

Opinnäytetyö YAMK

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2017

Sonja Huhtala

**INR-KLINIKAN
TOIMINTAMALLIN KUVAUS
HUITTISTEN
TERVEYSKESKUKSESSA**

Sonja Huhtala

INR-KLINIKAN TOIMINTAMALLIN KUVAUS HUITTISTEN TERVEYSKESKUKSESSA

INR-klinikan perustaminen Huittisten terveyskeskuksessa tuli ajankohtaiseksi 2013, kun terveyskeskuksen ilta- ja viikonloppupäivystys lakkautettiin. Toimintaa haluttiin tehostaa, hoidon laatua parantaa ja asiakastyytyväisyyttä lisätä kehittämällä eri ammattiryhmien välistä työnjakoa. INR-klinikan toiminnan aloittaminen nojasi vahvasti KASTE- ohjelman tavoitteisiin ja toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelmaan.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli laatia henkilökunnalle toimintamalli INR-klinikan toiminnasta moniammatillisen yhteistyön tueksi. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli klinikan toiminnan kehittäminen, jonka kautta myös tietoisuus klinikan toiminnasta lisääntyy ja potilasohjaus paranee.

Kehittämisprojektiin liittyvän tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa Huittisten terveyskeskuksen INR-klinikalla asioivien oraalista antikoagulaatiohoitoa saavien potilaiden mielipiteitä ja kokemuksia klinikan toiminnasta. Aineiston keruu toteutettiin tätä tutkimusta varten laaditulla strukturoidulla kyselylomakkeella INR-klinikalla asioivien oraalista antikoagulaatiohoitoa saavien potilaiden keskuudessa. Vastausprosentti oli 78 %. Aineisto analysoitiin Microsoft Excel-ohjelmaa apuna käyttäen. Vastauksista laskettiin frekvenssit ja prosentit sekä piirrettiin kuvaajat.

Kehittämisprojektin tuotoksina laadittiin yhdessä projektiryhmän kanssa toimintamalli INR-klinikasta moniammatillisen yhteistyön tueksi sekä laadittiin esite INR- klinikasta asiakkaille jaettavaksi.

Tutkimuksen tulos oli jokseenkin odotettavissa ajatellen aikaisempaa tietoa ja kyselylomakkeista saatua tietoa. INR-klinikka on toiminut kolmisen vuotta, ja sen toiminta on vakiintunutta ja asiakkaat ovat oppineet asioimaan siellä. He olivat tyytyväisiä samaansa palveluun ja kokivat sen joustavana. Vierimittarilla tehtävä INR-määritys koettiin kivuttomana ja vain harva olisi halunnut asioida laboratoriossa mittauttamassa INR-arvonsa. Asiakkaat olivat klinikan toimintaan oikein tyytyväisiä eikä heiltä tullut muutos- tai parannusehdotuksia koskien klinikan toimintaa. Klinikasta tiedottaminen oli selkeästi osa-alue, joka kaipasi parannusta.

ASIASANAT:

Bedside-järjestelmät, Hoitomyöntyvyys, INR, Varfariini

Sonja Huhtala

THE OPERATING MODEL OF ANTICOAGULATION CLINIC IN HEALTH CARE CENTER OF HUITTINEN

The Anticoagulation clinic started in health care center in Huittinen 2013 when the night and weekend emergency was closed down. Operation was wanted to enhance, quality of nursing was wanted to improve and customer satisfaction was wanted to increase by developing division of work between different professions. Starting of the anticoagulation clinic was based strongly on the aims of KASTE-program and Toimiva terveystakeskus-program.

The aim of this development project was to make an operating model of the anticoagulation clinic to support multiprofessional collaboration. The purpose of this development project was to improve working on the anticoagulation clinic and by way on that awareness of the clinic will increase and patient counseling will be better.

The aim of the study that was carried out during the project was to survey the opinions and experiences on the anticoagulation clinic of the patients who visit there. The data was collected among the patients by a questionnaire which was formulated for this study. The response rate was 78 %. The data was analyzed by using Microsoft Excel software. Frequencies and percentages were counted and graphs were drawn based on the answers.

The outcomes of this development project were an operating model of the anticoagulation clinic for supporting multiprofessional collaboration as well as a brochure about the anticoagulation clinic for the patients.

The result of the study was predictable compared to previous studies. The anticoagulation clinic has been working three years and working has settled down. The patients were very satisfied with the service and experienced that the point-of-care measurement of INR is painless. The patients did not have any suggestions for improvement concerning working on the anticoagulation clinic. Informing about the anticoagulation clinic was the only field that will require improvement.

KEYWORDS:

Point- of- Care Systems, Patient Compliance, INR, Warfarin

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 YHTEYS ORGANISAATION TOIMINTASUUNNITELMAAN	7
2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2015–2015	7
2.1.1 Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelma	8
2.1.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessien uudistaminen - asiakas keskiöön	9
2.2 Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen	9
3 VARFARIINIHOIDON INR-SEURANTA VIERITESTAUKSENA	12
3.1 Varfariinin yhteisvaikutukset	12
3.2 INR-määrittäminen ja varfariinin annostus	13
3.3 Vieritestaus INR-seurannassa	13
3.4 INR-vierimittauksen menetelmä ja virhelähteet	14
3.5 Soveltavuus INR-mittaukseen	15
3.6 Vierimittauksen hyödyt	16
4 LÄÄKEHOITOON SITOUTUMINEN	18
4.1 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät	18
4.2 Antikoagulanttihoitoon sitoutumisen edistäminen	22
5 KEHITTÄMISPROJEKTI PROSESSINA	24
6 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSA	26
6.1 Soveltavan tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävät	26
6.2 Soveltavan osan tutkimusmenetelmä, aineistonkeruu ja aineiston analysointi	26
7 TUTKIMUKSELLISEN OSAN TULOKSET	28
7.1 Vastaajien taustatiedot	28
7.2 INR-poliklinikan toiminta	30
7.3 INR-klinikasta tiedottaminen	34
7.4 Vastaukset avokysymykseen	35
8 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN POHDINTA	36
8.1 Tulosten tarkastelu	36

8.2 Eettisyys	37
8.3 Luotettavuus	37
9 KEHITTÄMISTUOTOS	41
9.1 Toimintamalli	41
10 PROJEKTIN ARVIOINTI	45
LÄHTEET	48

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake INR- klinikan asiakkaille.
- Liite 2. Saatekirje.
- Liite 3. Tutkimustiedote terveystieteiden keskuksen henkilökunnalle.
- Liite 4. INR-klinikan toimintamalli.
- Liite 5. INR-klinikan esite.

KUVAT

- Kuva 1. Hoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät (Kyngäs & Hentinen 2008). 20
- Kuva 2. Kehittämiprojektin eteneminen. 24

KUVIOT

- Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (n=90). 28
- Kuvio 2. Vastaajien sukupuolijakauma (n=90). 29
- Kuvio 3. Antikoagulaatiohoidon kesto (n=90). 29
- Kuvio 4. INR- poliklinikan toiminta (n=90). 30
- Kuvio 5. INR- mittaus ja marevanin annostus (n=90). 32
- Kuvio 6. INR- klinikan kehittämiskohteet n=90). 33
- Kuvio 7. INR- klinikasta tiedottaminen (n=90). 34

1 JOHDANTO

Kehittämisprojekti toteutettiin Huittisten terveyskeskuksessa. Terveyskeskus palvelee reilua kymmentä tuhatta kaupunkilaista. Terveyskeskuksesta löytyvät monipuoliset perusterveydenhuollon palvelut: laboratorio, neuvolat, röntgen, fysioterapiapalvelut, vuodeosasto ja lääkäripalvelut. Päivystävä lääkäri on paikalla päiväsaikaan, iltaisin ja viikonloppuisin asukkailla on mahdollisuus käyttää päivystävän lääkärin palveluja Loimaan aluesairaalassa tai Satakunnan keskussairaalassa.

Syyskuussa 2013 terveyskeskuksessa aloitti toimintansa INR-klinikka, jossa kolme tehtävään nimettyä INR-hoitajaa ottavat vastaan antikoagulaatiohoitoa saavia asiakkaita. Vastaanotolla INR-arvo mitataan vierimittarilla sormenpäältä ja asiakas saa samalla kertaa tietoonsa tuloksen, annostuksen ja seuraavan käyntiajan. Klinikkan toiminnasta ei ollut olemassa kirjallista kuvausta tai toimintamallia. Asiakkaat saivat klinikalta Rochen laatiman esitteen, jossa kerrottiin klinikkan toiminnasta, mutta mietinnässä oli, olisiko asiakaskyselyn pohjalta tarpeellista laatia oma esite terveyskeskukseen.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli laatia henkilökunnalle toimintamalli INR-klinikkan toiminnasta moniammatillisen yhteistyön tueksi. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli klinikkan toiminnan kehittäminen, jonka kautta myös tietoisuus klinikkan toiminnasta lisääntyy ja potilasohjaus paranee. Suunniteltuna tuloksena toimintamallin lisäksi oli esitteen laadinta ja/tai internetissä olevan tietopaketin tuottaminen klinikkan toiminnasta asiakailta saadun palautteen pohjalta.

Tutkimusta varten laadituilla kyselylomakkeilla kartoitettiin INR-klinikkan asiakkaiden mielipiteitä klinikkan toiminnasta, potilasohjauksesta, tiedotuksesta ja kehitettävistä osa-alueista. Klinikkan asiakkaille suunnattua kyselyä jaettiin INR-hoitajan vastaanotolla ja he saivat vastata siihen täysin anonymisti.

Kyselyn tulosten perusteella klinikkan asiakkaat olivat nykyiseen palvelumalliin erittäin tyytyväisiä eivätkä he esittäneet kehittämis ehdotuksia toiminnalle. Eniten kehitettäväksi osa-alueeksi nousi klinikasta tiedottaminen, jota parannettiin laaditun esitteen avulla.

2 YHTEYS ORGANISAATION TOIMINTASUUNNITELMAAN

Ajatus INR-klinikan perustamisesta tuli ajankohtaiseksi loppukesästä 2013, kun Huittisten kaupungin perusturvalautakunnassa tehtiin päätös ilta- ja viikonloppupäivystyksen lopettamisesta terveyskeskuksessa. Töitä poliklinikalla haluttiin järjestellä uudelleen, sillä työvoimaa vapautui enemmän muuhun käyttöön, kun ilta- ja viikonloppuvuoroihin ei tarvittu työntekijöitä. Vapautuva työvoima mahdollisti klinikan toiminnan aloittamisen. Klinikan perustamiseen johtavat perimmäiset lähtökohdat olivat kuitenkin toiminnan tehostaminen, hoidon laadun parantaminen ja asiakastyytyväisyyden lisääminen. INR-klinikan toiminnan aloittamisen katsotaan liittyvän mm. KASTE- ohjelmassa asetettuihin tavoitteisiin ja toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelmaan. Klinikan toiminta on osa terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittämistä.

Huittisten terveyskeskuksessa ei ole meneillään kehittämishankkeita tai muita vastaavia projekteja eikä tämä kehittämisprojekti kuulu mihinkään isompaan kokonaisuuteen. Toiminnan kuvaus on tarpeellista, koska klinikan toiminnasta ei ole olemassa toimintamallia. Vaikka toiminta on vakiintunutta, asiakkaiden mielipiteiden kartoitus klinikan toiminnasta on aiheellista. Aihe nousi projektipäällikön omasta mielenkiinnosta asiaa kohtaan. Omalta osaltaan aiheen valintaan vaikutti vieritestivastaavan rooli laboratoriossa.

2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2015–2015

KASTE- ohjelman tarkoituksena on pitkällä aikavälillä kehittää muutos-, modernisointi- ja innovaatioprosesseja terveydenhuollossa. Kansallisen ohjelman avulla luodaan, arvioidaan, levitetään ja juurrutetaan uusia hyväksi havaittuja käytäntöjä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa, KASTE 2012–2015, päätavoitteina ovat hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 13.) INR-klinikan toiminta tukee vahvasti asiakaslähtöisyyden periaatetta. Toiminnalla halutaan taata antikoagulaatiohoitoa saavien potilaiden turvallisuus ja helpottaa heidän hoitoaan sekä vähentää ylimääräisiä käyntikertoja, yksinkertaisesti siis tehdä asiat helpommaksi asiakkaalle/potilaalle.

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen yhtenä osa-alueena on ehkäisevä työ ja varhainen tuki (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 18). INR-hoitaja on tässä keskeisessä roolissa. Hänen vastaanotollaan asiakkaalla on mahdollisuus kysyä hoitoonsa liittyvistä asioista ja saada ohjausta samalla kertaa. Antikoagulaatiohoidon juuri aloittaneet asiakkaat tarvitsevat tukea ja ohjausta uudessa tilanteessa: moni on saanut varfariini- lääkityksen sairaalassa ja kun heidän hoitonsa siirtyy terveyskeskukseen, he eivät tiedä, miten siitä eteenpäin edetään. Parhaassa tapauksessa hoitajan neuvonta ehkäisee lääkitysvirheitä ja auttaa asiakasta ymmärtämään hoitoonsa vaikuttavat asiat.

2.1.1 Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelma

Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma oli osa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista KASTE- kehittämisohjelmaa. Toimenpideohjelman tavoitteina olivat mm. laadukkaiden ja tarkoituksellisten palvelujen hyvä saatavuus, asiakaskeskeisyyden ja valinnanvapauden parantaminen sekä terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisy. Toimiva terveyskeskus- ohjelma julkaistiin syyskuussa 2008 ja se sisälsi 24 terveyskeskuksissa vaiheittain käyttöön otettavaa toimenpidettä. Ohjelman keskeisimmät toimenpiteet oli jaettu kolmeen kokonaisuuteen. Kokonaisuudet olivat: terveyskeskukset panostamaan terveyshyödyn tuottamiseen, asiakas/potilas keskiöön sekä henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja työhyvinvoinnin varmistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Potilas on asetettava palvelujen keskiöön. Tavoitteena on taata hoito nopeammin sekä ottaa potilas osalliseksi oman hoitonsa suunnitteluun. Hänelle annetaan myös vapaus valita hoitopaikkansa. Odotusaikojen lyhentäminen ja puhelinsaataavuus ovat tärkeitä potilaslähtöisyyteen liittyviä asioita samoin kuin potilaan voimavarojen ja omahoidon tukeminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

INR-hoitajan vastaanotolle pääsee nopeasti. Vaikka hänelle on varausjärjestelmään luotu tietty määrä 15 minuutin mittaisia vastaanottoaikoja, hän pyrkii järjestämään ajan myös ”ylimääräisenä” tuleville potilaille. Joskus vaan on tilanne, jolloin INR-lukeman kontrollointia ei voi jättää seuraavaan päivään. Toisaalta, laboratorioon pääsee INR-mittaukselle aina halutessaan. Potilaan oman hoidon suunnittelu ja omahoidon tukeminen tulevat mahdollisiksi INR-hoitajan vastaanotolla. Laboratoriossa potilaat käyvät vain antamassa verinäytteen INR-määrittystä varten, jolloin ohjausta ei ole ollenkaan. Puhelinsaataavuus on jo nyt parantunut antikoagulaatiohoitoa saavien potilaiden osalta.

INR-hoitajalla on oma numero, josta hänet tavoittaa. Iltapäivisin potilaiden ei tarvitse jonottaa poliklinikan ajanvaraukseen tiedustellakseen INR-lukemaa ja seuraavaa annostusta vaan INR-hoitaja soittaa iltpäivisin laboratoriossa käyneille asiakkaille. Potilaalla on vapaus valita miten hän INR-lukemansa mittauttaa, ketään ei pakoteta INR-hoitajan vastaanotolle vierimittaukseen.

2.1.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessien uudistaminen - asiakas keskiöön

Sosiaali- ja terveysministeriön yksi kärkihankkeista SOTE- uudistuksen ohella on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessien uudistaminen. Asiakas halutaan keskiöön ja palvelut halutaan tuottaa asiakaslähtöisiksi. Digitalisaatiota halutaan hyödyntää ja byrokratiaa vähentää samalla tukemalla asiakkaan omatoimisuutta ja mahdollistamalla tietojen yhteiskäyttö. Uudistuksen myötä tuotetaan asiakaslähtöiset, matalan kynnyksen moniammatilliset ja sähköiset palvelut. Palvelut suunnitellaan yksilöllisesti asiakkaan tarpeet ja valmiudet huomioiden. Oikea-aikainen ja keskitetty hoito/palvelu varmistetaan hoito- ja palvelusuunnitelmalla. Palveluita kehitetään ja ohjausta toteutetaan asiakkaiden kokemusten ja palautteiden pohjalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

2.2 Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen

Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välinen työnjaon kehittäminen tarkoittaa koko työyhteisöä koskevaa toiminnan kehittämistä niin, että potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen työnjaon näkökulmasta. Tulevaisuudessa työnjakoa perusterveydenhuollossa tulee kehittää, jotta turvataan toimivien terveyspalvelujen saatavuus ja ammattitaitoisen terveydenhuoltohenkilöstön riittävyys. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/94) todetaan, että laillistetut, luvan saaneet tai nimikesuoijatut ammattihenkilöt voivat toimia toistensa tehtävissä silloin, kun heillä on siihen riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito ja silloin, kun se on työjärjestelyjen ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta perusteltua. (Lindström 2003, 11–12, 29.)

Lääkärin ja hoitajan välinen työnjaon kehittäminen perusterveydenhuollossa tarkoittaa sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan itsenäistä vastaanottoa ja erilaisia pitkäaikaissairaiden seurantavastaanottoja. Perinteisesti lääkäreille kuuluneita tehtäviä siirretään sairaanhoitajille, jotka he oppivat lyhyellä, usein työpaikalla tapahtuvalla lisäkou-

lutuksella ja perehdytyksellä. Hoitaja vastaa potilaan hoidosta ennalta sovitun työnjaon mukaisesti. Sairaanhoidajan tehtäväkuvaa laajentamalla saadaan työnjakoa kehitettyä. Se edellyttää lisäkoulutusta ja mahdollisuutta lääkärin konsultoimiseen. (Lindström 2003, 17–18; Kärkkäinen, Tuominen, Seppälä & Karvonen 2006.)

