



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

INR-HOITAJAVASTAANOTTOTOIMINNAN KÄYTTÖÖNOTTO

Asikkalan terveysaseman avovastaanotto

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja
johtamisen koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Tiina Nikula-Holtinen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan Ylempi Ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

NIKULA-HOLTTINEN, TIINA: INR-hoitajavastaanottoiminnan
käyttöönotto
Asikkalan terveysaseman avovastaanotto

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen opinnäytetyö
88 sivua, 6 liitesivua

Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämishankkeena Peruspalvelukeskus Oivan Asikkalan terveysaseman avovastaanotolla. Kehittämishankkeen taustalla oli suuri eteisvärinäpotilaiden määrä ja laboratorion ruuhkautuminen antikoagulaatiopotilaiden näytteenoton seuranta tutkimusten vuoksi. Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää antikoagulaatiohoitoa käyttävien potilaiden hoidon laatua ja parantaa potilasturvallisuutta sekä keskittää hoito jatkuvuuden varmistamiseksi ja saatavuuden helpottamiseksi. Kehittämishankkeen tavoitteena oli ottaa käyttöön uusi toimintamalli poliklinikan hoitohenkilökunnan kanssa antikoagulanttihoitokäytännössä.

Kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa otettiin käyttöön uusi toimintamalli ja sitä seurattiin tutkimuksen edetessä pitämällä fokusryhmätapaamisia poliklinikan henkilökunnalle sekä toimintamallia toteuttavien sairaanhoitajien palavereilla. Fokusryhmähaastattelut analysoitiin teemoittain sisällönanalyysin avulla ja fokusryhmähaastattelujen ja sairaanhoitajien palavereista saatujen tulosten perusteella toimintamallia kehitettiin toimivampaan suuntaan.

Käyttöön otettua toimintamallia kutsutaan INR – hoitajavastaanotoksi, ja sitä toteuttavat sairaanhoitajat vieritestausmenetelmällä. Toimintamallista saatiin toimiva ja tarkoitustaan palveleva. Potilasturvallisuus sekä asiakastyytyväisyys kasvoivat hoitajien kokemana ja toimintaan tuli jatkuvuutta sekä hoidon saatavuus parani. Myös asiakkaiden hoitoon sitoutuminen parani sekä laboratorion ruuhkat pienenevät. Sairaanhoitajat pääsivät tekemään vastuullista ja haasteellista työtä sekä käyttämään omaamaansa asiantuntijuutta sekä tehtävänsiirtoa työssään. Toimintamallin odotetaan tuovan taloudellisia säästöjä pitkällä aikavälillä. Tämä kehittämishanke on Peruspalvelukeskus Oivan pilottihanke ja on otettavissa käyttöön muuallakin.

Asiasanat: vastaanotto toiminta, antikoagulaatio-hoito, toimintatutkimus, poliklinikkatoiminta, tehtävänsiirto, vieritestaus

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	4
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1	Kehittämishankkeen taustaa	7
2.2	Kehittämishankkeen tavoite ja tarkoitus	8
2.3	Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio	8
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA	11
3.1	Poliklinikka ja sen toiminta	11
3.2	Palveluprosessi terveydenhuollossa	13
3.3	Ammattiryhmien välinen tehtävänsiirto	16
3.4	Potilasturvallisuuden merkitys antikoagulaatiohoidossa	19
3.5	Antikoagulaatiolääkitys eteisvärinän hoidossa	21
3.6	INR-hoitajavastaanottotoiminta ja vieritestaus	25
4	TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHESTYMISTAPANA	34
4.1	Toimintatutkimus	34
4.1.1	Reflektiivisyys toimintatutkimuksessa	35
4.1.2	Toimintatutkijan rooli	36
4.2	Fokusryhmähaastattelu	37
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	39
5.1	Kehittämishankkeen eteneminen	39
5.2	Hoitajien palaverit ja fokusryhmähaastattelut	44
6	INR-HOITAJAVASTAANOTTOTOIMINTAMALLI ASIKKALASSA	61
7	POHDINTA	65
7.1	Kehittämishankkeen ja sen toteutuksen arviointia	65
7.2	Kehittämishankkeen luotettavuus ja eettisyys	69
7.3	Yhteenveto ja johtopäätökset	71
7.4	Kehittämishankkeen hyödynnettävyys ja jatkokehittämismahdollisuudet	75
	LÄHTEET	77
	LIITTEET	89

1 JOHDANTO

Yhteiskunnassa vaikuttavat muutokset ovat väestössä, taloudessa, teknologiassa ja työelämässä tapahtuvia muutoksia. Muutos näkyy hoitotyössä väestön terveydentilan parantumisena, potilaiden ikääntymisenä ja hoitoon osallistumisen lisääntymisenä. Terveysthuollon ja hoitotyön muutosvaatimuksiin on vastattu organisaatioissa toimintaa, johtamista ja potilaan hoidon laatua parantamalla, toteuttamalla erilaisia hankkeita ja tulosjohtamisen projekteja. Poliklinikoiden hoitotyötä kehitetään jatkuvasti, koska uudet hoitomuodot ja hoitoaikojen lyheneminen osastohoidossa ovat viime aikoina huomattavasti lisänneet poliklinikoilla annettavaa hoitoa. (Eloranta 2006, 6.)

Väestön ikääntyminen, elinkeinorakenteen muutos sekä muuttoliike ovat haasteellisia Suomen kunnille. Nykyisellä kunta- ja palvelurakenteella palveluiden tasapuolista saatavuutta, rahoitusta ja laatua ei kyetä turvaamaan.

(Valtiovarainministeriö 2013.) Palvelurakenneuudistuksissa on asetettu tavoitteeksi, että sosiaali- ja perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan asukasluvun tulee olla vähintään 20 000 asukasta. Näissä muutostilanteissa korostuvat lähiesimiesten ja keskijohdon valmiudet muutoksen johtamiseen, asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseen ja henkilöstön osallistamiseen työn kehittämisessä. (Pirainen 2013, 1.)

Suomalaisessa ammattiluokituksessa sairaanhoitajan ammatti on luokiteltu asiantuntijatyöksi sekä laillistettu terveydenhuollon asiantuntija-ammattiksi. Hoitotyön asiantuntijuus perustuu sairaanhoitajan tutkinnon lisäksi vahvasti tieto-, taito- ja kokemuserustaan, mitkä ovat lujasti sidoksissa jatkuvaan ammatilliseen osaamisen kehittämiseen ja elinikäiseen oppimiseen. Hoitotyön kehittämiseen sitoutuvat ja osallistuvat hoitajat edistävät omaa osaamistaan ja tekevät mahdolliseksi yhteisten toimintatapojen muuttamisen. (Kivimäki 2012, 15.) Muutokset terveydenhuollon piirissä ovat olleet nopeita, jatkuvia ja myös odottamattomia. Näihin muutoksiin ovat sairaanhoitajat sopeutuneet sekä vastanneet ammattitaidollaan. He myös luottavat omaan osaamiseensa ja ovat aktiivisia innovoijia sekä kehittäjiä. (Kivilahti 2011,3.)

Työvoiman ylitarjonnasta on ajautettu tilanteeseen, jossa henkilökunnasta on pula. Yhtenä ratkaisuna palvelujen turvaamiseksi on esitetty joidenkin tehtävien siirtämistä ammattiryhmältä toiselle. Yhtä mieltä ollaan siitä, että tehtävien siirrolla tavoitellaan taloudellisia säästöjä, paikataan henkilökuntapulaa ja tarkistetaan eri ammattiryhmien ammattitaidon tarkoituksenmukaista käyttöä. (Säilä 2005, 6.) Yhtenä yksinkertaisena keinona tuottavuuden parantamiseen on se, että sairaanhoitajat saisivat keskittyä ja tehdä oman erityisosaamisensa edellyttämiä töitä omissa organisaatioissaan (Kivilahti 2011, 4).

Terveydenhuoltohenkilöstön määrän lisäämisen sijaan työn uudelleen organisoiminen on myös vastaus lisääntyvään työmäärään ja samanaikaisesti taloudellisten resurssien vähenemiseen. Terveydenhuollon rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset edellyttävät hoitotyön toimintatapojen kehittämistä perinteisiä tehtäväkuvia uudistamalla sekä luomalla hoito- ja palveluketjuihin uusia hoitotyön palveluita ja toimintatapoja. Potilaan näkökulmasta katsottuna tällä parannetaan hoidon jatkuvuutta ja laatua sekä nopeutetaan palvelujen saatavuutta. (Sillanpää 2011, 9.) Poliklinikoiden eri toimintatapoja muuttamalla voidaan saada aikaan potilaan kannalta järkeviä muutoksia ja voidaan toimia niukoilla taloudellisilla resursseilla tehokkaammin (Säilä 2005, 6).

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi käynnistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, KASTE-hanke. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa on otettu kantaa toimintayksikköjen uusiin rakenteisiin ja toimintatapoihin kuten tehtäväkuvien laajentamiseen, minkä tavoitteena on hoitotyön osaamisen saaminen käyttöön entistä paremmin sekä hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen. (Sillanpää 2011, 10.) Perustyöhön olennaisena osana liittyy kehittämistyö, jota pitäisi tehdä yhä enemmän näkyväksi. Hoitotyön prosessien mallintaminen on muun muassa suoraan yhteydessä Kaste-hankkeen henkilöstön osaamisen lisäämiseen ja palveluiden laadun parantamiseen. (Asikainen & Astila-Ketolainen 2009-2011, 8.) Työnjako on keino hoitoon pääsyn parantamiseksi ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi. Työnjaon uudistamisen toimintatapoja ja uusien kehittämishankkeiden käynnistämisiä onkin ollut tarkoitus vakiinnuttaa Kaste-ohjelmassa. (Piilonen 2011, 11-12.) Tulevaisuuden hoitotyössä korostuu kriittinen

ja tutkiva työote lisäksi henkilöstön tulee sopeutua nopeisiin toimintaympäristöjen muutoksiin ja itsensä kehittämiseen sekä jatkuvaan kouluttautumiseen (Ahonen, Heikkilä, Kankkunen, Meretoja & Suominen 2007,4).

Eteisvärinä on yleisin pitkäkestoinen rytmihäiriö ja se aiheuttaa yli kolmanneksen rytmihäiriöihin liittyvistä sairaalahoitajaksoista sekä kuormittaa suuresti avoterveydenhuoltoa. Hoitamattomana eteisvärinä lisää kuolleisuutta, altistaa aivoinfarktille ja muille tromboembolisille komplikaatioille. Se myös huonontaa elämänlaatua ja voi aiheuttaa sydämen vajaatoimintaa. Siitä syystä potilaan ennusteen kannalta on tärkeintä oikein toteutettu antikoagulaatiohoito. (Askonen, Halinen, Huikuri, Koistinen, Lepojärvi, Parikka, Puurunen, Raatikainen & Virtanen 2010, 2, 29.) . Vuonna 2010 sepelvaltimo- ja sydäninfarktihoitoja oli kaikissa ikäluokissa yhteensä 22 055 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a).

Tässä kehittämishankkeessa tavoitteena oli ottaa käyttöön uusi toimintamalli Asikkalan avoterveydenhuoltoon yhteistyössä poliklinikan henkilökunnan kanssa asiakkaiden antikoagulanttihoitokäytäntöön. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää antikoagulaatiohoitoa käyttävien potilaiden hoidon laatua ja parantaa potilasturvallisuutta sekä keskittää hoito jatkuvuuden varmistamiseksi ja saatavuuden helpottamiseksi. Hankkeen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin osallistuvat avovastaanoton sairaanhoitajat, vastaava osastonhoitaja, laboratorion henkilökunta sekä lääkärit.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kehittämishankkeen taustaa

Kehittämishankkeen aiheeksi on valittu antikoagulanttihoidon seurannan kehittäminen turvallisemmaksi ja helpommin saatavaksi. Perustamistarpeen taustalla oli suuri eteisvärinä- eli flimmeri-potilaiden määrä, joka työllisti paljon laboratorion näytteenottoa. Ensisijaisesti väestön ikääntymisen vuoksi eteisvärinä-potilaiden määrä lisääntyy seuraavien neljänkymmenen vuoden aikana 2,5-kertaiseksi, ja tämä asettaa huomattavia paineita terveydenhuoltojärjestelmille (Ahonen, Hartikainen, Kyhälä-Valtonen, Lehto, Lund, Mäkijärvi, Mäkyinen, Raatikainen & Peiponen 2011, 3401). Flimmeri eli eteisvärinä on yleisin sydämen rytmihäiriö. Tämä aiheuttaa verihyytymiä, joita syntyy herkästi sydämen eteisiin. Verihyytymien lähdettyä liikkeelle ne saattavat aiheuttaa aivohalvauksia, joita pyritään estämään antikoagulaatio- eli verenohennushoidolla. (Ellonen & Mustajoki 2012a.) Antikoagulaatiohoito vaatii verinäytteseurantaa.

