yleistavoitteet?
3. Miten laitoksessa arvioidaan/arvioitiin ennen yhteistä projektiamme, jos nyt eri tavalla
  - a. yleisesti kuntoutujien tilannetta
  - b. erityisesti sydänkurssilaisten tilannetta
  - c. onko jompikumpi arviointi muuttunut projektin aikana?
4. Miten laitoksessa seurataan/seurattiin ennen yhteistä projektiamme kuntoutujien tilannetta
  - a. yleisesti kuntoutujien kuntoutumista
  - b. sydänkurssilaisten kuntoutumista
  - c. onko jompikumpi seuranta muuttunut projektin aikana?
5. Tehdäänkö kurssilaisille laboratorio- tai muita tutkimuksia? Kaikille vai vain valikoiden?
6. Mikä on kuntoutuslaitoksenne sydäntiimin kokoonpano (ammattinimikkeet)?
7. Onko laitoksen sydänkuntoutuskäytännöissä tehty muutoksia meneillään olevan sydänkuntoutushankkeen alkamisen jälkeen? – Jos on, minkälaisia ja mihin käytäntöihin muutokset ovat kohdistuneet? Esimerkkeinä voisi olla ohjelman sisältö tai rakenne, tietyn ohjelmaosuuden kehittäminen, vanhojen osioiden poisjättäminen tai uusien lisääminen, arviointimenettely, kirjaamiskäytännöt.
8. Miten laitos ja varsinkin sydäntiimi, koki yhteistyön tutkijoiden kanssa? Tavoitteena on myös yhteistyökäytäntöjen kehittäminen tulevaisuudessa, joten arvostamme rehellisyyttä, jopa kohteliaisuudenkin kustannuksella. Toivotut näkökohdat voivat käsitellä kaikkea, mitä laitoksen, tiimin ja tutkijoiden yhteistyöhön kuuluu tai pitäisi kuulua. Yhteistyön kehittämisehdotukset ovat erityisen tervetulleita.
9. Miten kuntoutujat kokivat nämä kyselyt?
10. Miten mielestänne toimi
  - a. tavoitteen asettelu
  - b. kyselylomakkeet – oliko niistä hyötyä? Millaista?
11. Ehdotus siitä, mitä omien kokemusten perusteella voitaisiin suositella myöhemmin yhteiseksi käytännön työhön liittyväksi
  - a. kyselyksi
  - b. kurssilaisten kuntoutumista kuvaaviksi muuttujiksi.
12. Miten sydänkurssien ravitsemusneuvonta toteutuu laitoksessanne seuraavien seikkojen osalta
  - a. Kuka vastaa laitoksen ravitsemusneuvonnan pääperiaatteista?
  - b. Käytetäänkö ulkopuolisen ravitsemusterapeutin palveluja ostopalveluna?
  - c. Voivatko asiakkaat noudattaa laitoksessanne erityisruokavalioita ja mitä niistä?
  - d. Ketkä laitoksessanne antavat ravitsemusneuvontaa (pitävät ravitsemusaiheisia luentoja, ryhmiä, antavat yksilöllistä ohjausta)?
13. Miten laitoksessanne sydänkurssien aikana ilmeneviin yksilöllisiin puhtaasti sydänsairauden ulkopuolella tuleviin ongelmiin suhtaudutaan yleensä? Onko toimintatapanne jokin alla olevista vai jokin muu?
  - a. ei käsitellä lainkaan

- b. selvitellään kurssin aikana
- c. kehoitetaan kuntoutujaa aktiivisesti itse ryhtymään selvittämään asiaansa
- d. saa lähetteen asiantuntijan luo
- e. otetaan heti yhteyttä ulkopuoliseen asiantuntijaan

14. Tehdäänkö laitoksessanne omaa tutkimusta, joka kohdistuu sydänkursseihin? Millaista? Miten se vaikuttaa nykyiseen käytäntöönne? Palataanko sen loputtua johonkin vanhaan vai halutaan käytäntöjä muuttaa?

15. Olisiko teillä jokin ehdotus, miten yksinkertaisella mittarilla voitaisiin kuvata sydänkuntoutuksen tuloksellisuutta?