Hoitajavastaanotolla potilas tapaa hoitohenkilökuntaan kuuluvan henkilön, yleensä sairaanhoidajan. Vastaanottojen kehittämisen taustalla on hoidon laadun parantaminen. Potilaiden erilaiset tarpeet ja ongelmat voidaan ottaa paremmin huomioon niihin erikoistuneen ammattilaisen vastaanotolla. Vastaanotolla hoitaja antaa erilaisia hoitoja, tekee toimenpiteitä ja tutkimuksia sekä antaa potilasohjausta. Hoitaja pystyy ottamaan potilaan asioihin kantaa laajemmin ja tukemaan kokonaisvaltaista hyvinvointia. Varsinkin pitkäaikaissairauksien yhteydessä neuvonta, ohjaus, motivointi ja potilaan itsensä sekä läheisten tukeminen korostuvat. Hoitajavastaanotolla tähän on parempi tilaisuus kuin lääkärin vastaanotolla. (Salin, Liimatainen, Holmberg-Marttila & Aalto 2012.)

Sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan itsenäistä vastaanotto toimintaa äkillisesti sairastuneille ja pitkäaikaissairaille (astma, diabetes, verenpaine, reuma) on tarjolla monissa terveyskeskuksissa. Puhelimessa sairaanhoidaja arvioi potilaan hoidon tarpeen ja ohjaa hänet tarpeen mukaan sairaanhoidajan tai lääkärin vastaanotolle. Sairaanhoidajan vastaanotolla tutkitaan erilaisia infektiopotilaita, annetaan hoito-ohjeita ja tehdään sairaanhoidollisia toimenpiteitä. Sairaanhoidaja voi rajoitetusti määrätä laboratorionäytteitä ja kirjoittaa sairauslomatodistuksia. Itsenäistä vastaanotto toimintaa harjoittavilla sairaanhoidajilla on mahdollisuus lääkärin konsultaatioon. (Lindström 2003, 30.)

Työnjaon kehittämisestä perusterveydenhuollossa on saatu paljon myönteisiä kokemuksia. Sairaanhoidajien itsenäisille vastaanotoille asetetut odotukset on saavutettu: potilaat pääsevät nopeammin terveydenhuollon palvelujen piiriin ja lääkäreille on jäänyt enemmän aikaa paneutua vaikeampien sairauksien hoitoon. Potilailta saadun palautteen perusteella terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastaanotolle pääsee helpommin ja nopeammin ja hoidon jatkuvuus on turvatumpaa. Epäkohtina työnjaon kehittämisessä ovat sijaisuuksien hoitamisen ja lisäkoulutuksen järjestämisen vaikeus. (Lindström 2003, 31–32.)

Työnjakoa tarkasteltaessa tavoitteena on henkilökunnan työpanoksen saaminen optimaaliseen käyttöön ja päällekkäisen työn poistaminen. Hoitohenkilökunnan osaamisen hyödyntäminen ja tehtäväkuvien laajentaminen auttavat osaltaan turvaamaan terveyspalveluiden saatavuutta ja työvoiman riittävyyttä. Henkilöstön kouluttaminen uusiin teh-

täviin ja toimivaltuuksien ja vastuiden määrittely tukevat onnistumista työnjaossa. Työ pysyy kiinnostavana ja työtyytyväisyys lisääntyy työtehtävien ollessa haasteellisia ja paremmin koulutusta vastaavia. Uusien toimintatapojen omaksuminen organisaatiossa on haasteellista ja aikaa vievää. Uudistusten tulokset eivät heti tule näkyväksi tai ne jäävät muiden muutosten alle. Tärkeää on kuitenkin seurata uudistusten vaikutuksia hoidon laatuun järjestelmällisesti ja kaikkien osapuolten näkökulmasta. (Kärkkäinen ym. 2006.)

Esteitä töiden uudelleen järjestämiselle saattavat olla pula hoitohenkilökunnasta, henkilökunnan lisääntyneet työpaineet ja terveydenhuoltoon jatkuvasti kohdistuvat säästötoimenpiteet. Jos työtä koetaan ennestään jo olevan liikaa, uuden opetteluun ei ole aikaa tai motivaatiota. Tutkimusten mukaan hoitajien osaamista hyödyntämällä ja tehtäväkuvien laajentamisella voidaan parantaa terveystalouden saatavuutta ja potilasneuvontaa sekä taata työvoiman riittävyyttä. Töiden uudelleen järjestämisellä on mahdollista myös tasata eri henkilöstöryhmien välistä kuormitusta. (Kärkkäinen ym. 2006.)

3 VARFARIINIHOIDON INR-SEURANTA VIERITESTAUKSENA

Suomessa oraalista antikoagulaatiohoitoa saavia on noin 2 % väestöstä ja määrä kasvaa noin 10 %:n vuosivauhtia. Haasteita varfariinin käytölle ja hyvän hoitotuloksen saavuttamiselle asettavat lääkkeen kapea terapeuttilinen alue, annostarpeen huomattava vaihtelu ja erityinen potilasohjaus. (Joutsu-Korhonen, Lassila & Savolainen 2010; Joutsu-Korhonen, Leino & Muukkonen 2008, 133.)

3.1 Varfariinin yhteisvaikutukset

Varfariinilla on monia hankalia ominaisuuksia ja tänä päivänä voisi olla vaikea saada lääkkeelle myyntilupaa. Kansainvälisesti eniten lääkehaittatapahtumia aiheuttaa juuri varfariini. Vuosittain 2-3 %:lla antikoagulaation käyttäjistä ilmenee vakavia verenvuotoja. Varfariini on kärjessä myös Suomessa ilmenneissä lääkehaittatapahtumissa. Verenvuotohaittoja ilmenee yleisemmin tulehduskipulääkkeiden, antibioottien ja sienilääkkeiden samanaikaisesta käytöstä johtuen. (Lassila 2008, 4-5.)

Ongelmia aiheuttavat varfariinin K-vitamiiniriippuvainen vaikutusmekanismi, CYP2C9-metaboliareitti ja näiden yhteisvaikutukset. Infektion ja siihen käytettävän antibioottilääkityksen yhteydessä ilmenee kahdensuuntaisia ongelmia: infektio suurentaa mm. fibrinogeeni- ja hyytymistekijä VIII-tasoa ja lisää siten varfariinin tarvetta. Antibioottilääkitys vaikuttaa myös K-vitamiinin imeytymiseen ja voi sitä kautta aiheuttaa suoria lääkeyhteisvaikutuksia, esimerkiksi tehostamalla varfariinin vaikutusta. (Lassila 2008, 5.)

Vaihtoehtoja varfariinille ovat dabigatran, trombiinin suora estäjä ja rivaroksaani. Kuluu kuitenkin vuosia, ennen kuin niiden tehosta on näyttöä pitkäaikaiskäytössä ja sydämen keinoläppäpotilaiden hoidossa. Näillä lääkkeillä on osoitettu olevan antitrombotisia vaikutuksia mutta niiden turvallisuusvaikutusten arviointi on vielä kesken. Suora trombiininestäjä, ksimegatraani, oli jo syrjäyttämässä varfariinia, mutta se vedettiin pois markkinoilta pitkäaikaisseurannassa ilmenneiden maksaentsyymien nousun vuoksi. (Lassila 2008, 6.)

Varfariinihoito edellyttää potilaan hyytymisaikaa kuvaavan INR-arvon säännöllistä seuranta sekä verenvuodolle altistavien tekijöiden (anemia ja trombosytopenia) minimoimista (Joutsu-Korhonen 2011, 20; Joutsu-Korhonen ym. 2010).

3.2 INR-määrittäminen ja varfariinin annostus

Hyvin usein potilaan varfariinin annostuskortissa, ns. marevan-kortissa, näkee päivittäin vaihtuvia annoksia. Potilaan muistaminen helpottuisi ja mahdolliset tupla-annokset tai lääkkeen unohdukset jäisivät minimiin, kun annos olisi joka päivä sama. Tasainen annostus on tärkeää varfariinin metabolialle. Lisäongelmana on lääkkeen otto iltapäivällä, lähinnä laboratorioseurannan ajoituksen vuoksi. Vaikka varfariinihoito on usein pitkäkestoinen tai pysyvä hoito, INR-seuranta ohjelmoidaan annosohjelman viimeiselle päivälle. Tämä toimintatapa aiheuttaa niin terveyskeskukselle kuin laboratoriolle ja hoidosta vastaavalle lääkärille pakottavan tarpeen selvittää annostus samalla hetkellä. INR-seurannan voisi järjestää toisella tavalla niin, että INR- arvo määritettäisiin jo pari päivää ennen kuin ohjeen mukainen annostus loppuu ja jatkoannos säädettäisiin elektiiivisesti tuloksen perusteella. (Lassila 2008, 4.)

3.3 Vieritestaus INR-seurannassa

Vieritestauslaitteet ovat tulleet suosituksi myös varfariinihoidon INR-seurannassa. Vieritestaus (Point of Care Testing, POCT) on potilaan vieressä tai lähellä suoritettava mittaus, jonka perusteella hoitoa arvioidaan. Yleensä INR-vieritesti tehdään sormenpäädästä otetusta ihopistosnäytteestä. INR-vieritesti on paikallaan, kun tulos halutaan joustavasti, nopeasti tai pienestä verimäärästä ilman laskimonäytteen ottamista. (Joutsu-Korhonen 2011, 20; Joutsu-Korhonen ym. 2010; Joutsu-Korhonen ym. 2008, 133.)

Suomessa INR-vieritestaus on otettu hyvin vastaan erityisesti kotihoidossa, missä iäkkäiden ja liikuntarajoitteisten potilaiden antikoagulaatiohoidon seuranta on helpottunut. Säännöllisesti toteutettava vieritutkimus tai omaseuranta sopii hyvin pienten lasten, kotisairaanhoidon potilaiden, liikuntarajoitteisten ja paljon ulkomailla matkustavien hoidon seurantaan. Menetelmän soveltuvuudesta ja seurannan ylläpidosta vastaa aina lääkäri. Monissa paikoissa toimii potilaan ja lääkärin välillä tehtävään koulutettuja Marevan-hoitajia. Heillä on oikeus potilaan lääkannosten määrittämiseen tietyin rajoituksin. Marevan-hoitajien toiminnasta on saatu positiivisia kokemuksia parantuneen poti-

lasohjauksen kautta. Tämä edellyttää koulutettua, motivoitunutta ja pysyvää henkilöstöä. (Joutsu-Korhonen ym. 2010.)

Tulevaisuudessa monet antikoagulaatiohoidossa olevat saattavat haluta tehdä INR-mittaukset ja lääkeannoksen muuntelut itse, kuten esimerkiksi diabetes-potilaat tekevät. Monissa muissa maissa on hyvin yleisesti käytössä potilaan ”omaseuranta”-järjestelmä (self-monitoring). INR-omaseurantaa ja lääkkeen annostelua pidetään yhtä tehokkaana ja turvallisena kuin ammattilaisen tekemää seurantaa. Huolellisella potilasvalinnalla päästään parempaan hoitotasa-painoon ja tätä kautta komplikaatiot ja kuolleisuus vähenevät. (Joutsu-Korhonen ym. 2010; Bereznicki, Jackson & Peterson 2013.)

Räikkönen (2015) kuvaa opinnäytetyössään perusturvakuntayhtymä Karviaisen antikoagulaatiohoidon kehittämistä ja sähköisen Forsante- järjestelmän käyttöönottoa. Antikoagulaatiohoidossa oleville potilasryhmille haluttiin löytää yksilöllisiä tapoja seurata INR- arvoja ja määrittää lääkeannostuksia teknologiaa hyödyntäen. Varfariinia käyttäville asiakkaille haluttiin antaa lisää vastuuta omasta hoidostaan ja siirtää omahoitoasiakkaiksi. Omahoitoasiakas saa sovitulla viestintätavalla (eKirje, tekstiviesti tai suojattu sähköposti) laboratorioissa otetun INR-näytteen tuloksen ja varfariinin annostuksen. (Räikkönen 2015, 23; Vastaanottojen kehittämishanke 2015, 6.)

Valuecode Oy:n tarjoama Forsante antikoagulaatiohoito-palvelu on verenhennushoidon seurantaan ja varfariinin automaattiseen annosteluun kehitetty palvelu. Forsante vapauttaa hoitajien aikaa muuhun potilastyöhön hoitamalla suuren osan verenhennushoidon seurantaan liittyvistä töistä. Palvelu annostelee varfariinin automaattisesti ja laskee seuraavan INR-mittauksen ajankohdan. Asiakas saa hoitotiedot tekstiviestillä, Forsanten verkkopalvelusta tai eKirjeenä kotiin. Forsantesta lähtee automaattisesti potilaskirjaukset kansallisen potilastietoarkiston KANTA- palveluun, jossa ne ovat ammattilaisten nähtävillä. (Valuecode 2017.)

3.4 INR-vierimittauksen menetelmä ja virhelähteet

Suomessa on markkinoilla INR-vierimittareita muutamalta laitevalmistajalta. Suosituksena on, että laite valittaisiin yhdessä laboratorion kanssa ja käytettäisiin hyväksi sen henkilökunnan asiantuntemusta. Laboratorion toimesta järjestetään laitteen testaus, koulutus, perehdytys, työohjeiden laadinta ja laadunvarmistus. Nykyään INR-vierimittarit ovat helppoja käyttää ja antavat oikein käytettyinä luotettavia tuloksia. Mit-

tausliuskojen eräkohtaiset erot ovat hyvin pieniä ja reagenssien herkkyudet tasaisia. (Joutsu-Korhonen ym. 2010.)

Onnistuneen ja laadukkaan INR-vierimittauksen tärkein ja kriittisin vaihe on näytteenotto. INR:ta vierilaitteella mitattaessa, ihoa ei puhdisteta ennen pistoa ja määrittäminen tehdään ensimmäisestä veripisarasta. Näytettä otettaessa pyritään estämään hyytymisjärjestelmän ennenaikainen aktivoituminen ja kudosten sekoittuminen näytteeseen. Näytteestä saadaan laadukas hyvällä näytteenottotekniikalla ja käyttämällä asianmukaisia välineitä oikealla tavalla. (Joutsu-Korhonen ym. 2010.)

INR määritetään vierilaitteella antikoaguloimattomasta kokoverinäytteestä eli näytemuotona on sormenpäästä otettava kapillaarinäyte. Virheellisiä tuloksia vierimittauksessa voi aiheuttaa potilaan muu lääkitys, esimerkiksi antikoagulaation siirtymävaiheen hepariini. Tukostaipumukselle altistavat potilaan veressä olevat fosfolipidivasta-aineet aiheuttavat vierimittauksessa virheellisiä INR- tuloksia. Kokoverestä tehtäviin vierimittauksiin vaikuttavat myös hematokriittivaihtelut. Edellä mainitut tekijät vaikuttavat vierimittauksen tulostasoon ja siksi INR- vierimittauksista voikin suositella vain pysyvässä hoitotasapainossa olevien antikoagulaatiopotilaiden hoidon seurantaan. (Joutsu-Korhonen 2011, 20; Joutsu-Korhonen ym. 2010.)

3.5 Soveltuvuus INR-mittaukseen

Antikoagulaatiohoidossa olevien potilaiden lääkityksiä, hoitosuunnitelmaa ja INR-tavoitetasoa tulee olla tiedossa ja kirjattuna. Pääperiaatteena vierimittaukseen siirryttäessä on, että potilas on tasaisessa hoitotasapainossa. Vierimittauksessa virheellisiä tuloksia voivat aiheuttaa akuutti tromboosi, verenvuoto, vaikea anemia, tulehdustaudit ja muu antikoagulaatio. (Joutsu-Korhonen 2011, 20–21; Joutsu-Korhonen ym. 2010; Joutsu-Korhonen ym. 2008, 136.)

Potilaan soveltuvuus vierimittaukseen arvioidaan yksilöllisesti. Kolme ensimmäistä näytettä määritetään rinnakkain INR-vierimittarilla ja laboratoriossa laskimoverestä tehtävillä analyysillä. INR-vierimittauksen tulosta on pitkäaikaisessa antikoagulaatiohoidossa olevilta potilailta verrattava laskimonäytteen INR- mittaukseen vähintään kahdesti vuodessa oikean tulostason varmistamiseksi. Potilasta myös veloitetaan käymään asiaan perehtyneen lääkärin luona säännöllisesti vuosittain. (Joutsu-Korhonen 2011, 20–21; Joutsu-Korhonen ym. 2010; Joutsu-Korhonen ym. 2008, 136.)

3.6 Vierimittauksen hyödyt

Aikaisempia tutkimuksia sairaanhoitajavetoisesta INR- klinikasta on löydettävissä vain vähän. Useimmat tutkimukset perustuvat farmaseuttivetoisen antikoagulanttiklinikan toimintaan tai moniammatillisesta työryhmästä koostuvan klinikan toimintaan. INR- vierimittarin luotettavuutta verrattuna laskimoverestä saatavaan INR-arvoon on sen sijaan tutkittu paljon. Vaikka Suomessa sairaanhoitajavetoisia INR-klinikoita alkaa olla jo lukuisia, niiden hyödyistä tai vaikuttavuudesta ei ole tehty tutkimuksia.

Aikaisempien tutkimusten perusteella INR-vierimittauksesta sekä keskitetystä antikoagulaatioklinikasta on hyötyä asiakkaalle niin hoidon ohjauksessa ja toteutuksessa kuin hoitotasapainossa pysymisessä. Asiakkaat sitoutuivat itse hoitoon paremmin, kun hoito toteutettiin keskitetysti. Jo pelkästään kapillaarinäytteenotto koettiin miellyttävämpänä vaihtoehtona kuin laskimonäytteenotto. Asiakkaat olivat mielissään, kun saivat kaiken tarvitsemansa klinikalta samalla kertaa. INR-klinikan asiakkaat pysyivät paremmin ja pidemmän aikaa hoitotasolla verrattuna asiakkaisiin, joiden annostuksesta vastasi lääkäri. INR-mittaukset toteutuivat klinikan asiakkailla säännöllisesti ja säännöllisin väliajoin. Säännöllisesti tapahtuva INR-arvon mittaus ja vakaa hoitotasolla pysyminen harvensivat antikoagulaatioklinikalla asioivien mittauskertoja. Vaikka mittauskerrat harvenivat, seuranta tapahtui säännöllisesti ennalta sovitun aikataulun mukaisesti. (Carver ym. 2012, 161-170; Chamberlain, Sageser & Ruiz 2001, 16-21; Fitzmaurice ym. 2000, 61; Wilson ym. 2003, 293-298; Woods ym. 2004, 161-165.)