Tutkimuksen alussa käytössä olleessa mallissa Asikkalan terveysasemalla laboratoriossa kävi INR-kokeissa noin 20-30 asiakasta päivittäin noin 1-4 viikon välein. Alkusysäyksen uuden toimintamallin käyttöönotolle antoi laboratorion henkilökunta. He ehdottivat, että poliklinikan hoitohenkilökunta, jolla oli tehtävänsiirto antikoagulantin määrittämiseen, alkaisivat ottaa pikamittarilla INR-arvot. INR-hoitajatoiminta oli myös jo käynnissä muualla Suomessa, muun muassa Turussa ja Kemissä. Poliklinikan henkilökunta oli myös tutustunut vastaavanlaiseen käytäntöön, joka oli käytössä Kemissä. Tämän pohjalta lähdettiin pohtimaan uuden toimintamallin käyttöönottoa myös Asikkalan avovastaanottoon. Aikaisemmin käytössä ollut malli koettiin Asikkalassa hankalaksi toteuttaa ja potilasturvallisuus vaarantui puhelinkontaktissa henkilökohtaisen kontaktin jäädessä toteutumatta.

Tutkimuksen alussa käytössä ollut malli työllisti monta hoitajaa ja oli käytännöltään sekava. Potilasturvallisuus oli puutteellinen ja aiheutti vaaratilanteita muun muassa lääkeannostelun suhteen, koska hoitaja ei voinut olla varma, että asiakas merkitsi oikein lääkeannostuksen omaseurantakorttiin

puhelinkontaktissa. Aikaisemmin potilas kävi ensin laboratoriossa INR- kokeessa. Laboratorion hoitajat tulostivat kävijälistan ja poliklinikan hoitajat kirjasivat asiakkaat sähköiseen Efficapotilastietojärjestelmään hoitajien ajanvarauslistalle. Iltapäivällä INR-arvot näkyivät asiakkaan antikoagulanttisivulla ja tehtävänsiirron saaneet hoitajat määrittivät antikoagulanttiannostuksen INR- kokeen tuloksen perusteella. Lopuksi henkilökunta, johon kuului sekä sairaanhoitajia että lähihoitajia, soittivat asiakkaille INR- tuloksen, uuden annostusohjeen ja seuraavan laboratorioajan. Hoitaja myös arvioi INR-tuloksen perusteella poikkeako tulos sovitusta ja tarvitseeko tuloksen osalta konsultoida lääkäriä. INR- tulosten ja lääkkeen määrityksen soittaminen aiheutti sen, että monta puhelinlinjaa oli pois käytöstä samaan aikaan iltapäivällä, jolloin asiakkaat eivät saaneet yhteyttä terveystieteiden keskuksiin. Aikaisemmin hoitaja ei myöskään kohdannut asiakasta henkilökohtaisesti. Näin asiakas saattoi kuulla tai merkitä väärin annostusohjeen puhelinkeskustelun perusteella. Ongelmana oli myös tavoittaa asiakas ennen poliklinikan sulkeutumista.

2.2 Kehittämishankkeen tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on ottaa käyttöön uusi toimintamalli Asikkalan avoterveydenhuoltoon yhteistyössä poliklinikan hoitohenkilökunnan kanssa asiakkaiden antikoagulanttihoitokäytäntöön.

Kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää antikoagulaatiohoitoa käyttävien potilaiden hoidon laatua ja parantaa potilasturvallisuutta sekä keskittää hoito jatkuvuuden varmistamiseksi ja saatavuuden helpottamiseksi.

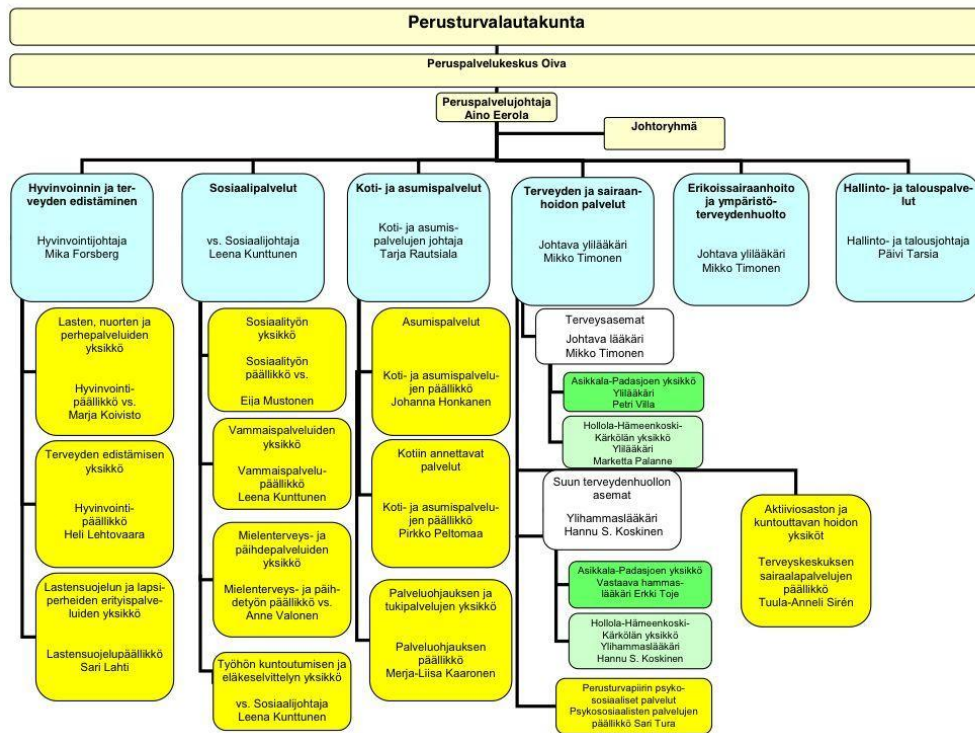
2.3 Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio

Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio on Peruspalvelukeskus Oiva-liikelaitos. Tässä läntisessä perusturvapiirissä, johon kuuluvat Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki, on viiden kunnan luottamushenkilöiden muodostama perusturvalautakunta, niin kutsuttu lain mukainen yhteislautakunta, joka toimii Hollolan kunnanhallituksen alaisuudessa (kuvio 1). Hollolan kunnanhallituksella ei ole päätösvaltaa tämän perusturvalautakunnan tai Oivan

toimintaan. Peruspalvelukeskus Oiva on perustettu vuoden 2007 alusta ja sen yhteinen väestö on noin 40 000 asukasta. Järjestely on tehty osana Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveyspiiri-hanketta ja Heimo-hyvinvointipiiriä. Perusturvapiiriin kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon, mukaan lukien erikoissairaanhoidon ja ympäristöterveydenhuollon tuottaminen ja tilaaminen jokaisen viiden kunnan osalta. Tilaajaosapuolena toimivat kuntien yhteinen perusturvalautakunta ja peruspalvelujen tilaajakeskus. Suurimpina tuottajaosapuolina taas toimivat Peruspalvelukeskus Oiva ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Peruspalvelukeskus Oiva hankkii myös perustason sosiaali- ja terveyspalveluja suoraan itse ja jonkin verran erikoissairaanhoidon palveluja esimerkiksi yksityisiltä tahoilta. (Peruspalvelukeskus Oiva 2014.)

Toiminta Peruspalvelukeskus Oivassa on jaettu viiteen osa-alueeseen. Nämä osa-alueet ovat terveyden- ja sairaanhoidon vastaanottopalvelut, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, koti- ja asumispalvelut, sosiaalipalvelut ja hallinto- ja talouspalvelut. Jokaisella osa-alueella on myös johtaja, joka vastaa alueensa toiminnasta. Lisäksi osa-alueet on jaettu alueellisesti, Asikkala-Padasjoen (AsPa) ja Hollola-Hämeenkoski-Kärkölen (HoHäKä) yksiköihin. Näitä yksiköitä johtavat päälliköt. (Koivisto 2011, 25.)

Kehittämishanke suuntautui Asikkalan avovastaanottoon, jonka tuottamiin palveluihin kuuluu flimmerin hoito. Uusi INR-hoitajavastaanottoimintamalli tuottaa palveluja Marevania käyttäville asiakkaille ja sitä toteuttavat avovastaanoton sairaanhoitajat. Kohdeorganisaatiolta haettiin tutkimuslupa, joka annettiin Peruspalvelukeskus Oivan johtajalta (liite 1). Valmis loppuraportti luovutetaan Peruspalvelukeskus Oivaan. Ohjaajaksi kohdeorganisaatiosta tuli vastaava osastonhoitaja.



Kuvio 1. Peruspalvelukeskus Oivan organisaatiokaavio (Peruspalvelukeskus Oiva 2014).

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

3.1 Poliklinikka ja sen toiminta

Poliklinikalla tarkoitetaan työyksikköä tai sairaalaa, jossa tutkitaan ja hoidetaan potilaita ottamatta heitä sairaalaan. Poliklinikka voidaan myös määritellä tarkemmin niin, että sillä tarkoitetaan sairaalan yhteydessä toimivaa potilaiden tutkimus-, hoito-, vastaanotto ja avohoitopaikkaa. Termi polikliininen ilmoittaa, että jokin asia kuuluu poliklinikkaan tai tapahtuu siellä. Polikliininen hoito taas on hoitoa, joka annetaan potilaan käydessä vastaanotolla ottamatta häntä sairaalaan osastolle. (Säilä 2005, 8.) Polikliinisessä hoidossa potilas käy vastaanotolla poliklinikalle eikä siihen sisälly sairaalassa yöpymistä. Poliklinikalla annettava hoito on siis avohoitoa ja avohoitokäynnit jaotellaan omakustannuskäynteihin ja kuntalaskutettaviin käynteihin käyntityypeittäin, joilla ohjataan asiakas- ja kuntalaskutustietoja ja laskutusta. (Sillanpää 2011, 8.) Suomessa tehdään vuosittain noin 7 600 000 poliklinikkakäyntiä ja määrä kasvaa kokoajan laitospaikkojen vähentyessä ja avohoitopalvelujen kehittyessä (Nyman 2011, 7).

Poliklinikan toimintamallit jakautuvat kahdeksi pääprosessiksi, joita ovat toimenpidetoiminta ja vastaanottotoiminta. Vastaanottotoimintaa pitävät lääkärit ja erityistyöntekijät. Näihin kuuluvat myös vastaanottoa pitävät sairaanhoitajat. Toimenpidetoiminta sisältää pientoimenpiteitä kuten esimerkiksi tähystykset ja lääkeinfuusiot ja niistä vastaavat työparina lääkärit ja sairaanhoitajat. (Salin 2009 - 2011, 15.) Potilaskontaktit ovat poliklinikalla lyhyitä sekä tehokkaita ja ne ovat tarkkaan suunniteltu tietyn aikataulun mukaisesti (Eloranta 2006, 6).