## LIITE 5: TIEDOTE SYDÄNKURSSEJA KÄSITTELEVÄN HAASTATELUN AIHEPIIREISTÄ

Osallistutte sydäntuntoutuskursseja koskevaan kehittämishankkeeseen. Utta kursseilla on, että kuntoutuksessa painotetaan tavanomaista enemmän kuntoutusprosessin tavoitteellisuutta. Kuntoutuslaitokset ja kuntoutustyöntekijät ovat tunnetusti ammattitaitoisia ja omaavat pitkän aikavälin sydäntuntoutuskokemusta. Työnjako on selkeä, laitoksen työntekijät keskittyvät sydäntuntoutustyöhön ja Kelan tutkimusosaston tutkijat arvioivat kuntoutuksen vaikuttavuutta.

Teidän kurssinne on ensimmäinen kahdestatoista tutkimushankkeeseen kuuluvasta kurssista ja kurssinne palvelee myös tutkimusmenetelmien tarkentamista. Tutkimusryhmä haluaisi tässä vaiheessa saada ensikäden näkemystä siitä, miltä tarkennettu työote Teidän mielestänne tuntuu ja miten tässä on onnistuttu.

Toivomme siksi, että voisitte osallistua pieneen haastatteluun ja kertoa tutkijalle omia näkemyksiänne ja kokemuksiänne sydäntuntoutuskurssista? Haastattelut suorittaa tutkija Monica Röberg. Haastattelut nauhoitetaan, jotta niitä voidaan tulkita laadullisin tutkimusmenetelmin. Haastattelut ovat luottamuksellisia ja tulevat vain tutkijaryhmän tietoon. Haastattelujen tulokset, kuten muukin kerätty tieto, käytetään yleisellä tavalla sydäntuntoutuskehittämiseen.

Jos haluatte osallistua haastatteluun, ilmoittakaa kurssin yhdyshenkilölle, niin hän varaa ohjelmaan haastatteluaikaa. Haastattelut tehdään kahdenkeskeisenä, vapaamuotoisena keskusteluna. Arvioimme, että aikaa menee noin 20 minuuttia, varmuuden vuoksi varataan 30 min haastattelua kohti.

Alla on esimerkin muodossa muutamia aihealueita, joista voimme keskustella. Aloitetaan Teidän valitsemallanne aiheella, eikä keskustelusta kaikkia alueita tarvitse edes käsitellä. Voitte siis itse määrätä mistä keskustellaan.

### **Ennen kuntoutuskurssin alkua**

mistä tuli virike hakeutua kurssille, pääsy ja odotusaikaa, ajoitus sairauden näkökulmasta, hyvinvointiasi ennen kurssia, sairauden vaikeus fyysisen jaksamisen kannalta jne.

### **Kurssin rakenne**

kurssin koko, yksilö-/ryhmäohjauksen suhde, päiväohjelman kiireellisyys/väljyys, kurssilaisten erilaisuus/yhtenäisyys, työssä/eläkkeellä - miten tämä koetaan? ryhmähenki ja ilmapiiri kurssilla jne.

### **Kurssin sisältö**

kuntoutujien huomioiminen ja kuuleminen, apu ja tuki, mitä asioita oli liikaa / liian vähän esillä, puuttuvaa/turhaa?, saiko uutta tietoa / uusia taitoja vai oliko vanhan kertausta, kurssin tärkein anti jne.

### **Kuntoutusprosessi**

omien tavoitteiden selkeytyminen ja tärkeysjärjestys, tärkein oppimasi asia, avun ja tuen saanti sekä ymmärrys kotona/työpaikalla, selviäminen kotona ja työssä, elämänmuutoksia syksyn aikana, tärkein kuntoutusta edistävää asia tai sen suurin jarru/este, jne.

### **Kuntoutuksen tulos**

miltä tässä vaiheessa tuntuu ja miltä elämä näyttää, tyytyväisyys, saitko, mitä tulit hakemaan kurssilta, jatkosuunnitelmat? jaksatko jatkaa kotona, onko hoitosuhdetta ja ammattilaisten tukea, jne.

### **Muuta**

mm. mitä muuta voisi ottaa esille haastatteluissa? Kiitokset, moitteet, kehittämishetket? jne.

Tutkijaryhmän puolesta sain tehtäväkseni kiittää Teitä siitä, että osallistutte kehittämään kanssamme Kelan sydäntuntoutuskursseja ja myöskin siitä, että jaksatte niin kärsivällisesti täyttää tutkijoiden tuomia kaikenlaisia lomakkeita. Tässä työssä Teidän osuutenne ja näkemyksenne ovat tärkeitä.