Liisa Mäkitalo (2013) on käsitellyt opinnäytetyössään kokemuksia INR-vierianalytiikasta. Tutkimuksessa selvitettiin INR-poliklinikan hyötyjä ja kehittämiskohteita sekä kartoitettiin hoitajien osaamista laadukkaiden vieritutkimusten tuottajina. Hänen tutkimuksessaan on otettu huomioon niin ammattilaisten kuin INR-klinikan asiakkaiden kokemukset ja mielipiteet. Asiakkaat olivat tyytyväisiä INR-klinikan toimintaan erityisesti sen nopeuden ja joustavuuden takia. Klinikan koettiin helpottavan asiakkaan arkea sekä ohjauksen saantia. INR-klinikan toiminta oli vaikuttanut positiivisesti myös päivystyspoliklinikan ja laboratorion asiakasmääriin. Päivystyspoliklinikalla INR-tulosten ja Marevan®-annostusten kysely oli vähentynyt, mikä taas oli helpottanut muutenkin kiihkeisen päivystyksen kuormitusta. Laboratoriossa asiakasmäärä oli INR-klinikan myötä vähentynyt. Asiakasmäärän vähenemisestä johtuen odotusaika laboratorioon oli lyhentynyt ja sitä kautta asiakkaiden tyytyväisyys lisääntynyt. Laboratoriohoitajat kokivat myös työtahtinsa keventyneen. (Mäkitalo 2013.)

Härkönen, Järvinen & Mustonen (2016) toteuttivat asiakastyytyväisyystutkimuksen Pielaveden terveyskeskuksen INR-poliklinikalla. Pielaveden terveyskeskuksessa sairaanhoitajavetoinen INR-poliklinikka on toiminut vuodesta 2014 lähtien. Asiakkaat ovat klinikan toimintaan tyytyväisiä ja osa on kokenut pysyvänsä paremmin hoitotasapainossa. Klinikkan asiakkaina potilaat saavat parempaa ohjausta lääkehoidossa ja ruokavaliassa. He arvostavat tuttua hoitajaa, jonka kanssa voi keskustella myös muista terveyteen liittyvistä asioista. Yhteydenotto hoitajaan käy helposti ja asioiminen klinikalla on nopeaa ja vaivatonta. (Härkönen, Järvinen & Mustonen 2016, 29–34.)

INR-vierimittauksen aloitti Suomessa ensimmäisenä Kemin terveyskeskus. Ylilääkäri Kärkkäisen mukaan lähes kaikkien Kemiläisten antikoagulaatiohoidon seuranta tapahtuu alkuvaiheen jälkeen hoitajan vastaanotolla vierimittaria käyttäen. Kokemukset ovat olleet hyviä ja potilaat pysyvät paremmin hoitotasolla. (Suomen sydänliitto 2014.)

Aikaisemmat tutkimukset tukevat keskitettyä antikoagulaatioklinikan mallia. Asiakkaat siirtyvät mielellään mittauttamaan INR-arvonsa vierilaitteella tehtävällä laitteella sairaanhoitajavetoiselle INR-klinikalle. Se on heille helppoa ja vaivatonta sekä useimmille myös kivutonta. Asiakkailta säästyy käyntikertoja ja puhelinsoittoja, kun heidän ei tarvitse erikseen kysyä INR-tulosta ja seuraavaa lääkitysannostusta esimerkiksi terveyskeskuksen ajanvarauksesta. Antikoagulaatiohoitoa saavat asiakkaat sitoutuvat hoitoonsa paremmin, kun he saavat säännöllistä ohjausta ja INR-mittaukset toteutetaan säännöllisesti. He pysyvät paremmin hoitotasolla, jolloin mittauskertoja voidaan harventaa. Parempi hoitoon sitoutuminen ja hoitotasolla pysyminen parantavat asiakkaiden lääkitysturvallisuutta.

4 LÄÄKEHOITON SITOUTUMINEN

Kyngäs & Hentinen (2008, 17) määrittelevät hoitoon sitoutumisen asiakkaan aktiivisena ja vastuullisena toimintana terveyden edellyttämällä tavalla yhteis-työssä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa. Yhteistyö nähdään tavoitteiden asettamisena sekä hoidon suunnitteluna ja ongelmien ratkaisemisena. Vuorovaikutus toteutuu, kun molemmat osapuolet ovat tasavertaisia ja tuovat omat näkemyksensä julki. (Kyngäs & Hentinen 2008, 17.)

Pysyvissä tilanteissa hoidon ei tule olla kaavamaisista ohjeiden noudattamista vaan siinä tulee tähdätä joustavaan toimintaan, jossa tavoitteina ovat terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen tai hoito ja kuntoutus. Toiminnan joustavuus ei tule hetkessä, vaan hoitoon sitoutuminen on nähtävä prosessina, joka ajan kuluessa etenee ohjeiden noudattamisen kautta sitoutumiseen. Lääkehoito on vain yksi osa pitkäaikaissairauksia hoidettaessa ja muut hoidon osa-alueet voivat olla yhtä tärkeitä tai tärkeämpiä kuin lääkehoito. (Kyngäs & Hentinen 2008, 17–18.)

Erityisesti pitkäaikaissairauksissa ja helposti hoidettavissa sairauksissa potilaan ja asiakkaan rooli on merkittävä: hoidon toteutus ja tavoitteet sovitaan yhdessä potilaan kanssa (Roberts, Wheeler & Neiheisel 2013, 283; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 23–24). Terveydenhuoltoalan ammattilainen on avainasemassa tukemassa lääkkeen käyttäjän vastuuta ja osallistumista lääkehoitoon. Asianmukainen neuvonta ja riittävä, luotettava kansantajuinen tiedon saanti parantavat lääkehoidon onnistumista. Onnistuneella lääkehoidolla potilas sitoutuu hoitoonsa paremmin. (Neiheisel, Wheeler & Roberts 2013, 51–53; Roberts, Wheeler & Neiheisel 2016, 283; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 23–24.)

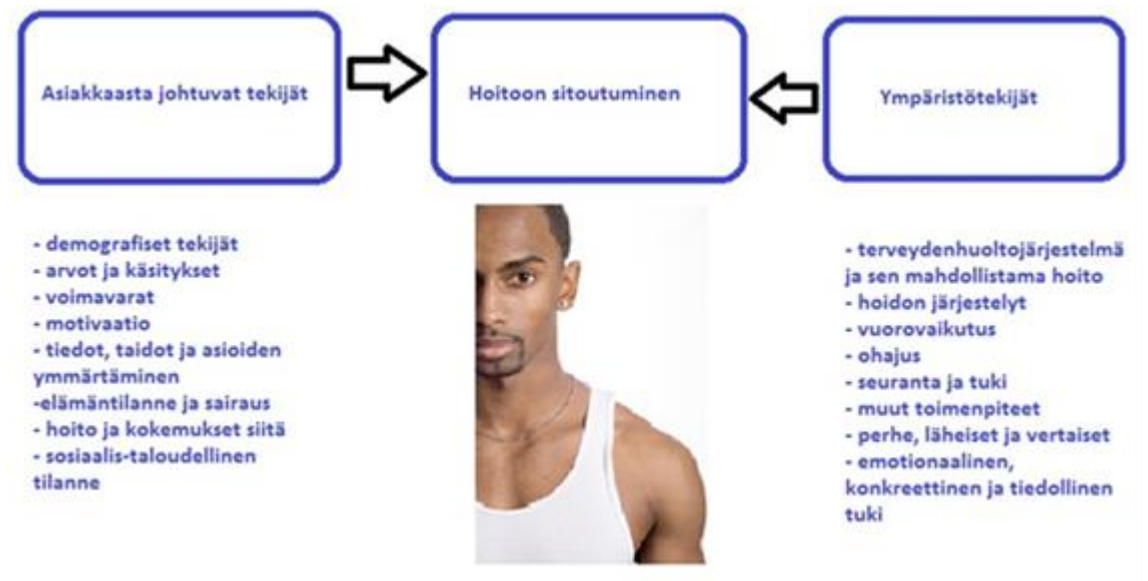
4.1 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

Terveydenhuollon ammattilaisen oman työn osana on edistää asiakkaan hoitoon sitoutumista. Se merkitsee vastuunottamista koko hoitoprosessista yhdessä hoidettavan kanssa. Suhtautuminen omaan työhön saattaa muuttua kun pitää omaksua uusia tietoja ja taitoja sekä tarjota lisää aikaa asiakkaalle. (Kyngäs & Hentinen 2008, 24–25.) Ajan käyttäminen asiakkaiden informointiin ja opastukseen kannattaa, sillä sen on todettu parantavan lääkehoitoon sitoutumista (Wheeler, Roberts & Neiheisel 2013, 228). Asi-

akkaiden hoitoon sitoutumista kannattaa arvioida säännöllisesti, jotta saadaan näyttöä siitä, millaisia tuloksia hoidolla saadaan aikaan. Tulosten perusteella voidaan ohjausta kehittää ja suunnata sitä oikeille tahoille. (Wheeler, Roberts & Neiheisel 2013, 225; Kyngäs & Hentinen 2008, 24–25.) Samalla on mahdollista parantaa hoidon järjestelyitä. Arviointi antaa työkaluja myös terveydenhuollon henkilöstön koulutustarpeista ja auttaa toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 24–25.)

Hoitajavetoisen klinikan hoitajat ovat avainasemassa parantamassa lääkehoitoon sitoutumista. Hoitajan tehtävänä on määrittää potilaan sitoutumisen taso lääkehoitoon, tunnistaa mahdolliset hoidon onnistumisen esteet ja kehittää luovia ratkaisuja. Hoitajan kunnioittava ja yhteistyöhaluinen ote saa potilaan osallistumaan enemmän itsehoitoon ja auttaa tunnistamaan ristiriitoja hoidolle asetettujen tavoitteiden ja potilaan käyttäytymisen välillä. Uusien toimintatapojen omaksuminen ja ajatusten saaminen tasapainoon johtavat lääkehoitoon sitoutumiseen. (Alton, March, Mallary & Fiandt 2014, 439.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä on kuvattu kuvassa 1. Siihen vaikuttavat monet tekijät, jotka voidaan pääpiirteissään jakaa asiakkaasta johtuviin ja ympäristöstä johtuviin tekijöihin. Työikäisillä demografiset tekijät, ikä, sukupuoli ja koulutus eivät niinkään vaikuta hoitoon sitoutumiseen. Sen sijaan lasten, nuorten ja ikääntyneiden keskuudessa iällä saattaa olla huomattavaa merkitystä hoitoon sitoutumisessa. Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat vaikuttavat siihen, miten asiakas hoitaa itseään. Psyykkiset ongelmat ja niihin liittyvät puutteelliset selviytymiskeinot heikentävät hoitoon sitoutumista. Ohjaus ja hoitotoiminta tähtäävät asiakkaan omien voimavarojen tukemiseen. (Wheeler, Roberts & Neiheisel 2013, 225–227; Kyngäs & Hentinen 2008, 26–28.) Viimeisen kymmenen vuoden aikana yhdeksi ohjauksen ja hoidon tavoitteeksi on kulminoitunut asiakkaan voimaantumisen edistäminen. (Kyngäs & Hentinen 2008, 26–28.)



Kuva 1. Hoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät (Kyngäs & Hentinen 2008).

Motivaatio nähdään keskeisenä sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Henkilön luottamus omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutumisen ehtona on, että asiakas tietää sairaudestaan, hoidostaan ja ymmärtää niiden merkityksen itsensä kannalta. Tieto auttaa jäsentämään tilannetta ja sitä kautta syntyy motivaatio. Ymmärrettävän tiedon puute ja puutteelliset ongelmanratkaisutaidot voivat olla este hoidon toteuttamiselle. Myös muut kognitiiviset tekijät tiedon ymmärtämisen ja omaksumisen lisäksi ovat ratkaisevia ja ne on otettava huomioon asiakkaan kanssa työskennellessä. (Kyngäs & Hentinen 2008, 28–30; Lääketietokeskus 2003, 30.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat sairaus ja erilaiset elämäntilanteet. Sairauden oireet kuluttavat voimavaroja ja vaikeuttavat hoidon toteuttamista. Oireiden lieventyessä hoitomotivaatio toisaalta paranee. Sairauteen tai sen uhkaan liittyy usein pelkoja. Pelolla voi olla hoitoon joko estävä tai motivoiva vaikutus riippuen millaisia ja miten voimakkaita pelkoja asiakas kokee. Voimakas pelko lisää ahdistusta ja saattaa huonontaa hoitoon sitoutumista. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa huomattavasti se, millainen hoito on kyseessä ja mitä se edellyttää. Pienet muutokset on asiakkaan helpompi toteuttaa. Lyhytkestoisempaan hoitoon sitoudutaan yleensä paremmin kuin pitkäkestoiseen. Asiakkaan tyytyväisyys hoitoon voi edistää tai heikentää hoitoon sitoutumista. Positiivinen ilmapiiri sekä ymmärretyksi ja hyväksytyksi tuleminen kokemukset edistävät yhteistyötä

ja hoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2008, 30–31; Lääketietokeskus 2003, 29–30.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat asiakkaan itsensä lisäksi monet ulkopuoliset tekijät. Vaikutusta on terveystalvvelujärjestelmällä ja sen tarjoamilla palveluilla ja hoidolla, henkilöstöllä sekä asiakkaan läheisillä. (Kyngäs & Hentinen 2008, 32; Lääketietokeskus 2003, 137.) Ammatillaisen ja asiakkaan välinen luottamuksellinen suhde ja sitä kautta syntyvä vuorovaikutus on yksi tärkeimmistä oppimiseen ja lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä (Roberts, Wheeler & Neiheisel 2013, 281; Kyngäs & Hentinen 2008, 32; Osterberg & Blaschke 2005, 494; Lääketietokeskus 2003, 137). Vuorovaikutuksen merkitys erityisesti pitkäaikaissairaiden ohjauksessa korostuu. Potilaat, jotka kokevat olevansa kumppaneita hoitoprosessissa, sitoutuvat hoitoon paremmin. Hoidon järjestelyt edistävät hoitoon sitoutumista. Hoidon seuranta ja välitön palaute hoitotuloksista, erityisesti sen ollessa positiivinen, edistävät osaltaan hoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2008, 32–33; Lääketietokeskus 2003, 137.) Vastuunottaminen omasta terveydestä ja omaseuranta esimerkiksi diabetes- ja verenpainetautipotilailla on parantanut potilaiden hoitomotiivaatiota ja siten edistänyt hoitoon sitoutumista (Roberts, Wheeler & Neiheisel 2013, 285; Kyngäs & Hentinen 2008, 32–33; Lääketietokeskus 2003, 137).

Perheen ja läheisten tukea osana hoitoon sitoutumista ei sovi unohtaa. Perheen sisäisillä suhteilla on merkitystä henkilön sitoutumisessa omaan hoitoonsa. Läheisten antama tuki on monelle välttämätöntä jaksamisen kannalta. Hoito voi joskus tuoda mukanaan suuriakin muutoksia perheelle tai läheisille, jolloin koko perhe pitää huomioida hoidossa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 33–34.) Lääkehoidosta kertominen ja ohjaus asiakkaalle ja hänen perheelleen lisäävät asiakkaan halua sitoutua määrättyyn lääkehoitoon (Osterberg & Blaschke 2005, 491). Perheen lisäksi tärkeä tuki voi löytyä vertaistuen piiristä. Vertaistuellä on suuri merkitys hoitoon sitoutumisessa silloin, kun asiakas on itse huonosti sitoutunut hoitoonsa. Samaa sairautta edustava tai samassa tilanteessa oleva henkilö ymmärtää ja osaa tukea sairastunutta eri tavalla. Toisten kokemukset ja käytännönläheinen tieto auttavat ymmärtämään hoitoon ja arkielämän ongelmiin liittyvissä kysymyksissä. Vertaistuen merkitystä terveydenhuollossa ei ole täysin oivallettu, siksi sitä on ollut tarjolla vain vähän. Lähinnä vapaaehtoiset ovat olleet uranuurtajia tässä asiassa ja tulevat jatkossakin olemaan toiminnassa osallisina. (Kyngäs & Hentinen 2008, 33–34.)

4.2 Antikoagulanttihoitoon sitoutumisen edistäminen

Kääriäinen, Paukama ja Kyngäs ovat tutkineet varfariinia käyttävien potilaiden lääkehoitoon sitoutumista ja hoito-ohjeiden noudattamista. Lääkehoitoon sitoutuminen nähdään aktiivisena, tarkoituksellisena ja vastuullisena hoitoprosessina, jossa varfariinia käyttävät potilaat ottavat vastuuta omasta terveydestään yhteistyössä terveysalan ammattilaisten kanssa. Tämä ei tarkoita vain lääkitystä, vaan kaikkia potilaille suositeltuja hoito-ohjeita, kuten INR-mittausta, ruoka-valiota ja liikuntaa, mutta myös tiivistä yhteistyötä terveystalouden tuottajan kanssa. Kuten minkä tahansa lääkityksen kohdalla, myös varfariinin kohdalla on erityisen tärkeää kertoa potilaalle, miksi hänelle on kyseinen lääke määrätty. Sitoutuminen lääkehoitoon paranee, kun potilas tietää, miksi hänen on syötävä antikoagulanttia. Tyytyväisyys lääkärin toimintatapoihin ja avoin kommunikointi potilaan ja lääkärin välillä vahvistavat sitoutumista. (Kääriäinen, Paukama & Kyngäs 2011, 90.)