Poliklinikoilla on yleensä moniammatillista vastaanottotoimintaa. Hoitajan ja lääkärin lisäksi poliklinikalla on joidenkin muiden ammattiryhmien edustajia kuten esimerkiksi psykologi, fysioterapeutti, diabeteshoitaja ja jalkojenhoitaja. Potilaan näkökulmasta katsottuna moniammatillisten vastaanottojen etuna on se, että potilaan sairautta ja sen aiheuttamia muutoksia potilaan elämään voidaan pohtia kokonaisvaltaisesti yhdellä kertaa. Kaikilla poliklinikoilla ei ole moniammatillisia vastaanottoja mutta niitä voidaan hyödyntää mietittäessä hoidon keskeisiä asioita. Vastaanottokäynnistä voi muodostua myös etukäteen

suunnittelematta moniammatillinen. (Säilä 2005, 37- 38.) Sujuvassa ja yhtenäisessä palveluketjussa asiakkaan hoitotilanteen tulisi olla koko ajan hallinnassa huolimatta siitä, mikä yksikkö hoitoa milloinkin antaa (Tanttu 2007, 12). Hoito on laadukasta kun, potilaalla on yksi vakituinen vastuutaso, joka ohjaa potilaan hoitoa kokonaisuutena sekä huolehtii hoitoprosessin etenemisestä (Hämäläinen & Röberg 2007, 16).

Päivystyspoliklinikalla hoitotyö on vaativaa ja edellyttää päivystyspoliklinikan hoitotyön erityisosaamista ja tiimityötä (Nummelin 2009, 5).

Päivystyspoliklinikoiden tehokkuutta yritetään parantaa potilasvirtojen ohjailun ohella muun muassa lakkauttamalla ja yhdistelemällä päivystyspisteitä. Suomessa on taloudellisista syistä yhdistetty terveystieteiden ja erikoissairaanhoidon päivystyksiä yhteispäivystyksiksi. Sen tuottama kustannushyöty on vielä osoittamatta, mutta toisaalta tutkimustietoa ei myöskään ole vielä siitä, että yhteispäivystykseen siirtyminen vaikuttaisi potilastyytyväisyyteen. Tosin yhteispäivystys tietää monelle pidempää matkaa hoitopaikkaan. (Saarinen 2007, 28.)

Ongelmat hoidon saatavuudesta eivät johdu pelkästään riittämättömistä resursseista, eikä voimavarojen lisääminen välttämättä poista jonoja.

Tarkastelemalla hoitoprosesseja kokonaisuuksina voidaan löytää pitkäaikaisia ratkaisuja. Voidakseen kohtuullisesti vastata lisääntyneeseen terveystalouden tarpeeseen, toimintamuutokset ovat välttämättömiä. Lääkärien ja sairaanhoitajien tehtäväjaon tarkastelu on eräänä toimintamuutoksena.

Kansallinen projekti suosittaa, että terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö ryhtyvät toimenpiteisiin sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien sekä lääkärien työnjaon ja toimivaltuuksien tarkistamiseksi. Erityisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa ja potilaiden ohjauksessa on saatu hyviä kokemuksia uudistetusta työnjaosta. Myös POTKU2-hankkeessa ammattihenkilöt tekevät moniammatillista yhteistyötä potilaan suunnitelmallisen hoidon toteuttamiseksi ja työskentelevät potilasta voimaannuttavalla työotteella. Organisaatiossa, joka on kehitetty terveyshyötymallin mukaisesti, toiminta on potilas- ja tiimikeskeistä, proaktiivista

ja vuorovaikutus on potilasta voimaannuttavaa. (Aalto, Kaunonen, Mattila & Säilä 2006, 3; Kuronen, Oksman & Sisso 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeen mukaan kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan heti ja vakavasti sairaiden hoito järjestetään mahdollisimman nopeasti. Vuoden 2005 maaliskuun alusta lähtien kiireettömät tutkimukset ja hoito on saatava määräajassa sekä terveyskeskuksessa että sairaalassa.

Terveyskeskukseen on saatava arkipäivisin virka-aikana yhteys välittömästi ja muuna aikana terveyskeskus järjestää päivystyksen (1326/2010). Kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta hoidon tarve on arvioitava terveyskeskuksessa ja arvioija voi olla muukin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri. Arvioinnin voi tehdä myös puhelimesta, jolloin asiakas saa joko ajan terveyskeskukseen tai hoito-ohjeet puhelimitse. Puhelimesta annetut hoito-ohjeet ja hoidon tarpeen arviointi kirjataan asiakkaan potilasasiakirjoihin. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää käyntiä terveyskeskuksessa, on asiakkaan päästävä vastaanotolle kolmessa arkipäivässä yhteydenotosta. Tutkimuksiin ja hoitoihin, joita ei voida antaa terveyskeskuksessa, on päästävä kolmessa kuukaudessa.

Terveyskeskuksessa annettavaan erikoissairaanhoidon pääsyyn noudatetaan samoja aikarajoja kuin erikoissairanhoidossa eli hoitoon on päästävä viimeistään kuukauden kuluessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a.)

3.2 Palveluprosessi terveydenhuollossa

Palveluketju määrittellään valtakunnallisen suosituksen mukaan niin, että se muodostaa asiakkaan laajemman palvelukokonaisuuden, johon osallistuu useampia sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita julkisella ja yksityisellä sektorilla ja mahdollisesti myös muiden sektoreiden organisaatioita. Kriittisiä kohteita laadunhallinnan kannalta ovat prosessien ja palvelulinjojen liittymiskohdat eli asiakkaan palvelujen sujuvuus. (Hämäläinen & Röberg 2007, 16.)

Tuloksellisuus tarkoittaa kunnan kykyä onnistua palvelujen järjestämisessä taloudellisesti vaikuttavuuden, toimintaprosessien sujuvuuden, palvelujen laadun ja henkilöstön aikaansaannoskyvyn suhteen. Tämän onnistuminen edellyttää

osaavaa, hyvinvoivaa, sitoutunutta ja motivoitunutta henkilökuntaa. Tuloksellinen toiminta taas edellyttää pitkän tähtäimen strategiatyötä, ennakointia sekä johtamisen, henkilöstön ja organisaation kehittämistä. Tuloksellisuuden kehittäminen sensijaan perustuu jatkuvaan parantamiseen, jossa suunnittelu, toteutus, arviointi ja kehittäminen on kytkeyty työ- ja palveluprosessiin. (Heikkilä-Tammi, Manka & Vauhkonen 2012, 12.) Henkilöstön aikaansaannoskyvyn arvioinnilla vastataan siihen, onko toimintaketjuissa ja työvaiheissa mukana juuri sellaista voimavaraa, joita strategia, visio ja tavoitteet kulloinkin edellyttävät (Silvennoinen-Nuora 2010, 60).

Suunniteltua samaan asiakkaaseen tiettyyn ongelmaan tai ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa toimintasarjaa kutsutaan palvelu- ja hoitoprosessiksi (Tanttu 2007,77). Prosessinäkökulma tarkoittaa sitä, että palvelut suunnitellaan aina toiminnan lähtökohdista. Silloin toiminnan vaatimukset otetaan paremmin huomioon palvelut toteuttavissa teknisissä ratkaisuisa. Prosessitasolla palvelujen tarjoajat ovat esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaiset, jotka tarjoavat asiakkailleen erilaisia sairauksien hoitoon ja terveyden ylläpitoon liittyviä palveluja. Terveydenhuollon palvelujen hyödyntäjiä ovat potilaat ja palveluja tuotetaan erilaisissa terveydenhuollon prosesseissa, kuten potilaan ohjaus. Tarvitaan myös erilaisia perustoimintoja tukevia prosesseja, kuten laskutus ja ajanvaraus. Tällaiset tukiprosessit tarjoavat palveluja perusprosesseille, ja näin voidaan erottaa palvelujen tarjoaja, hyödyntäjä ja tuotantonäkökulmat. Mikään näistä ei kuitenkaan toteudu pitkällä aikavälillä ilman palvelujen hallintaa eli toiminnan seuranta ja ohjausta. Prosessitasolla palvelujen määrittelyssä ja suunnittelussa on otettava huomioon muun muassa toimialakohtaiset vaatimukset, periaatteet ja rajoitukset sekä toiminnan ja työn luonne. Lisäksi on otettava huomioon prosessien ja toimintatapojen kehittämisen näkökulma, erilaiset mittaamiseen ja seurantaan liittyvät asiat, palvelujen ylläpidettävyys muutostenhallinnan ja joustavuuden kannalta sekä toimintojen yhdistäminen tarkoituksenmukaisiksi ja tehokkaiksi prosesseiksi. (Klemola, Luostarinen, Mykkänen, Paakkanen, Pöyhölä, Riekkinen, Riikonen, Silvennoinen, Suhonen & Tuomainen 2007, 7-8.)

Palveluprosessiin kuuluu vähintään kolme vaihetta, jotka ovat palvelun vireillepano, toteutus ja lopettaminen. Näistä vaiheista jokainen voi olla yksi palvelutapahtuma tai ne voivat koostua useasta eri palvelutapahtumasta. Laajimmillaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessi voi sisältää seuraavat vaiheet: palvelun vireillepano, palvelun piiriin kuulumisen tarkistaminen, palveluntarpeen selvittäminen, päätös palvelun piiriin ottamisesta, palvelun suunnittelu, palveluvoimavarojen varaus, päätös palvelujen toteuttamisesta, tiedoksianto päätöksestä, palvelun toteuttaminen, palvelun arviointi ja palvelun lopettaminen. (Nurmi-Koikkalainen & Ojala 2008, 32.)

Prosessien vaiheet voidaan organisoida eri tavoin. Eri vaiheisiin sisältyvät toiminnot sekä niiden painotus ja esiintymisjärjestys voivat vaihdella. Alkuelvitysvaiheen tarkoitus on kehittämistyön projektointi. Silloin työlle asetetaan tavoitteet, kootaan vaatimukset, vaiheistetaan ja organisoidaan työ. Analysointivaiheessa tarkennetaan tulevan palveluratkaisun vaatimukset ja sen keskeisiä tehtäviä ovat prosessien tunnistaminen ja rajaaminen. Suunnitteluvaiheessa koostetaan palveluista loogisesti järkeviä kokonaisuuksia. Tähän sisältyy rakenteen, osallistujien roolien ja toimintaperiaatteiden suunnittelua. Huolellisen suunnittelun ja määrittelyn jälkeen prosessit toteutetaan ja dokumentoidaan toteutuksen osalta. Toteutusvaiheessa korostuu palvelujen käyttäjän näkökulma. Testausvaiheessa varmistetaan vastaako toteutus riittävän hyvin sille asetettuja vaatimuksia. Paketointi eli tuotteistaminen käsittää suuren joukon sekä liiketoimintaan että tekniikkaan liittyviä näkökulmia, jotka pitää ratkaista sekä palvelujen tuottajan että hyödyntäjän näkökulmasta. Palvelujen käyttöönotto tarkoittaa tarjoajan näkökulmasta sitä, että prosessit julkaistaan ja laitetaan saataville ja palvelujen hyödyntäjän näkökulmasta sitä, että se sisältää vaiheet toimituksen ohjauksesta käyttöönottoon. Lopuksi suoritusvaihe tarkoittaa sitä, että palvelu on toiminnassa ja toimii sovitulla tavalla. (Klemola 2007, 11-18.)

Prosessiorganisaatiolla tarkoitetaan yksikköä, jossa toiminnot on organisoitu ja ryhmitelty asiakasprosessin näkökulmasta palvelukokonaisuudeksi. Tavoitellaan siis sujuvaa asiakasprosessia, jolloin odotus-, vaihe- ja läpimenoajat lyhenevät sekä vaiheiden välillä olevat rajapinnat mataloituu. (Torkki 2012, 11.)

Prosessilähtöisessä toiminnassa on oleellista toimijoiden välinen yhteistyö

erityisesti prosessin sujuvuuden ja jatkuvuuden näkökulmasta (Tanttu 2007, 136). Tuottajan kannalta siirtymät etenkin terveydenhuollossa prosesseissa tarkoittavat usein tiedon siirtymistä, mutta asiakkaan kannalta siirtymät voivat olla fyysisiä (Torkki 2012, 10). Palvelua annetaan lähtökohtaisesti aina jostakin syystä, eli palvelulla on suhde johonkin asiantilaan, johon halutaan muutosta ja palveluprosessin kirjaaminen on olennaista (Nurmi-Koikkalainen & Ojala, 2008, 19). Palveluprosesseissa keskeisiä asioita ohjaamisen kannalta ovat palvelukokemus ja vaikuttavuus. Palveluoperaatioiden hallinnassa on myös huomioitava asiakkaan keskeinen rooli osana prosessia. (Torkki 2012, 29.)