Lisätietoja: Monica Röberg, Kelan tutkimusosasto. Turku monica.roberg@kela.fi, puh. 020 434 6370

## VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 87 Hämäläinen U, Juutilainen V-P, Hellsten K.** Lukiolaisten ja ammatillista perustutkintoa suorittavien elämäntilanne ja toimeentulo. 2007. ISBN 978-951-669-742-3 (nid.), 978-951-669-743-0 (pdf).
- 86 Raitasalo R.** Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressio-kyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. 2007. ISBN 978-951-669-738-6 (nid.), ISBN 978-951-669-739-3 (pdf).
- 85 Helin-Salmivaara A.** Non-steroidal anti-inflammatory drugs in Finland. Pharmacoepidemiology study with emphasis on serious adverse events. 2007. ISBN 978-951-669-735-5.
- 84 Rajavaara M.** Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. 2007. ISBN 978-951-669-733-1 (nid.), 978-951-669-734-8 (pdf).
- 83 Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim.** Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havainnot Ikvihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. 2006. ISBN 951-669-719-4 (nid.), 951-669-720-8 (pdf).
- 82 Liukko J.** Hyvinvoinnin eetos ja henkivakuutus. Riskin, vastuun ja solidaarisuuden muodonmuutokset. 2005. ISBN 951-669-678-3 (nid.), 951-669-679-1 (pdf).
- 81 Linnala A.** Private specialists as consultants to general practitioners. 2005. ISBN 951-669-669-4.
- 80 Savioja H.** Suuret ikäluokat keski-ikässä – työssä vain eläkkeelle? 2005. ISBN 951-669-667-8.
- 79 Haapola I.** Köyhyyden kynnyksellä. Toimeentulotuen dynamiikka 1990-luvun Suomessa. 2004. ISBN 951-669-648-1.
- 78 Wallin M, Karppi S-L, Talvitie U.** Vanhusten liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus kuntoutuslaitoksissa. Ammattilaisten käsityksiä. 2004. ISBN 951-669-642-2.



## VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN KATSAUKSET

- 74 Lind J, Aaltonen T, Halonen J-P, Klaukka T.** Kelan kuntoutuksen vuonna 2002 päättäneet. Kuntoutujien rekisteriseuranta vuosina 2002–2004. 2007. ISBN 978-951-669-744-7 (nid.), ISBN 978-951-669-745-4 (pdf).
- 73 Halonen J-P, Aaltonen T, Hämäläinen A, Karppi S-L, Kaukinen J, Kervilä A, Lehtinen M, Pere E, Puukka P, Siitonen V, Silvennoinen S, Talo S.** Syrjäytymisvaarassa olevien vajaakuntoisten nuorten kuntoutus-tarpeen arviointi. 2007. ISBN 978-951-669-736-2 (nid.), 978-951-669-737-9 (pdf).
- 72 Hagfors R, Saari J.** Social policy in the Economic and Monetary Union. Social expenditures and public indebtedness in 15 EU countries. 2006. ISBN 951-669-721-6 (nid.), 951-669-722-4 (pdf).
- 71 Hagfors R, Saari J.** Sosiaalipoliittikka talous ja rahaliitossa – Sosiaalimenot ja julkinen velkaantuminen 15 EU-maassa. 2006. ISBN 951-669-690-2 (nid.), 951-669-691-0 (pdf).
- 70 Nikkanen P.** Oon vahvempi kuin ennen. Pitkään työelämässä olleiden kuntoutumistarinat. 2006. ISBN 951-669-687-2 (nid.), 951-669-688-0 (pdf).
- 69 Rajavaara M.** Yhteiskuntaan vaikuttava Kela. Katsaus vaikuttavuuden käsitteisiin ja arviointiin. 2006. ISBN 951-669-685-6 (nid.), 951-669-686-4 (pdf).
- 68 Ahonen R, Martikainen J, toim.** Lääkevaihdon ensimmäinen vuosi. 2005. ISBN 951-669-671-6 (nid.), 951-669-675-9 (pdf).
- 67 Mattila Y, toim.** Yhdistelemällä parempaan palveluun. JATKE-hankkeen loppuraportti. 2005. ISBN 951-669-666-X.
- 66 Järvisalo J, Andersson B, Boedeker W, Houtman I, eds.** Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden. 2005. ISBN 951-669-658-9.
- 65 Berndtson T.** Opiskelijatutkimus 2003. Opiskelijoiden toimeentulo ja toimeentulon ongelmat. 2004. ISBN 951-669-655-4.
- 64 Mattila H.** Neuvontavelvollisuus Kelan asiakaspalvelussa. 2004. ISBN 951-669-646-5.