Lääkehoidon laiminlyönti voi johtaa komplikaatioihin ja vakaviin terveysongelmiin. Varfariini itsessään on hankala lääkitys sen kapean terapeuttisen ikkunan vuoksi. Varfariinin käyttäminen vaatiikin optimaalista sitoutumista, jotta lääkkeestä saadaan toivottu vaikutus ja vältytään mahdollisilta vakavilta haittavaikutuksilta. Potilas saadaan sitoutettua lääkehoitoon ja suositeltuihin hoito-ohjeisiin hyvällä ja luottamuksellisella yhteistyöllä terveysalan ammattilaisten kanssa. Luottamuksellinen suhde on tärkeä, jotta potilaat uskaltavat puhua avoimesti kaikista hoitoon liittyvistä asioista. Varfariinia käyttävät potilaat kokevat tärkeänä sen, että heille laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma yhdessä heidän kanssaan. Potilaille on tärkeää saada elää normaalia elämää, jota sairaus ei hallitse ja lääkitys ei keskeytä. (Kääriäinen, Paukama & Kyngäs 2011, 93–94.)

Suomessa antikoagulaatiohoitoa toteutetaan ja seurataan hajautetusti yleensä perusterveydenhuollossa. Käytäntö on toimiva silloin, kun potilasohjaukseen ja käytännön toteutukseen varataan riittävästi aikaa ja resursseja. Hoitotyön kiireisen luonteen vuoksi näin ei läheskään aina tapahdu, ellei antikoagulaatiohoitoa keskitetä yhtenäiseksi toiminnaksi. Antikoagulaatiohoidon seurantaan, potilas-ohjaukseen ja monipuoliseen kehittämiseen pitäisi kiinnittää huomiota. Eräissä Euroopan maissa ja Yhdysvalloissa on keskitettyjä antikoagulaatioklinikoita. Klinikoiden toiminnan kautta hoidon onnistuminen paranee, niin tehon kuin turvallisuuden kannalta. Hyväksi toimintamuodoksi on osoittautunut myös vierilaitteella tehtävä antikoagulaatiohoidon seuranta ja omavastuu. (Lassila 2008, 4,6.)

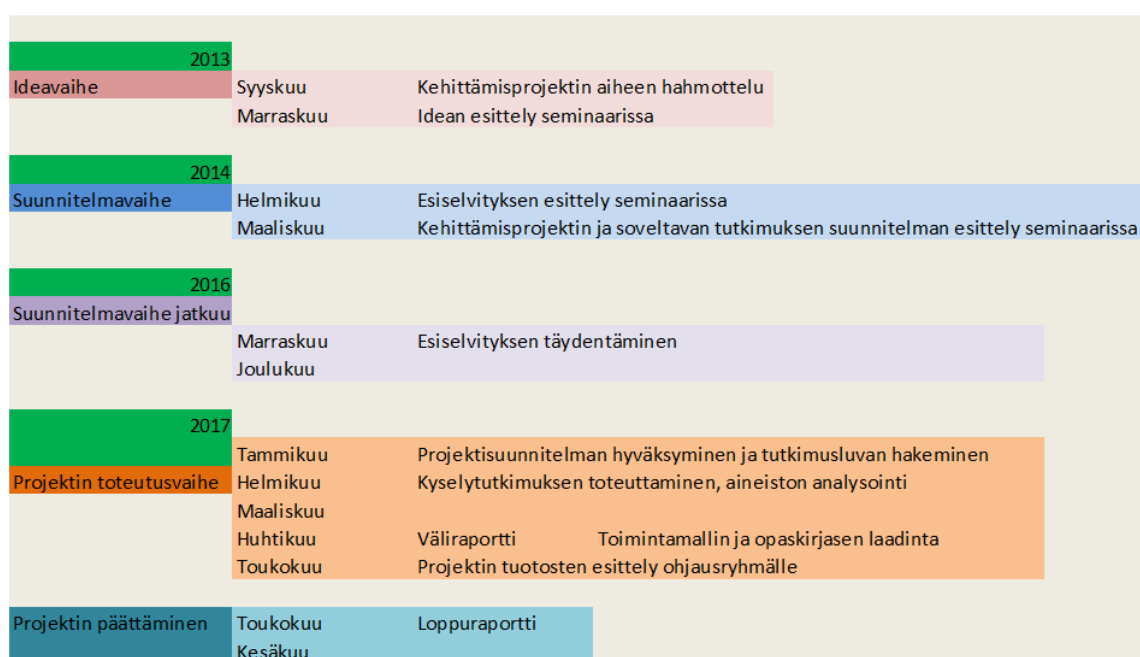
Huittisten terveyskeskuksessa antikoagulaatiohoito on keskitetty INR-klinikalle. Kaksi hoitajaa vastaa klinikan toiminnasta. Potilailla on aina vastassaan tuttu hoitaja, joka tuntee potilaan ja hänen elämäntilanteensa ja osaa hoitaa potilasta hänen vaatimallaan tavalla. Hoitajalle ja potilaalle muodostuu avoin ja luottamuksellinen suhde, koska hoitajat pysyvät samoina kerrasta toiseen. Potilaat saavat tarvitsemaansa tukea ja ohjeistusta hankalissakin tilanteissa. Samat hoitajat ja vakiintunut toiminta takaavat potilaalle turvallisen ja helpon palvelun, joka edistää antikoagulanttihoitoon sitoutumista. Klinikalle on helppo tulla ja siellä asiointi on selkeää ja nopeaa. Klinikalla asiointi asettuu luontevasti potilaan päiväjärjestykseen eikä se vaadi ylimääräisiä ajanvarauksia tai puhelinsoittoja.

INR-klinikan toiminnan avulla on mahdollista vaikuttaa asiakkaasta ja ympäristöstä johtuviin tekijöihin, jotka vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Klinikan asiakkaina on erikäisiä ja -kuntoisia ihmisiä. Klinikan tavoitteena on kohdata potilas yksilönä, jotta hän saa tarvitsemansa tiedon, opastuksen ja tuen hänen vaatimallaan tavalla. Avoin vuoro-vaikutus hoitajan ja potilaan välillä avaa monia väyliä. Hoitajalla on loistava mahdollisuus motivoida potilasta antikoagulanttihoitoon: hoitaja on avainasemassa kertoessaan kaiken tarvittavan lääkityksestä ja hoidosta: hänellä on tilaisuus saada potilas ymmärtämään sairautensa ja sen vaatima hoito. Kaikki potilaat eivät ole yhtä sitoutuneita antikoagulanttihoitoon, jolloin INR-hoitajan seuranta, ohjaus ja tuki ovat ensiarvoisen tärkeitä potilaalle. Antikoagulanttihoito halutaan tuoda osaksi potilaan elämää ja helpottaa sitoutumista siihen. (Cruess et al. 2010, 34,40–41.)

INR-klinikan perustaminen on esimerkki siitä, miten hoidon uudelleenjärjestelyillä voidaan joustavoittaa palveluita asiakkaan näkökulmasta, mikä edistää heidän hoitoon sitoutumistaan. Tässä projektissa näitä hoidon järjestelyitä edelleen selkiytetään, jotta saataisiin vielä parempi toimintamalli ja tapa informoida siitä asiakkaita.

5 KEHITTÄMISPROJEKTI PROSESSINA

Kehittämiprojekti eteni kuvassa 2 esitetyn kaavion mukaan. Projektissa oli yli kahden vuoden tauko, mutta se jatkettiin loppuun keväällä 2017. Projektissa tehtävän tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa INR-klinikalla asioivien oraalista antikoagulaatiohoitoa saavien potilaiden mielipiteitä ja kokemuksia klinikan toiminnasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka avulla sairaanhoitajavetoisen INR-klinikan toimintaa voidaan kehittää potilaslähtöisemmäksi Huittisten terveyskeskuksessa. Kehittämistoimina projektissa oli toimintamallin ja asiakkaiden opaskirjasen laatiminen.



Kuva 2. Kehittämiprojektin eteneminen.

Projektiorganisaatio muodostuu projektipäälliköstä sekä ohjaus- ja projektiryhmästä (Viirkorpi 2000, 25). Projektipäälliköllä ei ollut aikaisempaa kokemusta projektipäällikkönä toimimisesta, siksi tämän kehittämiprojektin toteuttaminen oli uuden oppimista ja harjoittelua. Projektipäällikön vastuulla oli saattaa projekti kunnialla päätökseen tietyn määräajan ja budjetin puitteissa. Huotarinen (2015) määrittelee projekti-päällikön tärkeimmiksi ominaisuuksiksi hyvät kommunikointitaidot ja päätöksentekokyvyyn. Projektipäällikkö halusi toiminnassaan panostaa kommunikointitaitoihin sekä saada luottamusta omiin kykyihini päätöksiä tehdessä.

Yhteisö, jossa projekti toteutettiin, on suhteellisen pieni. Ohjausryhmän muodostivat hoitotyön johtaja, poliklinikan osastonhoitaja ja opettajatuutori. Ohjaus-ryhmän tarkoituksena oli antaa kunkin jäsenen asiantuntemus projektin johtamisen tueksi. Sen tehtävänä oli seurata projektin etenemistä ja tukea projektipäällikköä tehtävässään. (Silfverberg 2007, 47, 150.) Projektiryhmän muodostivat laboratorion edustaja ja INR-hoitajat. Projektiryhmän tarkoituksena oli ideoida yhdessä INR-klinikan toimintamallin täsmentämistä sekä opaskirjaseen sisältöä (Silfverberg 2007, 47). Projektiryhmä oli projektipäällikön apuna jakamassa kyselylomakkeita INR-poliklinikan asiakkaille.

Projektipäällikkö sai melko vapaat kädet toimintamallin ja opaskirjaseen työstämiseen. Projektipäällikkö teki molemmista tuotoksista ehdotukset tutkimustulosten perusteella ja projektiryhmän jäsenet saivat kommentoida ja ehdottaa muutoksia ehdotuksiin. Kommenttien perusteella tuotoksia muokattiin haluttuun suuntaan. Hoitotyönjohtaja hyväksyi lopulliset tuotokset.

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSA

6.1 Soveltavan tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa Huittisten terveyskeskuksen INR-klinikalla asioivien oraalista antikoagulaatiohoitoa saavien potilaiden mielipiteitä ja kokemuksia klinikan toiminnasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka avulla sairaanhoidajavetoisen INR-klinikan toimintaa voidaan kehittää potilaslähtöisemmäksi Huittisten terveyskeskuksessa.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Millaisena potilaat kokevat INR-klinikan toiminnan?
2. Mitä mieltä potilaat ovat INR-klinikan toiminnasta tiedottamisesta?

6.2 Soveltavan osan tutkimusmenetelmä, aineistonkeruu ja aineiston analysointi

Tutkimuksen lähestymistapa oli määrällinen. Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusotteella selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Edellytyksenä kvantitatiiviselle tutkimukselle on suuri ja mahdollisimman edustava otos. Aineisto kerätään strukturoidulla kyselylomakkeilla. Kvantitatiivinen tutkimus tarjoaa tiedon nykyhetkestä, mutta sen avulla ei pystytä selvittämään asioiden syitä kattavasti. (Tilastollinen tutkimus 2017.) Aineiston keruu toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka laadittiin tätä tutkimusta varten. Kyselylomake (liite 1) pohjautuu antikoagulaatioklinikoista aikaisemmin kerättyyn tietoon ja kokemuksiin. Lomake sisälsi 3 taustakysymystä, 23 kappaletta strukturoituja väittämiä, joihin asiakkaat vastasivat käyttäen 4-portaista järjestysasteikkoa, sekä yhden avoimen kysymyksen. Asteikon verbaaliset vaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”melko samaa mieltä”, ”melko eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Kyselylomake testattiin viidellä asiakkaalla mahdollisten korjausten tekemiseksi. Testaamisen jälkeen ei koettu tarvetta muuttaa lomaketta, joten INR-hoitajat pystyivät jatkamaan lomakkeen jakamista asiakkailleen.

Kyselyyn tavoiteltiin osallistujiksi mahdollisimman montaa INR-klinikan potilasta. Vastajiksi valikoituivat 3 viikon aikana asioivat potilaat, jotka halusivat osallistua tutkimukseen. Kaikkiaan klinikalla asioi noin 300 potilasta. Tavoitteena oli, että noin kolmasosa (n= 100) potilaista vastaisi kyselyyn. Tutkimukseen osallistujia tiedotettiin suullisesti INR-hoitajan vastaanotolla hoitajan toimesta ja kirjallisesti kyselylomakkeen liitteenä olevalla saatekirjeellä (liite 2). Terveyskeskuksen henkilökunnalle julkaistiin tutkimustiedote (liite 3), jotta he saivat tiedon käynnissä olevasta tutkimuksesta.

Kyselylomakkeet jaettiin potilaille INR-hoitajan vastaanotolla. He saivat mukaansa kyselylomakkeen saatekirjeineen ja palautuskuoren, jossa postimaksu oli valmiiksi maksettu. Näin asiakkailta oli mahdollisuus palauttaa kyselylomakkeen täysin anonyymisti ja ilman heille koituvia kuluja. Vastausaikaa annettiin 3-4 viikkoa, riippuen siitä, kuinka usein he asioivat hoitajan luona. Asiakkailta oli mahdollisuus täyttää lomake myös hoitajan vastaanotolla, mutta tätä mahdollisuutta ei käytetty. Vastauskuoret toimitettiin laboratorioon tutkimuksesta vastaavalle projektipäällikölle.

Aineisto analysoitiin Microsoft Excel-ohjelmaa apuna käyttäen. Avoimen kysymyksen vastaukset (kysymys 8) oli tarkoitus luokitella, mutta niiden kirjavuuden vuoksi luokittelu oli hankalaa. Vastaukset olivat hyvin hajanaisia ja toisistaan erottuvia.

Vastaaja ilmoitti ikänsä numeerisesti (kysymys 1). Iät luokiteltiin vastausten perusteella ikäryhmittäin viiden vuoden ryhmiin ja alle 30-vuotiaiden ryhmäksi.

INR-klinikan tiedottamista koskevassa kysymyskategoriassa oli kolme avointa tarkentavaa kysymystä, johon oli mahdollista vastata. Niihin oli vastattu melko vähän. Vastaukset luokiteltiin sen mukaan, mitä vastaajat olivat kirjoittaneet ja kuinka moni oli vastannut saman.

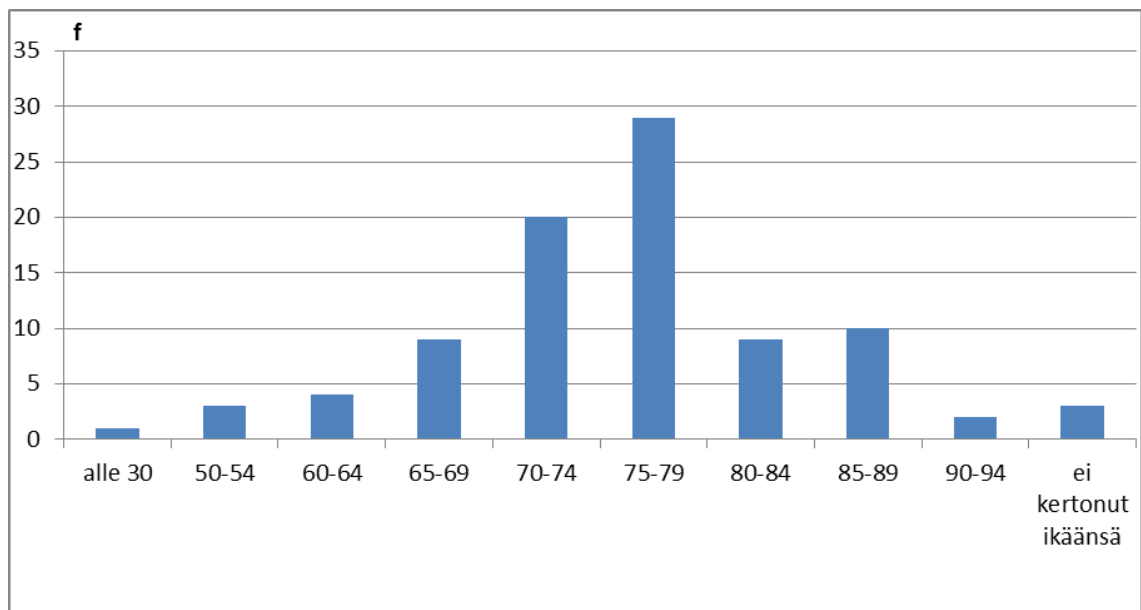
Vastauksista on laskettu frekvenssit ja prosentit. Kysymyksistä 1-3 piirrettiin kuvaajat, joista ilmenee vastaajien ikäjakauma, sukupuolijakauma ja jakauma hoidon kestosta. Kysymyspatteristoista 4-7 koottiin kuvioon kunkin vastausvaihtoehdon lukumäärät, joista piirrettiin kuvaajat. Kuvaajista ilmenee yhdellä katsomalla jakauma vastauksista yhtä väittämää kohden. Kysymyksestä 8 ei tehty varsinaista luokittelua. Kysymyksessä pyydettiin vastaajaa kertomaan kehittämissuhteita liittyen klinikan toimintaan ja sitä tiedottamiseen. Vastauksia itse kysymykseen ei tullut lainkaan. Vastaajat olivat muun muassa kirjoittaneet terveisiä tutkijalle ja selventäneet joitakin vastauksiaan.

7 TUTKIMUKSELLISEN OSAN TULOKSET

Kyselylomakkeita jaettiin 115 kappaletta. Lomakkeita palautettiin 91 kappaletta, joista 1 jouduttiin rajaamaan aineiston ulkopuolelle, koska se oli täytetty vain osittain ja virheellisesti. Aineisto koostuu 90 lomakkeesta. Vastausprosentti oli 78,3 %.