Sujuvassa palveluprosessissa korostuu eri palvelun antajien yhteistyö asiakkaan hoidossa siten, että palvelun tuottajarakenne on asiakkaalle näkymätön. Selkeässä palveluketjussa sen osat on sovittu yhteen ja päällekkäiset osat on karsittu, siinä myös toteutuu hoidon ja tiedon jatkuvuuden periaate. (Tanttu 2007, 80.) Saumattomassa ja joustavassa palveluketjussa kaikki palveluprosesseihin osallistuvien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee olla tietoisia asiakkaan siirtymävaiheista ja niihin liittyvistä yhteistyön ja tiedonkulun tarpeista (Hämäläinen & Röberg 2007, 57). Terveydenhuollon toimintaprosessin tulee toteuttaa ja tukea potilaan hyvää hoitoa sekä mahdollistaa potilaan osallistumisen oman hoitonsa suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan. Lisäksi toimintaprosessin tulee tukea potilasturvallisuutta, hoidon jatkuvuutta, potilaan oikeuksia sekä ammattihenkilöiden oikeusturvaa. (Komulainen, Meriläinen, Mäkelä & Vuokko 2011, 34.)

3.3 Ammattiryhmien välinen tehtävänsiirto

Tehtävänsiirrolla tarkoitetaan aikaisemmin tietylle henkilöstöryhmälle kuuluneen tehtävän sisällyttämistä toisen henkilöstöryhmän edustajan työtehtävään (Sillanpää 2011, 8). Yleisin syy tehtävänsiirrolle on työn joustavuuden turvaaminen (Lindström 2003,15). Terveydenhuollon henkilöstön työnjaon ja tehtävien uudistamisessa on kyse koko työyhteisön toiminnan kehittämisestä siten, että toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja osaamisen näkökulmasta (Teppo 2011, 3). Työntekijöiden osaamisen hyödyntäminen ja

toimintatapojen kehittäminen työnjakoa uudistamalla on nostettu esille WHO:n Human Resources for Health-strategioissa ja eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan esiselvityksessä terveydenhuollon tulevaisuudesta (Lehtomäki 2009, 79).

Uudet vastuut ja työnkuvat edellyttävät uusien toimintamallien kehittämistä hoitotyön omasta tietoperustasta käsin, terveyslähtöisesti ja asiakkaan tarpeita ja odotuksia kuunnellen. Hoitajien ja lääkäreiden mahdollinen tehtävävastuiden ja työtehtävien uudelleen jakautuminen edellyttää huolellista valtakunnantason valmistelua ja selkeitä linjauksia. (Säilä 2005, 6.) Yhteistyö hoitajien ja lääkäreiden välillä ja työnjaon kehittäminen edellyttää myös työkäytäntöjen yhteistä sopimista yhteistyössä koko työyhteisön kanssa. Hoitohenkilöstö odottaa esimiestasolta aktiivista osallistumista työkäytäntöjen muutoksen suunnitteluun ja organisointiin. (Kettunen & Räisänen 2009, 43.) Tehtävän siirtoja tulisi tarkastella laajasti toiminnan kokonaisuutena, eikä vain ammattihenkilöiden välillä tapahtuvaksi toiminnaksi (Piilonen 2011, 12). Kansallisen terveystankkeiden yksi tavoite oli tehostaa terveydenhuollon organisaatioiden sisäistä toimivuutta ja siinä keskeisenä lääkäreiden ja hoitajien keskinäisen työnjaon uudistaminen (Lehtomäki 2009, 79).

Sairaanhoitajat tekevät potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä polikliinisessä hoitotyössä yhä itsenäisemmin, koska työmäärä, vastuut ja velvollisuudet ovat lisääntyneet siirrettyjen työtehtävien myötä. Näiden tehtävänsiirtojen tavoitteena on lääkärin työajan tehostaminen. (Sillanpää 2011, 15-17). Esimies ei voi päättää lääkärin tai hoitajan puolesta työnkuvan laajentamista ja työtehtävien siirto lääkäreiltä hoitajille vaatii aina lääkäreiden tuen ja mahdollisuuden vieriovetukseen. Hoitohenkilökunnalla on oltava oma halu ja kiinnostus työnkuvan laajentamiseen. Sitoutuminen toimenkuvan laajentamiseen edellyttää sitoutumista itsensä jatkuvaan kehittämiseen ja kouluttamiseen. (Nisula 2010, 9-10.)

Terveydenhuollossa pyritään ammattiryhmien välisten raja-aitojen madaltamiseen ja tarkoituksenmukaiseen työnjakoon eri toimijoiden välillä. Työnjaon uudelleen organisoimista perustellaan hoidon sujuvuudella ja nykykäytäntöjen laillistamisella. Hoitotyöntekijöiden osaamisvaatimukset ovat erityisesti lisääntyneet lääkäreiden ja hoitajien välisen työnjaon kehittämisen myötä. (Toivola 2008, 7.)

Lainsäädännöllinen perusta löytyy työnjaon kehittämiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetusta laista (559/994), jonka tavoitteena on edistää terveydenhuollon palvelujen laatua ja potilasturvallisuutta. Lain 2 §:ssä todetaan, että laillistetut, nimikesuojatut tai luvan saaneet ammattihenkilöt voivat toimia koulutuksensa, ammattitaitonsa tai kokemuksensa mukaisesti toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveystalvelujen tuottamisen kannalta. (Teppo 2011, 3-4; Koskela & Risikko 2011.)

Toisaalta ammattihenkilö on velvollinen kieltäytymään sellaisten tehtävien suorittamisesta, joihin hänen koulutustaan tai ammattitaitoaan on pidettävä riittämättömänä. Hän voi myös pidättäytyä tehtävistä joiden suhteen hänen toimintamahdollisuutensa ovat rajoitetut. (Säilä 2005, 6.) Vuonna 2010 heinäkuun alusta tulleen lain mukaan, sairaanhoitajat, optikot ja suuhygienistit saivat mahdollisuuden lääkkeiden määräämiseen. Lääkkeenmääräämisen edellyttämästä koulutuksesta on annettu tarkentava asetus samoin kuin lääkkeistä, joita he saavat määrätä. Erikoispätevyyden toteamista haetaan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralta. (Valvira 2013.)

Lääkäritarpeen turvaamiseksi Sosiaali- ja terveysministeriö on ehdottanut tehtävänsiirtoja, jotka järkevöittävät toimintatapoja ja parantavat eri ammattihenkilöiden asiantuntemuksen tarkoituksenmukaista käyttöä. Lääkäreiltä terveyden- ja sairaanhoitajille siirrettäviä tehtäväalueita olisi muun muassa tiettyjen kroonisten sairauksien ennaltaehkäisy ja hoidon pitkäaikaisseuranta. Tällaisten tehtäväalueiden siirtäminen edellyttää lisäkoulutusta, riittävän pitkää työkokemusta ja jatkuvaa lääkärin konsultointimahdollisuutta, yhteisesti laadittuja hoitosuosituksia ja alueellisia toimintaohjeita. (Keinänen & Kolehmainen 2008, 10.)

Terveyskeskuksissa on aktiivisesti uudistettu eri ammattiryhmien välistä työnjakoa ja laajennettu tehtäväkuvia. Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin johdolla on laadittu näyttöön perustuvia hoitosuosituksia- ja ohjeita muun muassa hoitajavastaanoton tueksi. Selvityksen mukaan työnjaon kehittäminen on parantanut hoitoon pääsyä ja potilaan saamaa ohjausta sekä myös hidastanut lääkärityövoiman tarpeen kasvua. Työnjaon kehittäminen on lisäksi todettu

parantaneen terveystieteiden vastaamistoiminnan tuottavuutta sekä tuottaneen kunnille säästöjä lääkärikäyntien vähenemisen ja sairaanhoitajan vastaanottoiminnan pienempien yksikkökustannusten seurauksena. (HE 283/2009.) Terveystieteiden henkilöstön tehtävien ja työnjaon uudistamisessa on kyse koko työyhteisön toiminnan kehittämisestä siten, että tehtävät ja toiminta järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen osaamisen ja yhteistyön näkökulmasta. Samalla parannetaan eri ammattiryhmien, yksiköiden ja yksittäisten työntekijöiden työmäärän hallittavuutta ja oman työn hallintaa. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2008.)

3.4 Potilasturvallisuuden merkitys antikoagulaatiohoidossa

Potilasturvallisuus sisältää terveystieteiden yksiköissä vallitsevat periaatteet ja toiminnot, joiden avulla pyritään takaamaan potilaan vahingoittumattomuus ja hoidon turvallisuus. Potilasturvallisuus nähdään yhä enenemässä määrin yhtenä laadukkaan hoidon mittareista. (Kuisma 2010, 3.) Potilasturvallisuus voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus (Yli-Villamo 2008, 9).

Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos on valinnut potilasturvallisuuden yhdeksi kuudesta kärkihankkeesta ja toteuttaa yhdessä sairaanhoitopiirien, sairaaloiden ja terveystieteiden sekä muiden kansallisten kumppanien kanssa laajan monivuotisen Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelman, joka jatkuu vuoden 2015 loppuun. Sen pitkän tähtäimen tavoitteena on hoidon aiheuttamien kuolemien ja haittatapahtumien puolittuminen vuoteen 2020 mennessä ja lyhyen tähtäimen tavoitteena on, että terveystieteiden ja soveltuvin osin sosiaalihuollon ammattilaiset voivat työskennellä potilasturvallisuutta edistävissä työympäristössä ja heillä on käytettävissään laadukkaita ja käyttökelpoisia välineitä potilasturvallisuuden edistämiseen. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2011b, 3.)

Myös Euroopan unionin yksi terveystieteiden painopistealueista on potilasturvallisuus. WHO:n potilasturvallisuusallianssi (World Alliance on Patient

Safety) on mukana yhtenä jäsenenä Euroopan unionin jäsenvaltioiden muodostamassa työryhmässä. Työryhmän kautta tuetaan jäsenvaltioiden työtä potilasturvallisuuden edistämiseksi. (Kivistö 2011, 1.) Työryhmässä Suomea edustaa Valviran asiantuntija, Valvira on sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c). Euroopan yhteisön neuvoston kesäkuussa 2009 hyväksymän suosituksen mukaan jäsenvaltioiden tulee laatia ja tehostaa sosiaali- ja terveydenhuollon haittatapahtumia koskevia ilmoitus- ja oppimisjärjestelmiä (Kinnunen 2010, 6).

Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua ja turvallinen hoito on vaikuttavaa; se toteutetaan aina oikein ja oikeaan aikaan. Haittatapahtuman syynä ovat usein puutteet tai häiriöt toimintatavoissa tai toimintajärjestelmissä. (Jonsson 2011.) Joka kymmenes hyvinvointivaltioiden potilaista joutuu hoidosta aiheutuneen haitan kohteeksi, vaikka näiden maiden sairaalat ovat teknologisesti korkeatasoisia (Kivistö 2011,1). Kaikkeen inhimilliseen toimintaa liittyy erehtymien mahdollisuus, siten myös kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä tapahtuu virheitä. Merkittävää kuitenkin on, että tutkijat ovat päätyneet siihen, että jopa puolet nykyisistä haittatapahtumista voitaisiin estää riskejä ennakoimalla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla ja vaara- ja haittatapahtumista oppimalla. (Doupi 2011, 9-10.)

Järvelin (2012, 15-16) selvitti väitöksessään Potilasvakuutuskeskukselle tehtyjen vahinkoilmoitusten perusteella, mitkä tekijät vaikuttavat potilaiden aktiivisuuteen tehdä ilmoituksia ja heidän mahdollisuuksiinsa saada korvauksia. Tutkimus osoitti, että iäkkäämmät henkilöt tekivät vähemmän ilmoituksia kuin nuoremmat, mutta potilaan ikä ei vaikuttanut heidän mahdollisuuksiinsa saada korvauksia. Todettiin myös, että terveydenhuollon pitäisi enemmän kiinnittää huomiota potilaiden tasavertaisiin mahdollisuuksiin hakea korvauksia ja kannustaa potilaita hakemaan korvauksia perustelluissa tilanteissa.