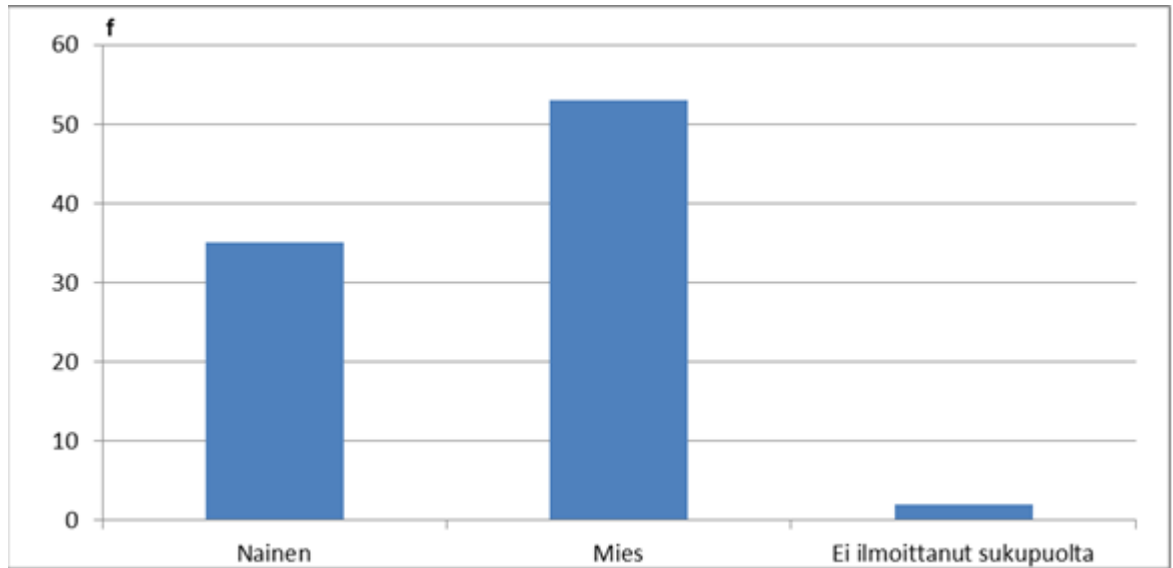
7.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselytutkimuksessa vastaajilta kysyttiin taustatietoina ikää, sukupuolta ja anti-koagulaatiohoidon kestoja. Vastaajien ikäjakauma on kuvattuna kuviossa 1. Ikänsä vastaajista oli ilmoittanut 86 vastaajaa. Suurin vastaajaryhmä (32,2 %) oli iältään 75–79 -vuotiaita. Toiseksi suurin vastaajaryhmä oli iältään 70–74 -vuotiaita (22,2 %). Kolmanneksi eniten vastaajia oli 85–89 -vuotiaissa. Alle 30 -vuotiaita vastaajia oli vain yksi ja yli 90 -vuotiaita 2 kappaletta.



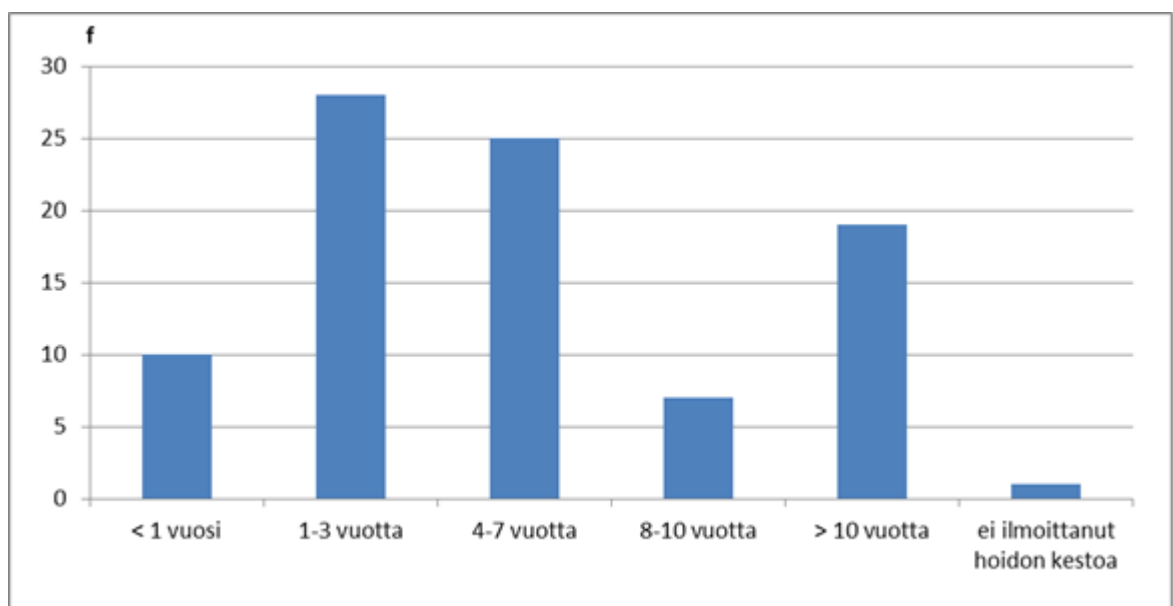
Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (n=90).

Kyselyyn vastanneista naisia oli 35 (38,9 %) ja miehiä 53 (58,9 %). Sukupuolen jätti ilmoittamatta 2 (2,2 %) vastaajaa. Vastaajien sukupuolijakauma on kuvattuna kuviossa 2.



Kuvio 2. Vastaajien sukupuolijakauma (n=90).

Antikoagulaatiohoidon eli marevan®-hoidon keston ilmoittivat kaikki kyselyyn vastanneet yhtä vastaajaa lukuun ottamatta. Jakauma hoidon kehosta on kuvattu kuviossa 3. Vastaajista 28 henkilöllä (31,5 %) hoito oli ollut määrättyä 1-3 vuotta. Vastaajista 25 henkilöllä (28 %) lääkitys oli ollut käytössä 4-7 vuotta. Yli 10 vuotta lääkitys oli ollut käytössä 19 vastaajalla (21,3 %).



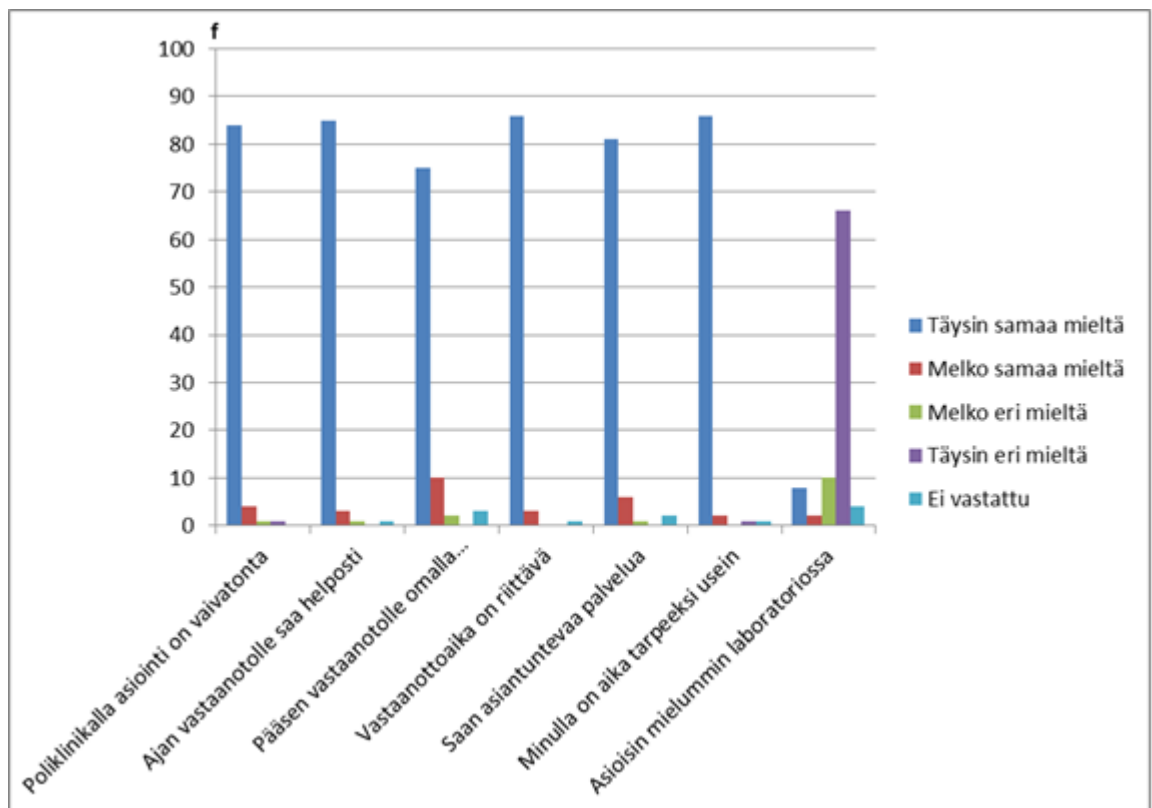
Kuvio 3. Antikoagulaatiohoidon kesto (n=90).

7.2 INR-poliklinikan toiminta

INR-poliklinikan toimintaa koskevien väitteiden vastausjakauma on esitetty kuviossa 4. INR-poliklinikan toimintaa koskeviin väittämiin oli vastattu hyvin. Poliklinikalla asiointi koettiin vaivattomaksi 84 vastaajan mielestä (93 %). Melko samaa mieltä vaivattomuudesta oli 4 vastaajaa. Melko eri mieltä asiointin vaivattomuudesta oli yksi vastaaja, samoin täysin eri mieltä oli yksi vastaaja.

Vastaajat kokivat, että ajan INR-hoitajan vastaanotolle saa helposti. 94 % vastaajista (f=85) oli väittämästä täysin samaa mieltä. Melko samaa mieltä ajan saamisesta helposti oli 3 vastaajaa (3,3 %). Vastaajista yksi ilmoitti olevansa väitteestä melko eri mieltä ja yksi henkilö oli jättänyt vastaamatta väitteeseen ajan saamisen helppoudesta.

Vastaajista 83,3 % (f= 75) oli täysin samaa mieltä siitä, että vastaanotolle pääsee omalla ajalla, toisin sanoen vastaanottoajat eivät ole myöhässä. Melko samaa mieltä vastaanotolle pääsystä oli 10 vastaajaa. Kolme vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kyseiseen väitteeseen.



Kuvio 4. INR- poliklinikan toiminta (n=90).

Vastaajista suurimman osan (95,6 %, f= 86) mielestä vastaanottoaika INR-hoitajan vastaanotolle on riittävä. Melko samaa mieltä ajan riittävydestä oli 3 vastaajaa. Vastaajista yksi oli jättänyt väittämän tyhjäksi.

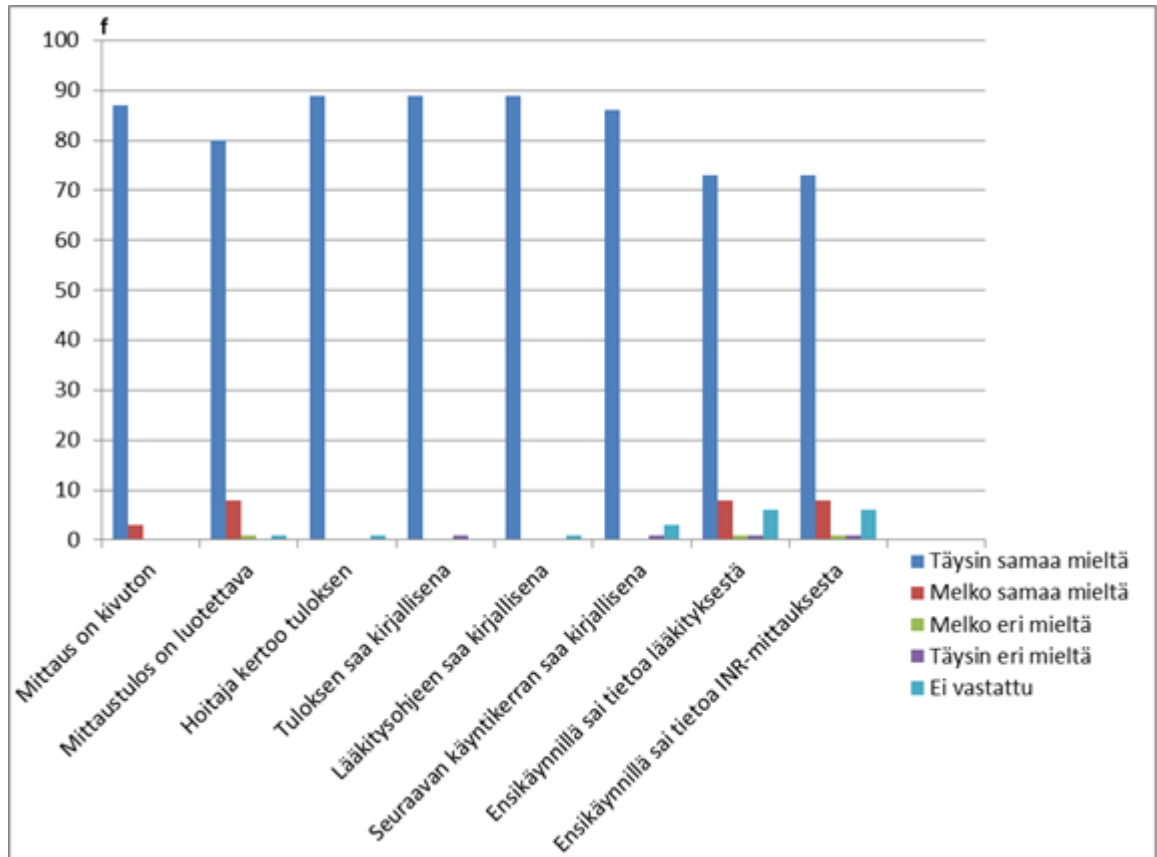
Asiantuntevaa palvelua INR-hoitajan vastaanotolla koki saavansa 90 % (f= 81) vastaajista. Vastaajista 6 oli melko samaa mieltä asiantuntevasta palvelusta. Vastaajista 2 oli jättänyt vastaamatta.

Lähes 96 % (f= 86) vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että aika INR-hoitajalle on tarpeeksi usein. Melko samaa mieltä väittämästä oli 2 vastaajaa. Vastaajista 1 oli täysin eri mieltä väittämästä.

Vastaajista 8 (8,9 %) ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä siitä, että asioisi mieluummin laboratoriossa mittauttamassa INR-arvonsa. Täysin eri mieltä väittämästä oli 73,3 % (f= 66) vastaajista. Vastaajista 4 oli jättänyt vastaamatta väittämään.

Väittämiin koskien INR-mittausta ja marevanin® annostusta oli myös vastattu hyvin. Jakauma vastauksiin liittyen on esitetty kuviossa 5. Mittaus koettiin kivuttomaksi suurimmassa osassa vastauksista (96,7 %, f= 87). Melko samaa mieltä asiasta oli 3 vastaajaa.

Mittaustulosta pitää täysin luotettavana 80 vastaajaa (88,9 %). Melko samaa mieltä luotettavuudesta oli 8 vastaajaa (8,9 %). Vastaajista 1 oli jättänyt vastaamatta väittämään.



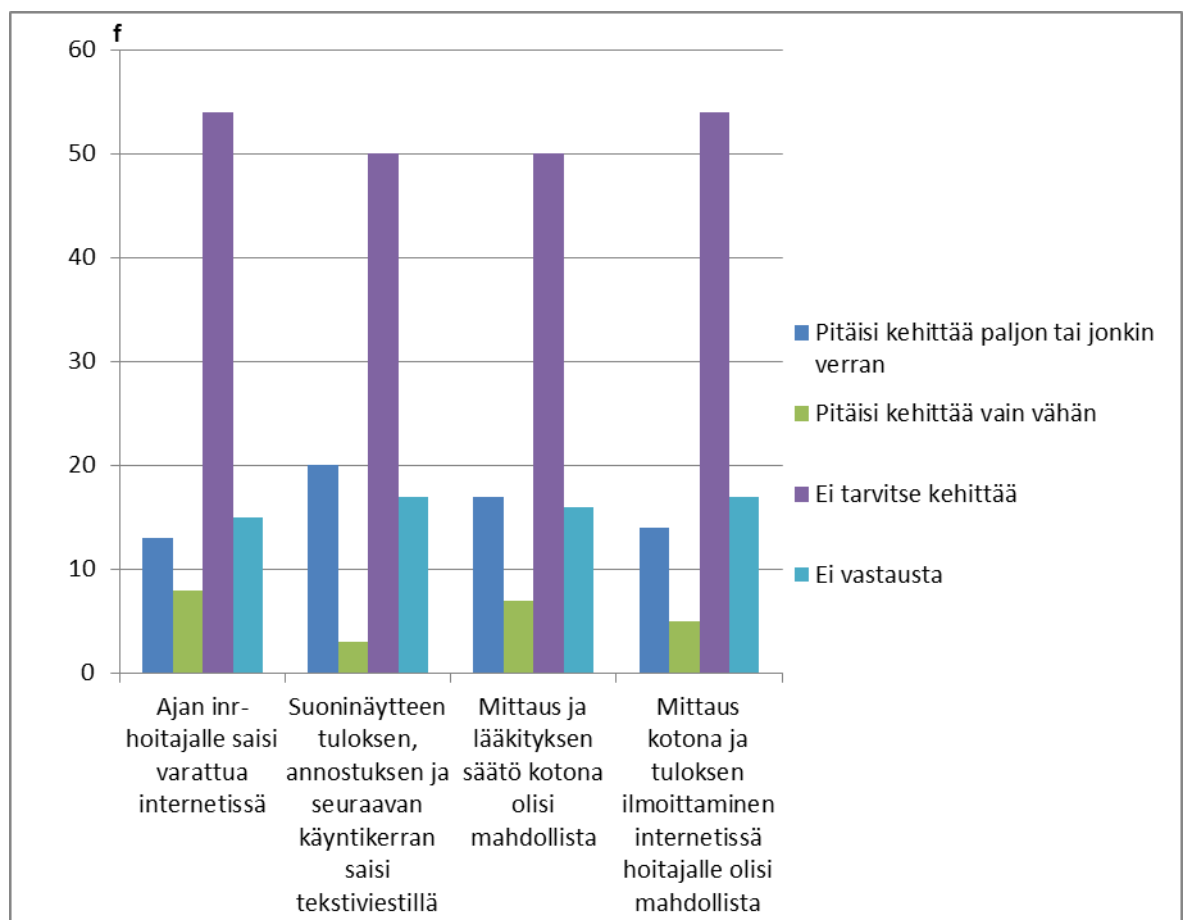
Kuvio 5. INR- mittaus ja marevanin annostus (n=90).

Lähes kaikki vastaajista (98,9 %, f= 89) olivat täysin samaa mieltä siitä, että hoitaja kertoo tuloksen, tuloksen saa kirjallisena ja lääkitysohjeen saa kirjallisena. Vastaajista 1 oli täysin eri mieltä siitä, että tuloksen saa kirjallisena. Vastaajista 95,6 % (f= 86) oli täysin samaa mieltä siitä, että seuraavan käyntikerran saa kirjallisena. Täysin eri mieltä asiasta oli 1 vastaaja ja 3 vastaajaa oli jättänyt vastaamatta väittämään.

Väittämässä, jotka koskivat ensikäynnillä saatavaa informaatiota liittyen antikoagulanttilääkitykseen ja INR-mittaukseen, oli eniten hajontaa vastauksissa. Vastaajista 81,1 % (f= 73) oli täysin samaa mieltä ensikäynnillä saatavista tiedoista. Melko samaa mieltä oli 8,9 % vastaajista. Melko eri mieltä oli 1 vastaaja ja täysin eri mieltä oli 1 vastaaja. Vastaajista 6 (6,7 %) oli jättänyt vastaamatta sekä väittämään ensikäynnillä saatavasta lääkitystiedosta että väittämään ensikäynnillä saatavasta tiedosta koskien INR-mittausta.

Selvästi yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että mitään väitetyistä asioista ei tarvitse kehittää. Vastaamatta kyseisiin väittämiin oli jättänyt noin 17 % vastaajista. Vastausjakauma ilmenee kuviosta 6.

13 vastaajaa (14,4 %) oli sitä mieltä, että ajan varaaminen INR- hoitajalle pitäisi mahdollistaa internetin kautta. Suoninäytteen tuloksen, annostuksen ja seuraavan käyntikerran saaminen tekstiviestillä pitäisi mahdollistaa 20 vastaajan (22,2 %) mielestä. Vastaajista 17 (18,8 %) oli sitä mieltä, että mittaus ja lääkityksen säätö kotona pitäisi mahdollistaa. Samoin vastaajista 14 (15,5 %) oli sitä mieltä, että mittaus kotona ja tuloksen ilmoittaminen internetissä pitäisi mahdollistaa.



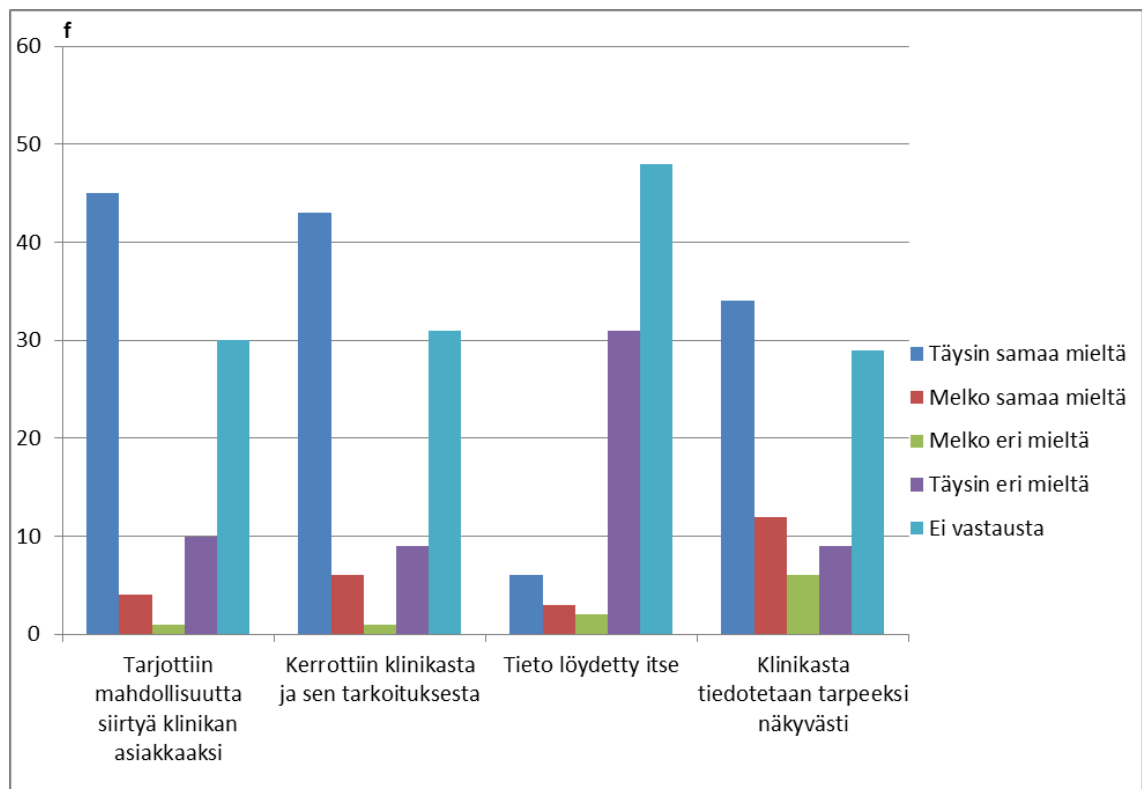
Kuvio 6. INR- klinikan kehittämiskohteet (n=90).

7.3 INR-klinikasta tiedottaminen

Väittämät, jotka liittyivät klinikasta tiedottamiseen, ovat olleet vastaajille haasteellisia. Kyseisessä osiossa on eniten vastaamatta jääneitä väittämiä. Vastausjakauma on esitetty kuviossa 7.

Vastaajista 50 % (f= 45) oli täysin samaa mieltä siitä, että heille on tarjottu mahdollisuutta siirtyä INR-klinikan asiakkaaksi. Reilu 10 % (f= 10) vastaajista oli täysin eri mieltä siitä, että heille on tarjottu mahdollisuutta klinikan asiakkuuteen. Vastaajista 30 (33,3 %) oli jättänyt vastaamatta kyseiseen väittämään.

Täysin samaa mieltä siitä, että klinikasta ja sen tarkoituksesta on kerrottu, oli 47,8 % (f= 43) vastaajista. Täysin eri mieltä väittämästä oli 10 % (f= 9) vastaajista. Vastaajista 31 (34,4 %) oli jättänyt vastaamatta kyseiseen väittämään.



Kuvio 7. INR- klinikasta tiedottaminen (n=90).

Tieto klinikasta löydetty itse - väittämään täysin samaa mieltä vastasi 6 (6,7 %) vastaajaa. Täysin eri mieltä väittämästä oli 31 (34,4 %) vastaajaa. Jopa 48 (53,3 %) vastaajaa

jätti vastaamatta kyseiseen väittämään. Väitteeseen klinikan tiedottamisesta tarpeeksi näkyvästi täysin samaa mieltä vastasi 34 (37,8 %) vastaajaa. Melko samaa mieltä vastasi 12 (13,3 %) vastaajaa. Vastaamatta kyseiseen väittämään jätti 29 (32,2 %) vastaajaa.

Väittämien lisäksi kyseisessä osiossa oli mahdollisuus vastata kolmeen avoimeen ja täydentävään kysymykseen. Kysymykset olivat: 1) Kuka tarjosi mahdollisuutta siirtyä klinikan asiakkaaksi? 2) Kuka kertoi klinikasta ja sen tarkoituksesta? 3) Mistä tieto oli löydetty (jos tiedon klinikasta oli löytänyt asiakas itse)? Avoimiin kysymyksiin oli vastattu vain hajanaisesti. Kysymyksiin 1 & 2 oli vastannut vain kolmasosa vastaajista. Suurin osa oli saanut tiedon lääkäriltä tai terveyskeskuksesta kummassakin tapauksessa. Vastaajista 6 oli ilmoittanut löytäneensä tiedon itse, mutta vain yksi oli vastannut kysymykseen, mistä tieto oli löydetty. Vastaaja oli vastannut löytäneensä tiedon terveyskeskuksen internetsivuilta.

7.4 Vastaukset avokysymykseen

Vastaajilla oli mahdollisuus vastata avoimeen kysymykseen, johon heiltä pyydettiin kehittämisehdotuksia liittyen klinikan toimintaan ja klinikasta tiedottamiseen. Vastaajista 34 oli kirjoittanut jonkinlaisen kommentin. Suurin osa ($f = 25$) kysymykseen vastanneista kiitteli nykyistä käytäntöä ja palvelua hyväksi ja toimivaksi. Heidän mielestään klinikka toimii nykyisellään hyvin eikä kaipaa uudistuksia tai modernisointia.

8 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Saadut tulokset tukevat hyvin aikaisempia tutkimustuloksia (Carver ym. 2012, 161–170; Chamberlain, Sageser & Ruiz 2001, 16–21; Fitzmaurice ym. 2000, 61; Wilson ym. 2003, 293–298; Woods ym. 2004, 161–165) antikoagulanttiklinikoista. Asiakkaat pitävät INR- klinikalla asiointia vaivattomana ja helppona. Yhdellä käynnillä tapahtuva mitaus, lääkeannostuksen määrittäminen ja seuraavan käyntiajan saaminen olivat asiakkaiden mielestä hyvää palvelua. Yhteyden hoitajaan saa helposti ja ajanvaraus on ongelmattonta. Tutkimuksissa asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä palvelun nopeuteen ja joustavuuteen, niin myös tässä tutkimuksessa. Palvelu on koettu asiantuntevaksi ja asiakkaat ovat saaneet neuvoja ja vastauksia kysymyksiinsä. Vastaajat olivat yhtä mieltä vierimittarilla tehtävän INR- mittauksen kivuttomuudesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Carver ym. 2012, 161–170; Chamberlain, Sageser & Ruiz 2001, 16–21; Fitzmaurice ym. 2000, 61; Wilson ym. 2003, 293–298; Woods ym. 2004, 161–165) juuri mittauksen kivuttomuus, nopeus ja helppous ovat nousseet vierimittarilla tehtävän INR- määrityksen eduksi.

INR-klinikasta tiedottaminen on selvästi osa-alue, joka on jäänyt huomiotta. Internetsivuilta löytyy INR-hoitajan yhteystiedot ja yhden hoitajan nimi, mutta ei mitään muuta tietoa INR-klinikasta tai sen toiminnasta (katsottu 23.4.17). Vastaajista osa ei tiennyt asioivansa INR-klinikalla ja ehkä siksi oli jättänyt vastaamatta osaan kysymyksistä. INR-klinikka on monelle vieras nimitys ja sen rooli epäselvä. Tutkimuksesta saatavat tulokset tukevat esitteen tai infokirjaisen laadintaa, jotta tieto klinikasta ja sen toiminnasta tavoittaa asiakkaat.

Vastaajat olivat hyvin tyytyväisiä klinikan tämän hetkiseen toimintaan. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että klinikkaa tai sen toimintaa ei tarvitse kehittää. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Joutsi-Korhonen ym. 2010; Bereznicki, Jackson & Peterson 2013; Räikkönen 2015, 23; Vastaanottojen kehittämishanke 2015, 6) omaseuranta ja omahoito ovat nousseet suositukseksi tavaksi seurata INR- arvoa. Tässä tutkimuksessa vastaajat eivät juuri osoittaneet kiinnostusta kotimittaukseen tai digitaalisiin palveluihin. INR- klinikan kehittämiskohteita kartoittavasta osiosta ilmenee hyvin vastaajien korkea ikä.

Väittämät ovat hyvin tätä päivää, mutta suurimmalle osalle vastaajista vieraita ja vähän pelottaviakin.

8.2 Eettisyys

Eettisyys korostuu tutkimuksissa, joissa tutkittavana kohteena on ihminen. Tässä tutkimuksessa kohteena olivat terveyskeskuksen INR- klinikan asiakkaat. Lupa tutkimuksen toteuttamiseen anottiin hoitotyön johtajalta. Tutkimuksessa kerättävä tieto on luotamuksellista ja vain tutkimuksen toteuttajalla oli oikeus tietoihin. Tutkija oli vastuuntuntoinen ja käsitteli vastauksia kunnioittaen ja muotoili kysymykset ketään loukkaamatta. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 27–30; Soininen 1995, 129–130.)

Tutkimusta tehdessä tutkijan pitää olla rehellinen niin itselleen kuin tutkimuksen ja kehittämiprojektin lukijoille. Oma teksti tulee esittää omana ja toisen teksti hänen omaan. Tulokset esitetään siinä muodossa, jossa tutkija on ne saanut. Tavoitteena oli, että tutkimuksen tulokset antavat jotakin kättä pidempää, mutta jos näin ei ole, tutkijan pitää joka tapauksessa esittää ne totuudenmukaisesti. Tutkijan on kyettävä myöntämään tutkimuksessa mahdollisesti esiintyvät puutteet. (Soininen 1995, 130–131.)

Kyselyyn vastaajille selvitettiin kirjallisesti tutkimuksen tarkoitus, tulosten esittäminen ja tutkimuksesta saatavat hyödyt. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujilla oli mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Tietoinen suostumus katsottiin saaduksi, kun vastaaja palautti kyselylomakkeen suljetussa palautuskuoressa. Tiedot koskien anonymiteettiä sekä itsenäisyyden periaatteen toteutumista (vapaa ja riippumaton valinta osallistumisesta) kuvattiin kyselyn saatekirjeessä.

Kyselylomakkeissa ei kysytty henkilön nimitietoja tai muita tietoja, joilla vastaaja voitaisiin tunnistaa. Vastaajan henkilöllisyys ei tullut ilmi missään vaiheessa. Aineisto säilytettiin tutkimusprosessin ajan lukitussa tilassa ja raportoinnin jälkeen se hävitettiin silpuamalla ja tyhjentämällä tietokannat.

8.3 Luotettavuus

Tutkimusraportissa kuvataan yksityiskohtaisesti ja rehellisesti tavoitteen asettaminen ja toteuttaminen, aineiston keruu ja analysointi sekä esitetään tulokset. Tutkimusproses-

sisä arvioidaan luotettavuuden tarkastelun yhteydessä rehellisyyttä, yksinkertaisuutta ja avoimuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan sen perusteella, onko kyselystä saatu niitä tietoja joita on ollut tarkoitus saada. Luotettavuutta lisää tutkijan seikkaperäinen selostus tutkimuksen joka vaiheessa sen toteuttamisen aikana. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 232.)

Kyselylomake pyrittiin tekemään kattavaksi ja kysymykset yksiselitteisiksi, ja se testattiin viidellä asiakkaalla. Kysymys oli kokonaistutkimuksesta, jossa perusjoukko oli melko suuri, mikä on tulosten luotettavuuden kannalta hyvä asia edellyttäen, ettei vastauskato muodostu kovin suureksi. Kysymykset oli suurelta osin ymmärretty oikein. Joidenkin vastausten kohdalla tutkijalle heräsi epäily, että vastaaja ei ollut ymmärtänyt kysymystä. Vaikka lomaketta oli testattu, joitakin kysymyksiä olisi voinut vielä yksinkertaistaa luotettavuuden lisäämiseksi. Koska vastaajat olivat iäkkäitä, joidenkin termien selitykset vastauslomakkeessa olisivat olleet paikallaan. Kyselylomakkeita jaettiin 115 kappaletta, joista palautui 91. Yksi lomake hylättiin puutteellisena, joten vastausprosentiksi muodostui 78,3 %. Vastauskato ei muodostunut kovin suureksi, joten tuloksia voidaan pitää luotettavina näiden vastaajien joukossa. Luotettavuutta olisi huomattavasti lisännyt kaikkien INR- klinikalla asioivien asiakkaiden saaminen perusjoukkoon, jolloin kyselylomakkeita olisi jaettu noin kolmisensataa. Tämä ei kuitenkaan ollut aikataulullisesti mahdollista. Isommassa perusjoukossa vastauskato olisi mahdollisesti noussut suuremmaksi.

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan kahdella tasolla, mittavälineen eli instrumentin tasolla ja koko tutkimuksen tasolla. Mittavälineestä saatava luotettava tulos tekee koko tutkimuksesta luotettavan. Mittavälineen luotettavuutta tarkasteltaessa puhutaan reliäabeliudesta ja validiudesta eli mittausvirheettömyydestä ja pätevyydestä. Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan sen pätevyyden, yleistettävyyden ja käyttökelpoisuuden perusteella. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 206–208; Soininen 1995, 119–120.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa keskitytään yleensä käsittelemään tutkimuksen sisäistä ja ulkoista validiutta, reliäabeliutta sekä objektiivisuutta. Sisäinen validius tarkoittaa sitä, että tutkimusprosessi on toteutunut systemaattisen luotettavasti eli tulokset ovat päteviä, totuudenmukaisia koehenkilöihin ja tutkimuskohteeseen nähden. Ulkoinen validius tarkoittaa saatujen tuloksien yleistettävyyttä ja niiden perusteella muodostettujen oletuksien siirrettävyyttä toiseen kontekstiin. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 211.)

Reliaabeli mittari antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Mittarista reliaabelin tekee sen pysyvyys. Pysyvyys tarkoittaa mittarin herkkyyttä reagoida ulkopuolisiin tekijöihin. Mittarin pysyvyyttä voidaan arvioida toistamalla mittaus samalla mittarilla samankaltaisessa aineistossa ja arvioida, kuinka pysyvä tulos on. Uudelleenmittauksen tulisi antaa samalle havaintoyksikölle täysin sama arvo samalla vastaajalla satunnaisvirhe huomioiden. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 209.)

Kysymysten ymmärrettävyys ja yksiselitteisyys takaavat sen, että sama ihminen vastaa samoihin kysymyksiin samalla tavalla jonkin ajan kuluttua uudelleen. Oletettavaa on, että jos vastaaja on ymmärtänyt kysymykset oikein ensimmäisellä kerralla, hän ymmärtää ne samoin toisella kerralla ja vastaa samoihin kysymyksiin samalla lailla. On otettava huomioon kuitenkin se, että vastaajan mieli saattaa muuttua, jolloin hän saattaa vastata uudelleen kysyttäessä erilailla. Mahdollisuus tähän on sitä suurempi, mitä suurempi väli vastausten välille muodostuu.