Potilasturvallisuuden edistäminen on kustannusvaikuttavaa toimintaa ja sen vaikutukset kantavat pitkälle tulevaisuuteen. Tehokkainta potilasturvallisuuden edistäminen on silloin, kun huomio siirretään yksittäisten hoitajien virheiden huomioimisesta potilaalle aiheutuneiden haittojen arviointiin ja palveluprosessien

toimivuuden tarkasteluun ja hoitoketjujen kehittämiseen. (Kivistö 2011, 2.)
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt ohjeiston, jonka tarkoituksena on luoda yhtenäinen, sujuva ja potilasturvallisuutta edistävä antikoagulaatio-hoidon malli. Antikoagulanttihoitoon liittyy paljon turvallisuusriskejä kuten kirjaamiskäytäntöjen erilaisuus sairaanhoitopiirien ja terveystieteiden välillä, tiedonkulun puutteet ja tietojärjestelmien yhteensopimattomuus. Osa potilasturvallisuuden standardien parantamista on kansallinen yhtenäinen varfariinihoidon seurantakortti ja myös henkilökunnan koulutusta sekä potilasohjausta tulee yhtenäistää. (Puhakka 2011, 7, 9.)

3.5 Antikoagulaatiolääkitys eteisvärinän hoidossa

Eteisvärinä on supraventrikulaarinen rytmihäiriö, jota luonnehtii eteisten nopea, järjestymätön mekaaninen ja sähköinen toiminta. Eteisvärinä voidaan jakaa neljään päätyyppiin keston ja uusiutumistaipumuksen mukaan. Päätyypit ovat kohtauksittainen, jatkuva, pitkään jatkunut ja pysyvä eteisvärinä. Suunniteltaessa rytminsiirtoa jako akuuttiin ja pitkittyneeseen eteisvärinään on tärkeä. (Askonen ym. 2010, 3.)

Hoitomuotoina käytetään sähköistä rytminsiirtoa, jossa sinusrytmi palautetaan tasavirtaiskulla kevyen anestesian aikana. Lääkkeellinen rytminsiirto tehoaa hyvin akuutissa eteisvärinässä ja katetriablaatiohoito estää kohtauksittaisen ja jatkuvan eteisvärinän uusiutumisen tehokkaammin kuin lääkehoito ja parantaa potilaan elämän laatua merkittävästi. Ennusteen kannalta tärkein hoito eteisvärinässä on sydänperäisen embolisaation estäminen, minkä takia antikoagulaatiohoidon tarve on aina arvioitava, kun potilaalla todetaan eteisvärinä. (Käypähoito 2012.) Aina rytminsiirto ei onnistu ja rytmi jää eteisvärinään, silloin hoidoksi tulee antikoagulanttilääkitys ehkäisemään mahdollisia eteisvärinän aiheuttamia hyytymiä sekä näiden hyytymien aiheuttamia verisuonitukoksia (Karvonen 2012, 10). Keuhkoveritulpan ja laskimotukoksen hoitoon tarvitaan määrääikainen verenohennushoito, joka estää uusien aivoinfarktien synnyn. Myös useat muutkin tilanteet ja sairaudet vaativat veren ohentamista kuten sydämen tekoläpät. (Ellonen & Mustajoki 2010b.)

Varfariini on eniten käytetty lääkeaine maailmassa suun kautta otettavaan eli oraaliseen antikoagulanttihoitoon. WHO:n kansainvälisen suosituksen mukaan tromboplastiiniajan yksikkönä tulee käyttää ainoastaan INR:ää, jolle hoitosuosituksot eri indikaatioille on annettu ja ne ovat samat globaalisti. (Horsti & Uppa 2006, 10.) Tavallinen verenohennuksen tavoitetaso on 2-3 INR-yksikköä. Käytetty yksikkö INR tulee sanoista International Normalised Ratio. (Ellonen & Mustajoki 2010b.) Hyytymiskokeen eli INR-kokeen on tarkoitus mitata verenohennushoidon tasoa (Ikonen 2010,3). Varfariinihoito vaatii säännöllistä laboratorioseuranta, jonka avulla ehkäistään liian pienten annosten aiheuttama tukosriski ja liian suurten annosten aiheuttama vuotoriski (Uusitalo-Kovanen 2010, 21).

Varfariini estää hyytymistekijöiden muodostumista maksassa ja sen seurauksena veren hyytymistäipumus vähenee. Maksan hyytymistekijöiden muodostukseen tarvitaan K-vitamiinia ja varfariini estää K-vitamiinin vaikutusta. Näin hyytymistekijöitä ei pääse muodostumaan. Ihmiset reagoivat varfariiniin eri lailla, joten sen viikkoannos vaihtelee eri henkilöillä. Alussa oikeaa annosta etsittäessä INR-arvo mitataan usein. Ravinnon kasviperäisestä ruoasta saatava K-vitamiini laskee lääkkeen tehoa ja INR-arvo pienenee. (Eskelinen 2012.) Varfariinin antikoagulanttivaikutus ilmenee hitaasti, sillä maksimaalinen hoitovaste saavutetaan vasta noin viikon kuluttua hoidon aloittamisesta ja annostukseen vaikuttavat myös potilaan sairaudet, muu lääkitys sekä ruokavalio (Uusitalo-Kovanen 2010, 20).

Varfariinin annostarve vaihtelee eri yksilöiden välillä yli 20- kertaisesti. Yleensä annos vaihtelee 1 mg:n annoksesta yli 20 mg:n päiväannokseen ja suurimmat annokset voivat olla jopa 45 mg. Keskimääräisesti 5 mg on päivittäinen annostarve. Varfariinin aineenvaihduntaan osallistuvan CYP2C9-entsyymin ja varfariinin vaikutuskohteen VKORC1:n perinnölliset muutokset vaikuttavat varfariinin annostarpeeseen. Tämän katsotaan selittävän 60 % potilaiden välisistä eroista varfariinin annoksessa. (Puhakka 2011, 19.) Amerikkalainen Institute for Safe Medication Practices (ISMP) on julkistanut listan lääkeaineista ja lääkeaineluokista, joiden esiintyvyys lääkityspoikkeamissa ei ole välttämättä suuri, mutta jotka ovat poikkeamatapauksissa hyvin vaarallisia ja näihin

erityistarkkaavaisuutta vaativiin lääkeaineisiin kuuluu varfariini (Uusitalo-Kovanen 2010, 21).

Sydän- ja verisuonisairaudet kuormittavat kansantalouttamme ja onkin laskettu, että hoitokustannukset ovat kokonaisuudessaan yli 900 miljoonaa euroa vuodessa. Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy ja suurin osa hoidosta tapahtuu perusterveydenhuollossa ja siksi hyvin toimiva terveyskeskusjärjestelmä onkin ensiarvoisen tärkeä. (Nykänen 2008, 17-18.) Taloudellisesti eteisvärinän hoito ja seuranta vievät paljon resursseja, koska mittauksia tehdään paljon. Tämä on myös raskasta potilaalle ja vie paljon työtunteja perusterveydenhuollosta. INR-arvon ollessa hoitotasolla, suositeltu mittausten väli vaihtelee 22-28 päivän välillä. (Alatalo 2009, 19.)

Sairasvakuutuskorvausta varfariinista sai noin 141 000 suomalaista vuonna 2009 (Jyrkkä, Kastarinen, Kiviniemi, Oravilahti & Peura 2013). Vuonna 2010 Suomessa kirjoitettiin 124000 varfariini-reseptiä (Puhakka 2011,7). Kroonisten sydämen rytmihäiriöiden vuoksi lääkekorvausoikeudet, oli vuoden 2012 lopussa voimassa 65-69 vuotiaista 47 409 (Kela 2013). Uusitalo-Kovasen (2010, 11) mukaan, varfariinireseptin saa vuosittain suomalaisista noin 120 000 potilasta ja oraalista ankoagulaatiohoitoa tarvitsevien määrä kasvaa noin 10 %:n vuosivauhdilla. Syynä tähän kehitykseen on lisääntynyt tieto oraalisen antikoagulantti-hoidon hyödyistä sekä väestön ikääntyminen (Åman 2005, 19). Varfariinin käyttöä hankaloittavat verenvuotoriski, lukuisat yhteisvaikutukset, kapea hoitotaso ja huomattava vaihtelu annostarpeessa (Uusitalo-Kovanen 2010,11).

Valtaosa oraalisesta antikoagulanttihoidosta aloitetaan erikoissairaanhoidossa, mutta hoidon seuranta on kuitenkin valtaosin perusterveydenhuollon vastuulla. Suomalaisen järjestelmän hoitotulokset ovatkin osoittautuneet hyviksi ja useimmiten terveyskeskukset pystyvät tarjoamaan antikoagulanttihoitoa saaville potilaille pitkäaikaisen ja turvallisen hoitosuhteen. (Åman 2005, 19.) Uusitalo-Kovanen (2010, 24) toteaa, että perusterveydenhuollossa päädytään varfariinihoitoon eteisvärinäpotilailla ja hoito aloitetaan indikaation täytyessä. Potilaalla tulee olla oireita yli kolme vuorokautta, näin eteisvärinä ei ole ´tuore´,

eikä rytmiä voida palauttaa rytminsiirrolla normaaliksi. Tavallisimmin eteisvärinä löydetään rutiinitarkastuksessa EKG:ssa, vaikka potilas on oireeton tai potilaalla on voinut olla tykyttelyä ja huonoa oloa, eikä potilas osaa kertoa sen kestoa. Soinisen (2012) mukaan eteisvärinäpotilailla, jotka käyttävät verenhennuslääke varfariinia on matala aivohalvauksen riski. Aivohalvauksen riskin todettiin olevan suurempi muun muassa iäkkäillä naisilla ja potilailla, joilla oli aiemmin ollut aivohalvaus tai aivoverenkierron häiriö.

Varfariinin rinnalle on kahden viimeisen vuoden kuluessa tullut uusia oraalisia antikoagulantteja. Nämä vaikuttavat estämällä suoraan joko hyytymistekijä Xa:ta (rivaroksabaani) tai trombiinia (dabigatraani). Uusien oraalisten antikoagulanttien etuja ovat peroraalinen vakioitu annos, vähäiset lääkeaineinteraktiot ja laboratorioseurannan tarpeettomuus. Ne näyttävät lisäksi aiheuttavan varfariiniin verrattuna vähemmän vuotokomplikaatioita. Tällä hetkellä ainoa käyttöindikaatio rivaroksabaanilla ja dabigatraanilla on laskimotukoksen esto elekttiivisen tekonivelkirurgian yhteydessä. Toisin kuin varfariinin, uusien oraalisten antikoagulanttien vaikutusta ei voi mitata TT- tai APTT-määrityksellä, eikä vaikutusta voi kumota jääplasmalla tai protrombiinikompleksikonsentraatilla, mikä vaikeuttaa hoitoa leikkauksen tai vuotokomplikaatioiden yhteydessä. Lisäksi muun muassa hinta ja pitkä käyttökokemus puoltavat toistaiseksi varfariinin asemaa ensisijaisena antikoagulanttina. (Armstrong & Lassila 2010.41.)