Mittarin validiteetti kertoo, mittaako mittari tosiasiallisesti sitä, mitä sillä halutaan mitata. Mittarin kattavuus muotoutuu tutkimuksen sisällön, ennustettavuuden, taustateorian, kriteerien ja rakenteiden pohjalta. Mittarin validiteettia arvioitaessa esitutkimus on huomattavan tärkeä. Tutkija voi sen avulla varmistaa mittarin toimivuuden, loogisuuden, ymmärrettävyyden ja helppokäyttöisyyden. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 207.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa kannattaa validiuden ja reliaabeliuden rinnalla pohtia myös objektiivisuuden käsitettä: objektiivisuus on löydöksiensä selittymistä tutkittavien ominaisuuksista ja asiayhteydestä, ei tutkijan harhoista, kiinnostuksen kohteista, motivaatiosta tai näkökannoista. (Soininen 1995, 121–122.)

Tässä tutkimuksessa mittari oli vastaajajoukossaan reliaabeli. Kohtalaisen iäkäs kohderyhmä vastasi kysymyksiin ymmärtäen ne suurilta osin niin kuin oli tarkoitettu ja mahdollisesti uudelleen kysyttäessä heidän vastauksensa eivät juuri olisi poikenneet alkuperäisistä. Mittarin reliaabeliutta olisi voinut parantaa yksinkertaistamalla kysymyksiä ja selittämällä termejä.

Mittarin voidaan katsoa olleen kohtalaisen validi. Mittarilla saatiin vastauksia osaan esitettyjä kysymyksiä, mutta osaan kysymyksistä jätti vastaamatta valitettavan moni. Mittarin toimivuutta, loogisuutta, ymmärrettävyyttä ja helppokäyttöisyyttä on mahdollista lisätä muokkaamalla mittaria ja testaamalla sitä uudelleen isommalla joukolla.

Tutkimuksen koko toteutus ja tutkimustulokset on tässä raportissa raportoitu rehellisesti mitään lisäämättä tai muuttamatta.

9 KEHITTÄMISTUOTOS

Kehittämiprojektin tuotoksina laadittiin yhdessä projektiryhmän kanssa toimintamalli INR- klinikasta moniammatillisen yhteistyön tueksi sekä laadittiin esite INR- klinikasta asiakkaille jaettavaksi. Esitteeseen päädyttiin, koska haluttiin, että esite on selkeää eikä siinä ole liikaa luettavaa. Esite on myös helppo julkaista terveyskeskuksen internet-sivuilla.

Toimintamallista haluttiin tehdä selkeä ja yksinkertainen prosessi. Toimintamalli kuvataan prosessina, jossa varfariinihoidon aloittanut potilas ohjataan systeemin läpi. Kuvion avulla terveyskeskuksen henkilökunnan on helppo ohjata asiakas oikeaan paikkaan ja tueksi asiakas saa esitteen INR- klinikasta. Toimintamalli ja tiedote tukevat toisiaan sekä hoitohenkilökuntaa ohjaustehtävässä.

Toimintamallissa (liite 4) on kuvattuna varfariinihoidon aloittaneen asiakkaan eteneminen INR- hoitajan vastaanotolle lääkityksen aloituksesta lähtien. Mallissa on kuvattu toiminta ja toiminnan kohteena oleva objekti (asiakas/toimija), jotka etenevät kohti päämäärää. Toimintamallin tavoitteena on hoitoonsa sitoutunut ja hoitotasapainossa oleva varfariinia käyttävä asiakas.

INR-klinikan asiakkaat ovat pääosin iäkkäämpiä ihmisiä. Heille haluttiin tehdä selkeä paperinen esite (liite 5), joka on helppo antaa mukaan joko INR- hoitajalle aikaa varattaessa tai ensimmäisellä käyntikerralla. Esite on mahdollista laittaa myös terveyskeskuksen internet-sivuille, josta se tavoittaa klinikan nuorempia asiakkaita.

Jo toteutuvasta INR-klinikan toiminnasta laadittiin kuvion muodossa oleva toimintamalli, jota täydennettiin potilaita informoivalla esitteellä (liite 5). Klinikan yksityiskohtainen toiminnan kuvaus perustuu INR- hoitajan henkilökohtaiseen tiedonantoon (A. Kulmanen, henkilökohtainen tiedonanto 20.1.2014).

9.1 Toimintamalli

Varfariinilääkitys aloitetaan useimmissa tapauksissa terveyskeskuksessa tai keskussairaalassa lääkärin määräyksestä. INR-klinikalle tuleva asiakas on joko juuri lääkityksen aloittanut tai aikaisemmin laboratoriossa kontrolleissa käynyt potilas, joka siirtyy mitattamaan INR- arvonsa klinikalle.

Asiakas saapuu terveyskeskukseen mukanaan ohjeet varfariinista ja säännöllisistä INR-mittauksista. Asiakkaalle kerrotaan INR- klinikasta ja ohjataan hänet joko suoraan hoitajan luokse tai varataan hänelle aika. Hänelle myös annetaan esite INR- klinikasta. Ajat INR-klinikalle annetaan joko poliklinikan neuvonnasta tai varataan suoraan INR- hoitajalta. Laboratoriossa kerrotaan potilaille INR-klinikan olemassa olosta ja heidän niin halutessaan jätetään yhteydenottopyyntö INR-hoitajalle. Laboratoriosta voidaan ohjata hoitajan vastaanotolle ja antaa mukaan INR-klinikan esite. Yleensä hoitajalle laitetaan viestinä potilaan yhteystiedot ja ilmaistaan potilaan halukkuus siirtyä klinikan asiakkaaksi.

Toiminnasta vastaa kolme perehdytyksen saanutta sairaanhoitajaa. Klinikka toimii ajanvarauksella. Yksi vastaanottoaika on kestoaltaan 15 minuuttia. Varfariinia, kauppanimeltään Marevan®, käyttävät potilaat käyvät klinikalla mittauttamassa INR – arvonsa (International Normalized Ratio). Marevan® on tablettimuodossa oleva lääkevalmiste, jota on kahta vahvuutta, 3 mg ja 5 mg. Arvo mitataan CoaguCheck®XS-vierimittarilla sormenpäältä ja laite antaa tuloksen muutaman minuutin kuluessa. Näin sekä potilas että hoitaja saavat lukeman heti tietoonsa. Hoitaja kirjaa laitteen antaman lukeman potilastietojärjestelmään. Asiakas saa tietoonsa INR- arvon, varfariiniannostuksen ja seuraavan käyntiajan samalla kertaa. Tarvittaessa hoitaja ottaa potilaalta myös suoniverinäytteen vertailua varten. Jos asiakkaalta otetaan suoniverinäyte, hoitaja odottaa sen vastauksen laboratorion ja ilmoittaa iltapäivällä asiakkaalle arvon, annostuksen ja seuraavan käyntiajan. Lääkärää konsultoidaan annostuksen suhteen tapauskohtaisesti; hoitaja voi joustaa annetuista raja-arvoista, jos hän tuntee asiakkaan hyvin ja poikkeaviin arvoihin on olemassa hyväksyttävä syy. Lääkärää konsultoidaan ehdottomasti silloin, jos hoitaja epäilee asiakkaan soveltuvuutta INR- vierimittaukseen, asiakas ei noudata lääkeannostustaan tai jättää lääkkeitä ottamatta, tulee runsasta verenvuotoa tai asiakkaan elämäntapojen ollessa vasta-aihe vierimittauksen/ varfariinihoidon kanssa.

Oraalisen antikoagulaatiohoidon aloittava tai INR-vierimittaukseen siirtyvä potilas saa INR- hoitajalta perehdytyksen lääkitykseen, hoitoon ja INR-klinikan toimintaan. Hoitaja varaa 30 minuutin vastaanottoajan, jonka aikana käydään läpi varfariinihoidon aloitus/ Marevan®- hoito, erityistilanteet, käytännön ohjeet ja INR-seuranta vierimittarilla.

Varfariinihoidon aloituksessa käydään läpi aloituspäivämäärä, lääkkeen vahvuus, käyttöaihe ja tavoitetaso, lääkityksen kesto, suunnitellut toimenpiteet, asuinolosuhteet ja lääkkeen jaosta huolehtivan henkilön tiedot. Hoitaja kertoo myös varfariinipotilaan

omahoidosta, liikunnan merkityksestä ja mahdollisista infektiosta sekä motivoi potilasta hoidon toteuttamiseen ja hoitoon sitoutumiseen. Potilaan kanssa käydään läpi Marevan®-hoitoa; lääkkeen annostelu, lääkkeiden yhteisvaikutukset, luontaistuotteiden vaikutus, ruokavalio ja alkoholin käyttö ovat tärkeitä aiheita käsiteltäviksi. Erityistilanteista on hyvä keskustella; toimenpiteistä ja leikkauksista, vammoista, sydämen rytmisiirrosta, muista sairauksista ja tukoksista Marevan®-hoidosta huolimatta. Hoitaja antaa potilaan tueksi käytännön ohjeita liittyen tukoksen ehkäisyyn, hoitosukan tai – hihan käyttöön, matkustamiseen, lääkekorvauksiin ja liikuntaan liittyen. Hoitaja kertoo vierimittarilla tapahtuvasta INR-seurannasta ja INR- klinikan toiminnasta sekä antaa potilaalle kirjalliset potilasoppaat Marevan®-hoidosta ja INR-vieriseurannasta.

Asiakkaalta otetaan INR-lukema vierimittarilla sormenpäältä ja laskimoverinäyte, joka analysoidaan laboratoriossa. Kun laboratoriossa tehtävä INR-määritys on valmis, hoitaja vertaa sormenpäältä otetun näytteen lukemaa laboratoriossa analysoituun laskimoveri-lukemaan. Tulokset saavat erota toisistaan maksimissaan 0.4 INR-yksikköä. Potilaan toisella käyntikerralla toistetaan rinnakkaismittaus sormenpäältä ja laskimoverinäytteestä ja jos nämäkin tulokset ovat sallituissa rajoissa, potilaan katsotaan soveltuvan INR-klinikan asiakkaaksi. Tämän jälkeen mittaus voidaan suorittaa vain sormenpäällä näytteestä, jos lukema on sallituissa rajoissa. Jos vierilaitteella saatu tulos ei ole rajoissa, se toistetaan. Tuloksen ollessa toistosta huolimatta annettujen rajojen ulkopuolella, potilaasta otetaan suoniverinäyte laboratorioon. Rinnakkaismittaukset laboratorion kanssa toistetaan joka potilaan kohdalla joka kuudes käyntikerta. Hyvässä hoitotasa-painossa olevalta asiakkaalta pitää ideaalitulanteessa ottaa suoniverinäyte vain noin kahdesti vuodessa. (Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä sairaanhoidollisten palveluiden liikelaite SataDiag 2013.)

Kaikki oraaliossa antikoagulaatio -hoidossa olevat potilaat eivät käy INR – klinikalla. Osa potilaista käy omasta halustaan mittauttamassa arvonsa suoniverestä laboratoriossa. INR-hoitaja arvioi kuitenkin myös laboratoriossa käyvien potilaiden arvot, annokset ja seuraavat käyntiajat. Hän soittaa asiakkaalle iltapäivällä ja tulostaa hoitokortin, jonka asiakas voi noutaa poliklinikan neuvonnasta.

INR- klinikalla asiakas saa henkilökohtaista sekä asiantuntevaa ohjausta ja opastusta varfariinihoitoon ja INR-seurantaan. Omahoidon oppiminen on mielekästä tuttujen hoitajien kanssa ja asiakkaille muodostuu luottamuksellinen suhde heihin. Klinikkan toiminta on asiakaslähtöistä toimintaa, jolloin asiakas saa kaiken lääkitykseensä liittyvän palvelun yhdellä käyntikerralla. Vaivaton tapa asioida klinikalla mahdollistaa asiakkaille

lääkityksen seurannan joustavasti osana arkipäivää. Klinikalla asioivat potilaat pysyvät hoitotasapainossa ja ottavat vastuuta omasta lääkehoidostaan säännöllisesti tapahtuvien kontrollien ja hoitajakontaktien ansiosta.

10 PROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämisprojektin prosessi on ollut pitkä ja opettavainen. Projektipäällikkö on tehnyt ensimmäistä projektiaan ja onnistunut siinä monen yrityksen ja erehdyksen kautta.

Projektin tulos oli jokseenkin odotettavissa ajatellen aikaisempaa tietoa ja kyselylomakkeista saatua tietoa. INR- klinikka on ollut toiminnassa kolmisen vuotta, jonka aikana sen toiminta on vakiintunut ja asiakkaat ovat oppineet asioimaan siellä. He ovat tyytyväisiä samaansa palveluun ja kokevat sen joustavana. Vierimittarilla tehtävä INR- määrittäminen koettiin kivuttomana ja vain harva olisi halunnut asioida laboratoriossa mittauttamassa INR- arvonsa.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli laatia henkilökunnalle toimintamalli INR- klinikan toiminnasta moniammatillisen yhteistyön tueksi. Henkilökunnalle laadittiin selkeä toimintamalli varfariinihoidon aloittaneen asiakkaan etenemisestä INR- hoitajan vastaanotolle. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli klinikan toiminnan kehittäminen kyselylomakkeista saatavien vastausten pohjalta. Tämän osalta kyselystä saatava tieto jäi vähäiseksi. Asiakkaat olivat klinikan toimintaan oikein tyytyväisiä eikä heiltä tullut muutostai parannusehdotuksia koskien klinikan toimintaa. Klinikasta tiedottaminen oli selkeästi osa-alue, joka kaipaa parannusta. Kehittämisprojektin tuotoksena laadittu esite vastaa tähän, sillä sitä jaetaan asiakkaille ja muille aiheesta kiinnostuneille terveyskeskuksessa ja internetissä. Esitteen myötä tietoisuus klinikasta kasvaa ja tunnettavuus paranee.

Projektille oli selkeä tarve, kun sitä aloitettiin. INR- klinikka oli vasta aloittanut toimintansa ja selkeä malli sekä esite asiakkaille olisivat olleet hyvänä tukena markkinoidessa uutta palvelua asiakkaille. Projektiin tuli pitkähkö tauko ja sinä aikana tapahtui muutoksia niin kohdeorganisaatiossa kuin projektipäällikön organisaatiossakin. Henkilömuutokset ja organisatoriset muutokset loivat erilaista haastetta projektille. Kun projektia oli mahdollista jatkaa, olivat toimeksiantaja ja projektipäällikkö samaa mieltä siitä, että aihe oli edelleen relevantti.

Kehittämisprojektin prosessi eteni tauon jälkeen hitaasti mutta päättäväisesti kohti tavoitetta. Alusta asti oli selvää, minkälainen näkökulma kehittämisprojektissa tulee olemaan ja mitä tavoitteita sillä halutaan saavuttaa. Pitkähkön tauon vuoksi teoreettista osuutta päivitettiin ennen soveltavan tutkimuksen osuutta. Projektin tarkoitus ja tavoitteet hioutuivat lopullisiin muotoihinsa tutkimussuunnitelmaa laadittaessa.

Soveltava tutkimus onnistui hyvin tiukasta aikataulusta huolimatta. Projektiryhmän jäsenet jakoivat kyselylomakkeita tunnollisesti INR- klinikan asiakkaille ja ilman heidän työpanostaan lomakkeita tuskin olisi saatu jaettua niin paljon lyhyessä ajassa.

Alkuperäinen projektiorganisaatio toimi hyvin: terveyskeskuksen hoitotyönjohtaja toimi projektipäällikön mentorina ja projektin toimeksiantajana. Laboratorio kuului kiinteästi osaksi terveyskeskusta, jolloin projektipäällikkö teki projektia omaan organisaatioonsa. Projektin ollessa tauolla tapahtui henkilömuutoksia ja organisaatiomuutoksia. Laboratorion toiminnot liitettiin osaksi sairaanhoitopiirin liikelaitosta ja projektipäällikön työnantaja vaihtui. Näin ollen projekti ei kohdistunut enää hänen omaan organisaatioonsa. Hoitotyönjohtaja koki, että hän ei enää voinut toimia projektipäällikön mentorina. Terveyskeskuksen hoitotyönjohtaja vaihtui hieman myöhemmin, mutta yhteistyö hänen kanssaan onnistui hyvin ja hän koki projektin olevan hyödyksi terveyskeskukselle.

Projektihenkilöstö oli sitoutunut ja toimi hyvässä yhteistyössä projektipäällikön kanssa. Tämän kaltaisia projekteja ei terveyskeskuksessa juuri ole ollut käynnissä, joten henkilöstölle tämä oli uutta.

Projektipäällikkyys toimi hyvin. Koska kohdeorganisaatiossa projektit eivät ole arkipäivää, projektipäällikkö sai toimia parhaaksi näkemällään tavalla. Aikataulu oli lopputoteutuksen kannalta tiukka. Se on asia, jonka projektipäällikkö tekisi toisin. Erilaisen aikataulutuksen kanssa kyselylomakkeita olisi ollut mahdollisuus jakaa kaikille INR- klinikan asiakkaille, jolloin vastauksista olisi saatu kattavampi kuva.

Kyselylomakkeista projektipäällikkö toivoi saavansa konkreettisia kehittämisideoita INR- klinikan toiminnan kehittämiseksi. Yhtään kehittämis ehdotusta ei tullut ja vastaajat olivat sitä mieltä, että ehdotettuja kehittämiskohteita ei tarvitse kehittää. Ilahduttavaa toki on, että asiakkaat ovat niin tyytyväisiä palveluun, että heidän mielestään kehittämistarpeita ei ole. Projektin tavoitteena kuitenkin oli, että sairaanhoitajavetoista klinikkaa voitaisiin kehittää potilaslähtöisemmäksi. INR- klinikan toiminta itsessään on jo potilaslähtöistä toimintaa, mutta sitä olisi varmasti varaa kehittää vielä potilaslähtöisemmäksi.

Kehittämisprojektin tuotoksena toteutetut toimintamalli ja INR- klinikan esite luovutettiin terveyskeskuksen käyttöön. Projektipäällikön toivomus on, että ne ovat apuna ja tukena niin henkilökunnalle kuin klinikan asiakkaillekin. Esitteestä on toivottavasti hyötyä myös esimerkiksi asiakkaiden omaisille. Esite ja toimintamalli toimivat hyvin sinällään jonkin aikaa, mutta vaativat varmasti päivittämistä viimeistään soten tullessa voimaan.