Varfariinihoito toteutuu Suomessa keskimääräisesti varsin hyvin eikä meillä toistaiseksi ole riittävää näyttöä siitä, että siirtyminen laajamittaisesti uusien antikoagulanttien käyttöön olisi suomalaisissa olosuhteissa perusteltua. Valinta varfariinin ja uusien antikoagulanttien välillä tehdään yksilöllisesti huomioiden uusien lääkkeiden haitat ja edut sekä potilaan toiveet. Yleinen periaate on, että hyvin toteutettua varfariinihoitoa ei kannata vaihtaa. Uudet antikoagulantit ovat hyvä vaihtoehto, kun varfariini ei sovi tai varfariinihoidon seuranta ei onnistu. Uudet antikoagulantit tarjoavat työikäisille myös mukavuushyötyä vähäisten seurantakäyntien vuoksi, mutta iäkkäille ja monisairaille INR-seurantaan liittyvät säännölliset terveydenhuollon kontaktit voivat olla hyödyllisiä. On myös todettu, että uudet antikoagulantit aiheuttavat vähemmän kallonsisäisiä vuotoja kuin varfariini, mutta niitäkään ei pidä käyttää potilailla, joilla vuotovaara on suurempi

kuin tukosvaara. Hoitomyönteisyys tulee aina varmistaa ennen lääkityksen aloittamista, ja koska uusia antikoagulantteja ei ole vertailtu keskenään ei valintaan niiden välillä voida tässä vaiheessa ottaa kantaa kliinisten kokemusten ollessa rajallisia. (Askonen 2010, 27.)

Lähitulevaisuudessa useimpia eteisvärinäpotilaita tullaan todennäköisesti uusista ja helppokäyttöisistä antitromboottisista lääkkeistä huolimatta hoitamaan kuitenkin varfariinilla kustannussyistä. Varfariinihoito on myös kehittynyt ja se on monelle potilaalle turvallista, tehokasta ja edullista. (Soininen 2012.) Puhakka (2011 7, 33) toteaa, että omahoitoon soveltuvat asiakkaat, joilla on hyvä hoitotasapaino ja -myönteisyys. Potilaalla tulee siis olla tieto, taito ja tahto itsehoitoon.

3.6 INR-hoitajavastaanottotoiminta ja vieritestaus

INR-hoitajavastaanottotoiminnasta löytyy melko vähän tutkittua tietoa Suomessa ja usein samasta asiasta puhuttaessa käytetään nimitystä INR-hoitaja tai Marevanhoitaja. INR-hoitaja toimii asiantuntijana työyksikössään.

Prosessilähtöisessä toiminnassa on palvelujen saajan näkökulmasta ensiarvoisen tärkeää, asiantuntijoiden oikea osaaminen ja kohdentuminen (Tanttu 2007, 78).

International Council of Nursesin (ICN) mukaan hoitotyön asiantuntija on rekisteröity sairaanhoitaja, jolla on vaadittava erityisosaaminen, kyky monimutkaiseen ja vaativaan päätöksentekoon ja kliininen pätevyys laajennetulle työnkuvalle ja jota muovaavat asiayhteydet sekä maa, jossa henkilöllä on lupa työskennellä (Leppänen & Puupponen 2009, 6).

Helsingin kaupungin kotihoidossa oli aloitettu Marevanhoitajaprojekti vuonna 2005 ja siihen osallistuivat kotihoidon lääkärit, hoitajat, kotihoidonpäälliköt ja lähipalvelualueiden esimiehet. Projektin tavoitteena oli varfariinia tarvitsevien asiakkaiden varfariinihoidon tehostaminen. Projekti aloitettiin myös siksi, että varfariinien konsultaatiot veivät paljon kotihoidon lääkäreiden työaika ja hoitajien oli vaikea tavoittaa lääkäreitä, jos INR-tuloksen vuoksi piti varfariiniannokseen tehdä muutos. (Tikkanen 2005, 1.) Marevanhoitajan tuella pystyttiin

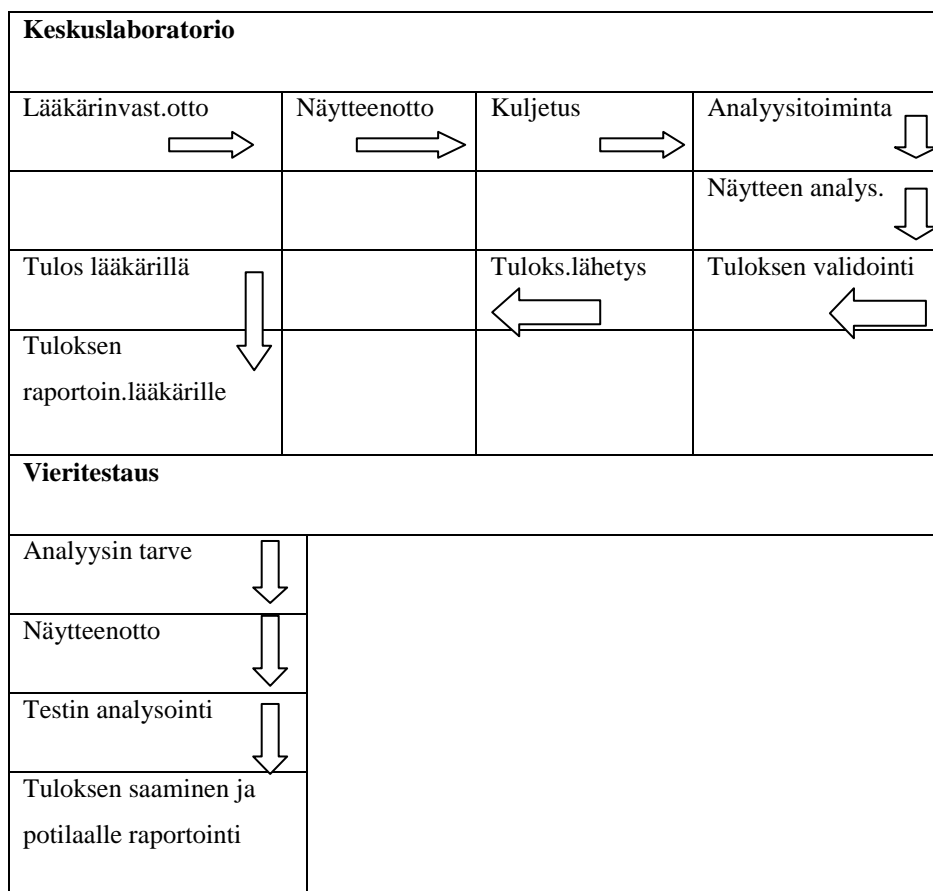
myös aiempaa paremmin hoitamaan varfariini-lääkitystä saavien potilaiden hoitoon liittyvät epästabiliitit tilanteet (Haavisto, Heikkinen & Kerosuo 2009, 14).

Lain mukaan hoitajavastaanotolla tarkoitetaan riittävän terveydenhuollon kokemuksen ja koulutuksen omaavan henkilön pitämää omaa potilasvastaanottoa, jossa hoitaja itsenäisesti vastaa potilaan hoidosta ennalta sovitun työnjaon mukaisesti, mutta on huomioitava että hoitavalla lääkäriellä on aina vastuu potilaan hoidosta (Nyman 2011, 11). Terveystieteiden työnjaollisessa asiantuntijatyössä eri asiantuntijoiden tekemiset ovat riippuvaisia toisistaan, eikä ole mahdollista että kukin asiantuntija voisi löytää uusia toimintamalleja. Asiantuntijuus ei ole pelkästään yksilön ominaisuus vaan yhteisön kyky kehittää ja toteuttaa toimintaa. (Tanttu 2007, 84.) Asiantuntijaorganisaatiossa valta ei ole perinteisen hierarjaisen organisaation tapaan organisaation ylimmillä tasoilla, vaan pitkälti työtä suorittavilla asiantuntijoilla etenkin työn toteuttamisen suhteen. Työn koordinointi perustuu heillä olevaan osaamiseen ja kollegiaalisuuteen sekä omaan ammattietiikkaan ja normijärjestelmään muun muassa laadukkaasti tehdystä työstä. (Kivinen 2008, 82.)

Vieritutkimus on laboratoriotutkimus, joka on sairauksien diagnostiikkaan tai hoidon seurantaan tarkoitettu tutkimus. Se tehdään potilaan vieressä tai lähellä, kuitenkin tavanomaisen laboratorioympäristön ulkopuolella ja muun kuin laboratorioalan ammattihenkilöstön tai potilaan itsensä suorittamana. (Linko, 2009, 8.) Vieritestien ja niiden käytön tavoitteena on pidetty potilaan hoidon etenemisen nopeutumista ja kaikkien osapuolten ajansäästöä sekä näiden kautta myös tavoitellaan tutkimus- ja hoitokustannusten alenemista (Turpeinen 2009,5). Toisaalta vieritestien hinta ei saisi olla tärkein peruste, vaan ensisijainen peruste tulisi olla potilaan saama lääketieteellinen hyöty, jota on vaikea arvioida (Liikanen 2003, 23).

Vieritestaukset ovat lisääntyneet, koska laboratoriotuotanto on keskittynyt suurempiin yksiköihin ja vieritestit ovat tulleet luotettaviksi. Lääkärien mukaan vieritestit auttavat hoitoon ohjauksessa ja hoitopäätöksen teossa. Asiakkaan kannalta taas etuina ovat hoidon laadun paraneminen ja hoidon nopeus. (Piilonen 2011, 19.) Vieritestitoiminnasta käytetään monenlaisia nimityksiä kuten

vieritestaus ja verianalytiikka. Englanninkielisiä ovat muu muassa point-of-care-testing, near-patient ja bedside. (Turpeinen 2009, 7-8.) Vieritestaukseen verrattuna laboratorioprosessi vaatii monta vaihetta ja toimintaa useammassa paikassa ennen kuin asiakkaan laboriorivastaus on lääkärin käytettävissä (kuvi 2). Pre- ja postanalyttiset sekä analyttiset vaiheet ovat yksinkertaisempia ja niitä on vähemmän vieritestausprosessissa kuin laboratorioprosessissa. Välivaiheiden vähenemisen aiheuttaa sen, että tulosten vastausajat lyhenevät ja potilaan hoitotoimenpiteet saadaan nopeammin eteenpäin. (Turpeinen 2009, 8-9.)



Kuvi 2. Laboratorioprosessi vs. vieritestausprosessi (Turpeinen 2009, 9.)

Vieritestin käyttäjän tulee tuntea testin käyttötarkoitus ja osata näytteenotto sekä tuntea näytteenottoon liittyvät virhelähteet. Käyttäjän tulee myös hallita testin suoritus ja pystyä tulkitsemaan tulos sekä siihen liittyvät rajoitukset. Laboratorion ammattilaiset perehdyttävät käyttäjät ja vieritestin toimittajat ovat apuna

koulutuksessa. Perehdyttäjän on hyvä muistaa, että laboratorion terminologia on vierasta, tarvitaan käytännön harjoittelua ja jos testiä joutuu tekemään harvoin voi ongelmana olla osaamisen ylläpitäminen. (Pohjola-Nylander 2009, 11.)

Hyvä hoito estää veritukoksia 60-80 prosentilla, kun taas heittelevä hoitotasapaino lisää veritukosten ja verenvuotojen vaaraa. Uudet seuranta- ja hoitomallit, kuten INR-vieritestaus voivat parantaa tuloksia. Vieritestaus on myös nopeaa ja joustavaa. INR-vieritestausmittari antaa heti tuloksen sormenpäähän verinäytteestä ja näin mittaus voidaan siirtää perehtyneen hoitajan vastaanotolle. Ensimmäisenä Suomessa vieritestausmittauksen aloitti Kemin terveyskeskus kahdeksan vuotta sitten. Lähes kaikkien kemiläisten Marevan[®] seuranta tapahtuu nykyään alkuvaiheen jälkeen hoitajan vierimittauksessa. Tulokset ovat hyviä ja potilaiden INR-arvot pysyvät hoitotasolla paremmin kuin perinteisessä hoidossa. Hoitaja voi pureutua hoidon epätasapainon syihin heti, muuttaa hoitoa tai ohjata potilasta. Potilaalle on myös vaivattomampaa, kun ei tarvitse käydä laboratoriossa ja tulosta ja annostusta ei tarvitse soittaa. (Peura 2012. 1.)

Englannin Birminghamin yliopistollisen sairaalan lääkäreiden tutkimuksen mukaan, vieritestaus antaa monenlaisia mahdollisuuksia sekä ensihoitoon että kohottaa selkeästi potilaan elämänlaatua, kun oraalinen antikoagulaattihoido saadaan parempaan hallintaan. Voidakseen minimoida kliiniset ongelmat vieritestauksessa tulee tehdä yhteistyötä laitevalmistajan, laboratorion ja lääkäreiden kanssa. Olennaista on myös noudattaa laadittua laadunvarmistus järjestelmää. (Fitzmaurice, McCahon & Murray 2004, 377-378.)