Aika näyttää, miten henkilökunta ja asiakkaat ottavat tuotokset vastaan. Koska toimintamallia tai esitettä ei ollut mahdollista testata tai koekäyttää, muutostarpeet tulevat ilmi käytännön työssä. Jatkokehittämistoimina on aiheellista ainakin päivittää nyt toteutettuja tuotoksia. Tulevaisuudessa asiakaskyselyn toteuttaminen koko INR- klinikan asiakaskunnalle mahdollistaa laajemman näkemyksen asiakkaiden mielipiteistä ja mahdollisesti tuottaa jo kehittämissuhteita asiakaskunnan vaihtuessa ja ikärakenteen muuttuessa.

LÄHTEET

Alton, S., March, A. L., Mallery, L. & Fianndt, K. 2014. Medication adherence in a nurse practitioner managed clinic for indigent patients. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 27, 439.

Bereznicki, L. R. E., Jackson, S. L. & Peterson, G. M. Supervised patient self-testing of warfarin therapy using an online system. *Journal of Medical Internet Research*. Viitattu 15.1.2017 www.jmir.org

Carver, H. R., Studeny, M., Gress, T. W & Wood, K. A. 2012. Quality Improvement in an Anticoagulation Clinic: Development of a New Treatment Protocol. *Journal of Nursing Care Quality* 27, 161-170.

Chamberlain, M. A., Sageser, N. A. & Ruiz D. 2001. Comparison of anticoagulation clinic patient outcomes with outcomes from traditional care in a family medicine clinic. *Journal of the American Board of Family Pract* 14, 16-21.

Cruess, D. G., Localio, A. R., Platt, A. B., Brensinger, C. M., Christie, J. D., Gross, R., Parker, C. S., Price, M., Metlay, J. P., Cohen, A. Newcomb, C. W., Strom, B. L. & Kimmel, S. E. 2010. Patient attitudinal and behavioral factors associated with warfarin non-adherence at outpatient anticoagulation clinics. *International Journal of Behavioral Medicine* 17, 34, 40-41.

Fitzmaurice, D. A., Hobbs, F. D., Murray, E. T et al. 2000. A nurse led clinic and computer decision support software for anticoagulation decisions were as effective as a hospital clinic. *Evidence-Based Medicine* 6, 61.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huotarinen, Juhana 2012. Hyvä projektipäällikkö on kommunikoija ja päätöksentekijä. Viitattu 14.3.2014 www.gofore.com

Härkönen, S., Järvinen, A. & Mustonen, M. 2016. Asiakastyytyväisyys Pielaveden terveystieteiden INR- poliklinikalla. Savonia- ammattikorkeakoulu. Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala. Opinnäytetyö. Viitattu 12.11.2016

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/106135/Harkonen_Sara_Jarvinen_Anne_Mustonen_Mia.pdf?sequence=1

Joutsu-Korhonen, L. 2011. Varfariinihoidon INR- seuranta vieritestauksena. Teoksessa J.Puhakka (toim.) Antikoagulaatiohoidon käsikirja. Ohjeistus varfariinihoidon toteutuksesta. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.

Joutsu-Korhonen, L., Lassila, R. & Savolainen E-R. 2010. Varfariinihoidon INR – seuranta vieritestauksena - uusi kansallinen suositus. *Suomen lääkärilehti* 65, 3434–3437.

Joutsu-Korhonen, L., Leino, P. & Muukkonen, L. 2008. INR – pikamittareiden käyttöönotto. *Moodi* 32, 133–136.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kärkkäinen, O., Tuominen, J., Seppälä, A. & Karvonen, J. 2006. Lääkärin ja hoitajan välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. *Suomen lääkärilehti* 61, 2647–2652.

Kääriäinen, M., Paukama, M. & Kyngäs, H. 2011. Adherence with health regimen of patients on warfarin therapy. *Journal of Clinical Nursing* 22, 90-94.

Lassila, R. Antikoagulaatiohoidon kansallinen savotta. *Tabu* 16, 4-6.

Lindström, E. 2003. Terveysthuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 12. Helsinki.

Lääketietokeskus 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen -näyttöä toiminnan tueksi. Lääketietokeskus Oy. Helsinki.

Mäkitalo, L. 2013. Kokemuksia INR-tutkimuksen vierianalytiikasta. Savonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala. Opinnäytetyö. Viitattu 3.12.2013

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65935/Liisa_Makitalo.pdf?sequence=1

Neiheisel, M. B., Wheeler, K. J. & Roberts, M. E. 2013. Medication adherence part one: Understanding and assessing the problem. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 26, 51-53.

Osterberg, L. & Blaschke, T. 2005. Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine* 353, 491, 494.

Roberts, M. E., Wheeler, K. J. & Neiheisel, M. B. 2013. Medication adherence part three: Strategies for improving adherence. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 26, 281, 283-285.

Räikkönen, R. 2015. Antikoagulaatiohoidon kehittäminen Perusturvakuntayhtymä Karviaisen vastaanotoilla. Turun ammattikorkeakoulu. Terveys ja hyvinvointi. Opinnäytetyö. Viitattu 15.1.2017.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/92883/Raikkonen_Ritva.pdf.pdf?sequence=1

Salin, S., Liimatainen, T., Holmberg-Marttila, D. & Aalto, P. Erikoissairanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä. *Suomen lääkärilehti* 67, 423–426.

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä sairaanhoidollisten palveluiden liikelaitos SataDiag, Laboratorio. Työohje. Vieritestit/INRvieri. 2013.

Silfververg, P. 2007. Ideasta projektiksi- Projektityön käsikirja. Edita: Helsinki.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopisto. Täydennyskoulutuskeskus. Turku.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Viitattu 15.1.2017. www.stm.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1. Viitattu 3.12.2013 www.stm.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeitä käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2. Viitattu 19.11.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. KASTE-toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 4. Viitattu 3.12.2013 www.stm.fi

Suomen sydänliitto 2014. Viitattu 12.1.2014. www.sydänliitto.fi

Tilastollinen tutkimus 2017. Viitattu 28.5.2017. www.tilastollinentutkimus.fi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Viitattu 17.3.2014 www.tenk.fi

Valuecode Oy 2017. Viitattu 15.1.2017. www.valuecode.com

Vastaanottojen kehittämishanke VOTKE 2012-2015, loppuraportti. 2015. Perusturvakuntayhtymä Karviainen.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 27-30.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1998. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 206–213

Viirikorpi, P. 2000. Onnistunut projekti - opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Wheeler, K. J., Roberts, M. E. & Neiheisel, M. B. 2013. Medication adherence part two: Predictors of nonadherence and adherence. Journal of the American Association of Nurse Practitioners 26, 225-228.

Wilson, J-A., Wells, PS., Kovacs, MJ., Lewis, GM., Martin, J., Burton, E. & Anderson, D. R. 2003. Comparing the quality of oral anticoagulant management by anticoagulation clinics and by family physicians: a randomized controlled trial. Canadian Medical Association Journal 169, 293-298.

Woods, K., Douketis, J. D., Schnurr, T., Kinnon, K., Powers, P. & Crowther, M. A. 2004. Patient preferences for capillary vs. venous INR determination in an anticoagulation clinic: a randomized controlled trial. Thrombosis research 114, 161-165.

Kyselylomake INR- klinikan asiakkaille

Kyselylomake INR- klinikan asiakkaille

1. Vastaajan ikä: _____

2. Vastaajan sukupuoli:

- 1) Nainen
- 2) Mies

3. Ympyröikää oikea vastausvaihtoehto:

Minulla on ollut marevan- hoito

- 1) Alle 1 vuosi
- 2) 1-3 vuotta
- 3) 4-7 vuotta
- 4) 8-10 vuotta
- 5) yli 10 vuotta

4. Seuraavat väittämät koskevat INR- poliklinikan toimintaa. Valitkaa ympyröimällä mielestänne sopivin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
1) Poliklinikalla asiointi on vai- vatonta	1	2	3	4
2) Ajan vastaanotolle saa hel- posti	1	2	3	4
3) Pääsen vastaanotolle omalla ajallani ts. ajat eivät ole myö- hässä	1	2	3	4
4) Vastaanottoaika on riittävä asioitteni käsittelyyn	1	2	3	4
5) Saan asiantuntevaa palvelua ja ohjausta	1	2	3	4
6) Minulla on aika INR- hoitajalle tarpeeksi usein	1	2	3	4
7) Asioisin mieluummin labora- toriossa mittauttamassa INR- arvoni	1	2	3	4

5. Seuraavat väittämät koskevat INR- mittausta ja marevanin annostusta. Valitkaa ympyröimällä mielestänne sopivin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
1) Mittaus sormenpäästä on kivuton	1	2	3	4
2) Mittaustulos on mielestäni luotettava	1	2	3	4
3) Hoitaja kertoo mittaustuloksen minulle	1	2	3	4
4) Saan mittaustuloksen kirjallisena	1	2	3	4
5) Saan lääkitysohjeen kirjallisena	1	2	3	4
6) Saan seuraavan käyntikerän kirjallisena	1	2	3	4
7) Sain ensikäynnilläni tietoa marevan-lääkityksestä	1	2	3	4
8) Sain ensikäynnilläni tietoa INR-mittauksesta	1	2	3	4

6. Seuraavat väittämät koskevat INR- klinikasta tiedottamista. Valitkaa ympyröimällä mielestänne sopivin vaihtoehto tai kirjoittakaa sopiva vastaus kohtiin 2, 4 ja 6.

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
1) Minulle tarjottiin mahdollisuutta siirtyä klinikan asiakkaaksi	1	2	3	4
2) Kuka tarjosi?				
3) Minulle kerrottiin klinikasta ja sen tarkoituksesta	1	2	3	4
4) Kuka kertoi?				
5) Löysin tiedon klinikasta itse	1	2	3	4
6) Mistä?				
7) Klinikann toiminnasta tiedotetaan tarpeeksi näkyvästi	1	2	3	4

7. Seuraavassa on lueteltu INR- klinikan mahdollisia kehittämiskohteita. Valitkaa ympäröimällä mielestänne sopivin vaihtoehto.

	Pitäisi kehittää paljon	Pitäisi kehittää jonkin verran	Pitäisi kehittää vain vähän	Ei tar- vitse kehittää
1) Ajan INR- hoitajan vastaanotolle saisi varattua internetin kautta	1	2	3	4
2) Suoninäytteen tuloksen sekä seuraavan annostuksen ja käyntikeran saisi tekstiviestillä	1	2	3	4
3) Mittaus kotona olisi mahdollista ja voisin säätää lääkitykseni itse	1	2	3	4
4) Mittaus kotona olisi mahdollista ja voisin ilmoittaa tuloksen internetin välityksellä hoitajalle	1	2	3	4

8. Millä muulla tavoin INR- klinikan toimintaa ja siitä tiedottamista tulisi mielestänne kehittää?

Kyselylomakkeen saatekirje

5.6.2017

Hyvä INR- hoitajan asiakas,

Opiskelen sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Turun ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyönäni kuvausta INR- klinikan toiminnasta.

Kyselyllä kartoitan INR- klinikan asiakkaiden mielipiteitä klinikan toiminnasta ja mahdollisista kehittämiskohteista. Kyselyn tuloksia hyödynnetään klinikan toiminnan kehittämisessä. Lupa tutkimuksen tekemiseen on saatu terveyskeskuksen hoitotyönjohtajalta Susanna Koivuselta Helmikuussa 2017.

Oheiseen kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivon teidän vastaavan, sillä jokainen vastaus on tärkeä. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä eikä yksittäisen henkilön vastauksia voida tunnistaa.

Kyselylomakkeen voi postittaa ilmaiseksi tai palauttaa INR- hoitajalle tai poliklinikan ilmoittautumislukulle viimeistään 24.3.2017 mennessä.

Jos teille tulee kyselylomakkeeseen tai tutkimukseen liittyen kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä minuun sähköpostitse tai puhelimitse. Opinnäytetyöni ohjaaja on yliopettaja Marjo Salmela, Turun ammattikorkeakoulu / Terveys ja hyvinvointi.

Ystävällisin terveisin

Sonja Huhtala

Bioanalyytikko / Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, YAMK-opiskelija

Tutkimustiedote terveystieteiden keskuksen henkilökunnalle

Tutkimustiedote Huittisten terveystieteiden keskuksen poliklinikan henkilökunnalle

Hyvä poliklinikan henkilökunta,

Opiskelen sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Turun ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyönäni kuvausta INR- klinikan toiminnasta.

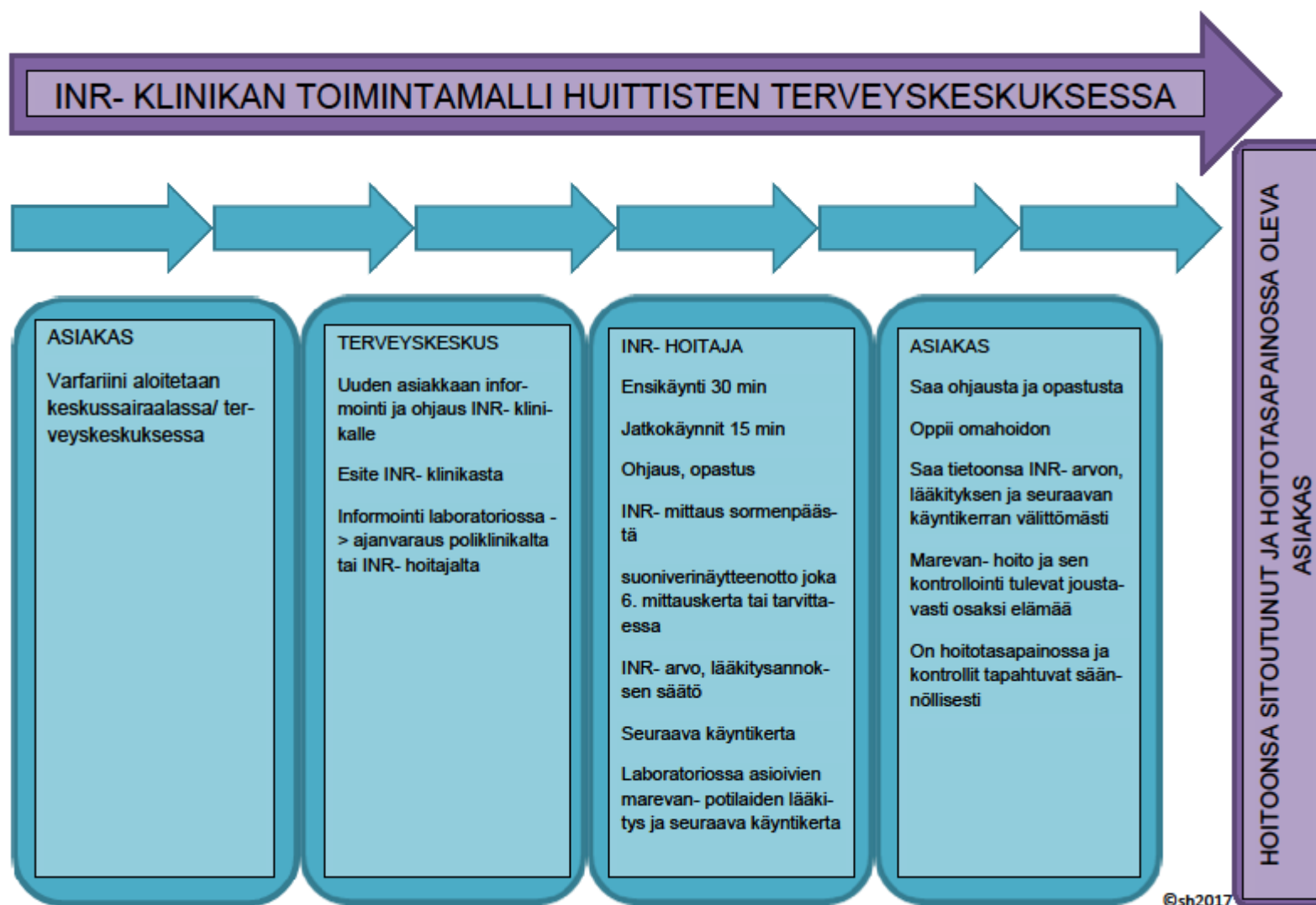
Kyselyllä kartoitan INR- klinikan asiakkaiden mielipiteitä klinikan toiminnasta ja mahdollisista kehittämiskohteista. Kyselyn tuloksia hyödynnetään klinikan toiminnan kehittämisessä. Tutkimukselle on saatu lupa terveystieteiden keskuksen hoitotyönjohtajalta Susanna Koivuselta helmikuussa 2017.

Kyselyä jaetaan INR- hoitajan vastaanotolla helmi-maaliskuussa 2017. Asiakkaat voivat palauttaa kyselyn suljetussa kirjekuoressa postittamalla tai palauttamalla kuoren INR- hoitajalle tai poliklinikan vastaanottoon. INR- hoitajat jakavat kyselyä vastaanotollaan 27.2.2017–17.3.2017. Asiakkaat voivat palauttaa kuoria 24.3.2017 asti. Toivon, että osallistutte yhteistyöhön ja otatte vastaan tutkimuskirjekuoret, jotka sitten toimitatte minulle.

Hyvää yhteistyötä toivoen

Sonja Huhtala

INR- klinikan toimintamalli



INR- klinikan esite

Huittisten terveyskeskuksen INR- klinikka

Tervetuloa INR- klinikalle!



©sh2017

INR- klinikalla asioivat varfariinia (Marevan®) käyttävät potilaat.

Klinikalla INR- arvo mitataan kivuttomasti sormenpästä vierimittarilla.

Yhdellä käyntikerralla asiakas saa tietoonsa INR- arvon, lääkitysannoksen ja seuraavan käyntiajan.

INR- klinikalla saa myös ohjausta ja neuvontaa varfariinilääkitykseen liittyen. Ajan INR- klinikalle saa varattua helposti joko poliklinikalta tai suoraan INR- hoitajalta.

INR- klinikalla palvelevat koulutetut INR- hoitajat Anne, Marja ja Timo.

Yhteyden INR- hoitajaan saat soittamalla 044 7728 286.