Vieritestauksen etuina he pitävät nopeaa tuloksen saamista ja potilaan nopeaa informointia lääkityksen annosteluohjeesta. Ennen tulokset postitettiin tai soitettiin puhelimitse, vieritestaus siis säästää myös aikaa. (Fitzmaurice ym. 2004, 127.) Tutkimus myös osoitti, että kun vieritestaus ja oraalisen antikoagulanttihoidon toteuttaminen voidaan ohjata hoitajille ja suorittaa tehokkaasti ja turvallisesti, jää lääkäreille aikaa keskittyä ongelmallisiin tapauksiin (Fitzmaurice ym. 2004, 374).

Englannissa on myös koulutusohjelmia potilaille, jotka haluavat itse vieritestata ja määrittää lääkityksensä. Koulutuksessa käydään läpi käytäntöä sekä teoreettisia

lähtökohtia kuten laadunvarmistusta. Saksassa noin 50 000 potilasta hallitsee vieritestauksen ja siihen on virallinen koulutusohjelma, joka on kansallisesti hyväksytty. Samankaltainen koulutus on Englannissa terveydenhuoltoalan ammattilaisille, jotka kouluttavat tietoa eteenpäin potilaille. (Fitzmaurice ym. 2004, 377.) Yhdysvalloissa alettiin julkaista vuonna 2012 lehteä nimeltä Point-of-Care, The Journal on Near-Patient Testing and Technology, joka osoittaa vieritestien lisääntyvää merkitystä (Liikanen 2003, 18).

Suomessa Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen asiantuntijalääkäri Jaana Puhakka (2011, 7-8, 39) on tehnyt antikoagulaatiohoidon käsikirjan, jossa hän toteaa, että kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaan sitoutuminen hoitoon paranee kun hänen omaa vastuutaan lisätään ja potilasta koulutetaan. Hän kertoo myös uudesta toimintamallista, jossa tarkistetaan resurssien jakautumista ja kohdennetaan koko henkilöstön osaaminen aiempaa paremmin. Mallissa jaetaan potilaat hoidon tarpeen ja hoitotasapainon mukaan kolmeen eri ryhmään. Nämä ryhmät ovat lääkärin hoidossa olevat potilaat, hoitajan seurannassa olevat potilaat ja omahoidossa olevat potilaat. Omahoitoon soveltuisivat ne potilaat joilla on hyvä hoitotasapaino ja hoitomyönteisyys. Edellytyksenä olisi antikoagulaatio-ajokortin suorittaminen ja osallistuminen omahoidon ryhmäopetukseen. Antikoagulaatio-ajokortin saa suorittamalla testin, jolla varmistetaan, että asiakas osaa annostella varfariini-annoksensa oikein. Kortti suoritetaan kolmen vuoden välein tai tarvittaessa. Tämä malli on hoidon työnjaonmalli, joka on hyvä esimerkki maailmanlaajuisesti toimivaksi havaitusta terveyshyötymallista (Cronic care model). Potilaan sujuvan ja terveyshyötyä tuottavan sekä organisaatioiden kannalta kustannusvaikuttavan hoidon avaimia ovat tiimityö, työnjako, yhtenäiset materiaalit ja ohjaukset sekä potilaiden omahoidon tukeminen monipuolisilla palveluilla.

Toiminnan tuloksellisuudesta organisaatiossa ei ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää, mutta sillä useimmiten tarkoitetaan kuitenkin ainakin toiminnan tehokkuutta, laatua, tuotoksia, vaikuttavuutta ja työntekijöiden suorituskyvystä eli henkisistä voimavaroista huolehtimista (Elo, Ervasti & Kuokkanen 2010, 10). Laboratoriopalvelujen ja vieritestaustoiminnan kustannusten vertailu oli hankalaa. Kun halutaan laskea uuden toimintamallin

kuntannuksia, tulee ensiksi selvittää, mitkä ovat ne arvot, joihin kustannuslaskelmat halutaan perustaa. Arvotetaanko kustannuksia myös muilla mittareilla vai huomioidaanko askelmissa vain todelliset kulut. Tulee myös selvittää lasketaanko kustannukset euroina tutkimusta kohden vai euroina potilasprosessia kohden. (Turpeinen 2009, 15.) Taloudellista etua vieritesteistä on, jos ne vähentävät lääkäripalvelujen käyttöä ja siten muita kustannuksia (Liikanen 2003, 23).

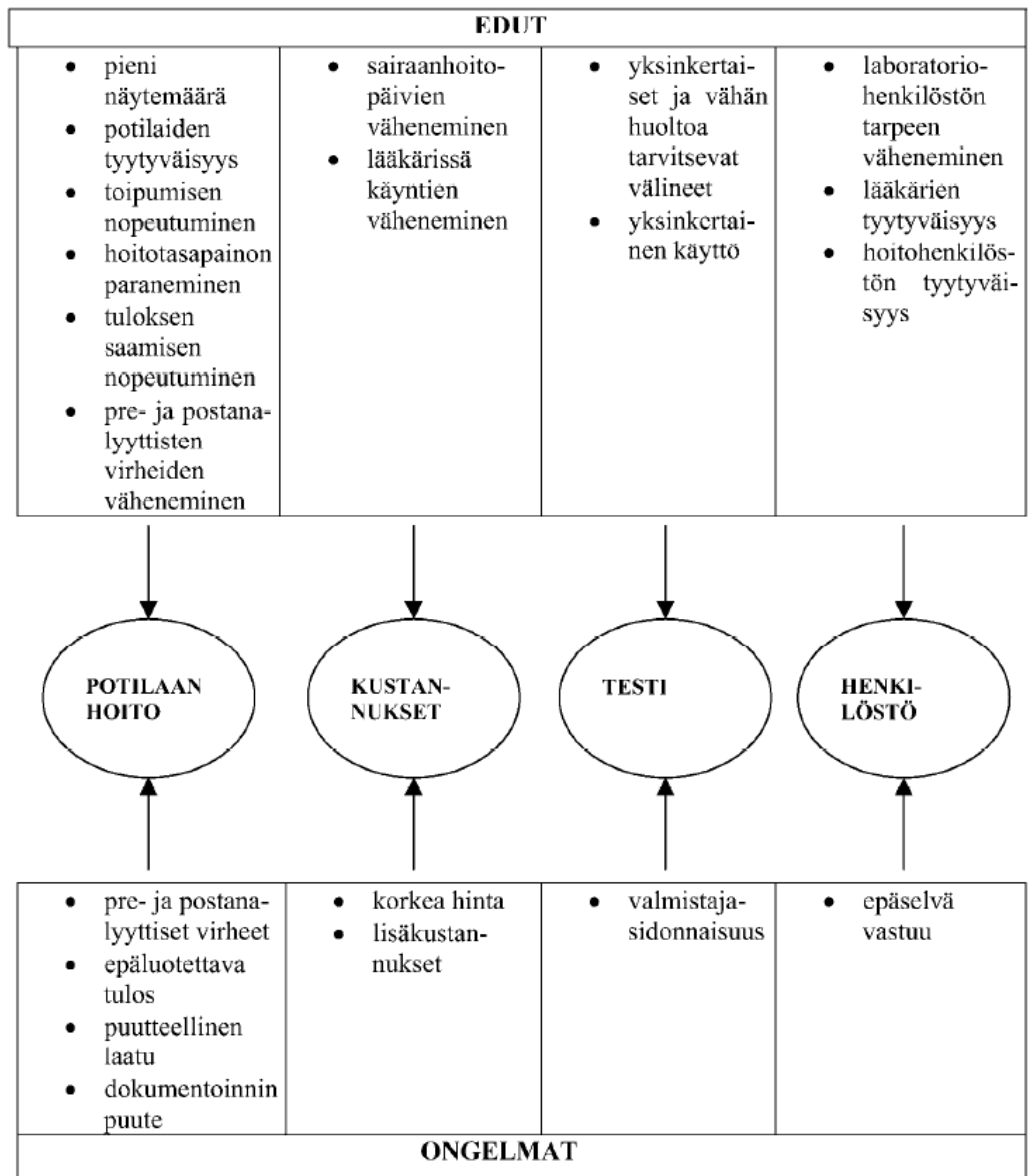
Suomessa ns. Kemin-mallissa oli otettu vuonna 2004 käyttöön INR-hoitaja vastaanotto. Hoitajan vastaanotolla otettiin sekä INR-arvo että muutettiin tarvittaessa lääkeannostusta samalla käyntikerralla. Mittareita käyttävä henkilökunta oli erikseen koulutettu mittareiden käyttöön ja antikoagulanttihoidon seurantaan. Uusi toimintamalli toi huomattavaa ajansäästöä ja tyytyväisyyttä sekä asiakkailta että hoitohenkilökunnalta. Seuraavassa taulukossa (taulukko 1) on esitetty kustannusvertailua vanhan ja uuden toimintamallin välillä. Uudessa toimintamallissa kustannussäästöjä tuli palkkakulujen pienenemisen myötä. (Turpeinen 2009, 16.)

Taulukko 1. Kemin kustannusvertailu INR -tutkimusten muuttamisesta vieritestaukseksi (Turpeinen 2009, 16).

Vanha käytäntö Kemistä	Kemin malli
Laboratoriokulut	Reagenssikulut
Lääkärin työpanos 30h/vk 40 000e	Hoitajan työpanos 37h/vk 20 000e
Vastaanottoapulaisen työpanos 15h/vk 10 000e	
Yhteensä 86 400e/vuosi	Yhteensä 62 700e/vuosi

Vieritestaukseen verrattuna laboratorioprosessi vaatii monta vaihetta ja toimintaa useammassa paikassa ennen kuin asiakkaan laboratoriovastaus on lääkärin käytettävänä. Pre- ja postanalyttiset sekä analyttiset vaiheet ovat yksinkertaisempia ja niitä on vähemmän vieritestausprosessissa kuin laboratorioprosessissa. Välivaiheiden vähenemisen aiheuttaa sen, että tulosten vastausajat lyhenevät ja potilaan hoitotoimenpiteet saadaan nopeammin eteenpäin. (Turpeinen 2009, 8-9.)

Vieritestaustoiminnan lähtötilanteessa tulisi ennen hankintapäätöstä selvittää eri vaihtoehtojen kliininen käyttöarvo, kustannukset ja toimivuus (kuvio 3). Laskettaessa kustannuksia tulee ottaa huomioon ainakin kokonaisuudessaan henkilöstökulut, tarvittavat reagenssi- ja muut tarvikekulut sekä mahdolliset laitehankintaan liittyvät kulut. Lisäksi tulee huomioida toimintaan kuuluvat laadunohjauksen kulut sekä tulosten dokumentointiin ja tietojenkäsittelyyn liittyvät kulut. (Turpeinen 2009, 16.) Vierianalytiikan käyttö voi vähentää myös muita kustannuksia, kuten potilaiden työaikamenetyksiä ja terveystalvelujen käyttöön liittyviä kustannuksia (Liikanen 2003, 23).



Kuvio 3. Vierianalytiikan edut ja ongelmat kirjallisuuden perusteella (Liikanen 2003, 25).

Alla olevassa kustannuslaskurissa (taulukko 2) on mitattu Asikkalan tilannetta uudessa ja aiemmin käytössä olleessa toimintamallissa. Uudessa mallissa on laskettu 1. ja 2. vuoden jälkeinen tilanne. Apuna on käytetty Coaguclinic-kustannuslaskuria ja annetut arvot ovat suuntaa antavia. Kustannuslaskurin tuloksesta voi todeta, että vieritestauksen käyttöönottovuonna kuluja on enemmän kuin toisena vuonna. Tähän vaikuttaa muun muassa rinnakkaisnäytteiden ottaminen ensimmäisenä vuonna ja INR-hoitajalla käyntien määrän väheneminen pidempien määrittysvälien vuoksi toisena vuonna.

Taulukko 2. Vertailu taloudellisuudesta Asikkalan avovastaanoton INR-hoitajatoiminnan osalta.

Coaguclinic-kustannuslaskuri			
Vuosi	Perinteinen malli	CoaguClinic, 1.vuosi	CoaguClinic, 2.vuosi
Potilasmäärät ja mittaukset			
asukasluku	8500	8500	8500
Marevan-potilaita (% väestöstä)	4.0	4.0	4.0
Marevan-potilaita (yhteensä)	340	340	340
INR-mittauksia/potilas/kk	1.5	1.5	1.0
INR-mittauksia/potilas/vuosi	18.0	18.0	12.0
INR-mittauksia/vuosi yhteensä	6120	6120	4080
Resurssien kulutus			
Hoitajien käyttämä aika/INR-mittaus (min)	14	10	10
Tuntipalkka €	28.0	28.0	28.0
Kokonaiskulu €	39984	28560	19040
Lääkärin käyttämä aika/INR-mittaus (min)	1.0	0.5	0.5
Tuntipalkka €	70.0	70.0	70.0
Kokonaiskulu €	14280	7140	4760
Lab.määr. hinta (sis näytteenoton) €	8.10	4.18	4.18
INR-määritykset yhteensä €	49572	25582	17054
Kokonaiskulu €	96 696 €	57 712 €	38 474 €
Säästö tk:lle		38 984 €	58 222 €

4 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHESTYMISTAPANA

4.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimus on väljä tutkimusstrateginen lähestymistapa, jolle ovat ominaisia käytännönläheisyys, muutosinterventio, reflektiivisyys ja ihmisten osallistuminen tutkimukseen. Toimintatutkimuksen lähtökohtina ovat käytännön ongelmat, joihin tutkija ja kohdeyhteisön jäsenet pyrkivät vastaamaan suunnittelemalla uusia menetelmiä ja kehittämällä jo käytössä olevia menetelmiä. (Salmela 2005, 32.) Siinä tutkitaan ihmisten toimintaa, eikä esimerkiksi koneen toimintaa ja tutkimus kohdistuu erityisesti sosiaaliseen toimintaan, joka pohjautuu vuorovaikutukseen (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2007, 16).

Toimintatutkimus kuuluu sosiaalitieteisiin ja on laadullisen tutkimusperinteen metodi. Niitä yhdistävät käytäntöihin suuntautuminen ja muutokseen pyrkiminen sekä jatkuva tutkimus- ja oppimisprosessi, jossa tutkija on mukana pitkään. Toimintatutkimukselle on ominaista, että tutkija osallistuu siihen itse olemalla joka konsultti tai muutosagentti. Tutkija on siis kiinteässä yhteistyössä organisaatioon ja on mukana muuttamassa sitä. (Järvinen-Hiekkänen 2011, 81.) Toimintatutkimusta ollaan tekemässä silloin, kun toimitaan yhteisössä, jossa yksilöt pohtivat ja kehittävät työtään, analysoivat, kuinka toiminta on historiallisesti kehkeytynyt nykyiselleen, kehittelevät vaihtoehtoja ongelmien ratkaisemiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi sekä tuottavat toiminnasta uutta tietoa (Heikkinen, Huttunen & Moilanen 1999, 25). Toimintatutkimuksessa tietoa tuotetaan käytännön parantamiseksi ja kehittämiseksi järkeä käyttämällä. Se on myös ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja sekä kokeillaan uusia toimintatapoja että kehitetään työtä. (Karjalainen 2011, 24.)

Toimintatutkimus tavoittelee käyttökelpoista tietoa ja käytännön tietoa. Siinä myös ajatellaan, että tavallisen ihmisen tieto on arvokasta, ja arkisesta toiminnasta syntyy tietoa kokonaisvaltaisesti. (Karjalainen 2011, 24.) Tavanomaista on tietynlainen konkreettisuus, sillä on olennaista löytää mahdollisuuksia muutosprosesseille. Tutkimuksiin sovellettavat teoriat, tutkimusaiheet ja

tutkimuksen kohteet ovat hyvin erilaisia. Toimintatutkimus kuvataan ”metodisesti kurittomana lähestymistapana” ja sen yhteydessä voidaan käyttää kaikkia mahdollisia tutkimusmenetelmiä. (Helmijoki 2011, 28.)

Tässä kehittämishankkeessa tutkimuksellisenä lähestymistapana on toimintatutkimus, joka on luonteeltaan kvalitatiivinen. Toimintatutkimus korostaa todellisuuden muuttamista osana tutkimusprosessia. Kysymys on toiminnan kehittämisestä ja sen samanaikaisesta seurannasta. Teoria ja käytäntö yhdistyvät, tiedontuotannon tavan ollessa prosessimainen. Toimintatutkimuksen kohde määrää tutkimushankkeen tuotoksen laajuuden, joka voi olla yhteiskunnallisesti merkittävä tai yksittäisiä oppijoita palveleva. Tavoitteena on käytännöllisen tiedon tuottaminen. (Toikko & Rantanen 2009, 29-30.)

Toimintatutkimus voidaan ymmärtää tutkimusteknologiana tai laajana moraalisenä tai eettisenä perusasenteena, joka pitää päämääränään ihmisen hyvän elämän edistämistä laajassa merkityksessä. Toimintatutkimus voidaan ymmärtää siis esimerkiksi työpaikan tehokkuutta ja tuloksellisuutta parantavaksi hankkeeksi. (Heikkinen ym 1999, 35.) Onnistunut toimintatutkimus merkitsee toimivampaa ja järkevämpää uutta käytäntöä. Tarkoituksena ei ole saada aikaan teorian ja empiiristen havaintojen yhteensopivuutta tai vastaavuutta, vaan kysytään auttoiko toimintatutkimus muuttamaan yhteisön toimintatapoja. (Karjalainen 2011, 25.)

4.1.1 Reflektiivisyys toimintatutkimuksessa

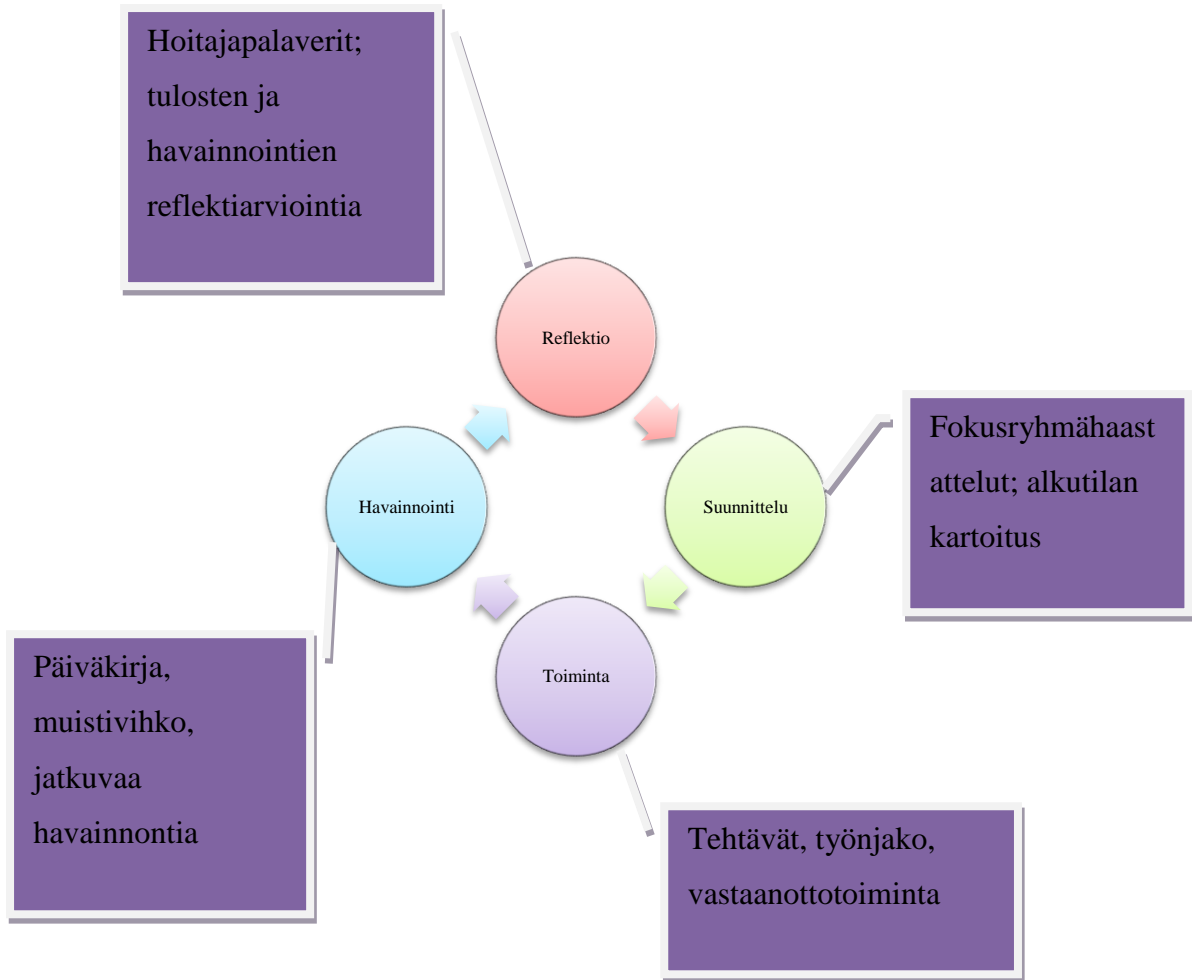
Kehittämisen prosessin eteneminen voidaan hahmottaa jatkuvana syklinä, jolloin puhutaan spiraalimaisesta mallista (Kuvio 4). Kehittämistoiminnan tehtävät muodostavat organisoinnin, toteutuksen ja arvioinnin kehän joka toteutetaan kerta toisensa jälkeen. Tulokset asetetaan uudelleen ja uudelleen arvioitaviksi. Kehittämistoiminta on jatkuva prosessi, joka ei johda ehdottomaan totuuteen, vaan jatkuvaan vuorovaikutukseen ja reflektiiviseen kehittämiseen. (Toikko ym. 2009. 66-67.) Toimintatutkimukselle ominainen jatkuvuus ja spiraalimainen kehittäminen voivat sisältyä yhteenkin sykliin, niinpä syklien määrä ei ole hyvä arviointikriteeri. Jo yksikin kokeilu saattaa tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, joka auttaa kehittämään käytänteitä. Tärkeämpää on toimintatutkimuksen perusidean,

suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutuminen. Tutkiva ote työhön on olennaista omaksua. (Heikkinen ym 2007, 82.)

Eräs keskeisin piirre toimintatutkimuksessa on pyrkimys reflektiiviseen ajatteluun ja sen avulla toiminnan parantamiseen. Reflektiivisellä ajattelulla ihminen tarkastelee omaa subjektiviteettiaan, omia ajatussisältöjään, kokemuksiaan ja itseään tajuavana ja kokevana olentona. (Heikkinen ym 1999, 36.) Heikkinen ym (2007, 35) toteaa, että toimintatutkimus mielletään itsereflektiiviseksi kehäksi, jolloin toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat toisiaan. Oman työn ja sen muutosmahdollisuuksien tutkiminen käy mahdolliseksi vasta, kun tuotetaan reflektio sitä kautta, että murretaan vanhat työn tekemisen rutiinit ja käytännöt (Kuula 1999, 219).

4.1.2 Toimintatutkijan rooli

Toimintatutkijan rooliin kuuluu toiminnan aktivoiminen ja pyrkimys kehittää sitä omalla panoksellaan. Toimintatutkija voi tulla myös yhteisön ulkopuolelta, jolloin hän ei jää ulkopuolisen tarkkailijan osaan, vaan osallistuu toimintaan. Hänen työajastaan kuluukin huomattava osa erilaisiin keskusteluihin ja kokouksiin, jossa toimintaa suunnitellaan ja arvioidaan. (Heikkinen ym 1999, 40.) Toimintatutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija, joka käynnistää muutoksen ja rohkaisee ihmisiä tarttumaan asioihin, jotta niitä voidaan kehittää heidän kannalta paremmiksi (Heikkinen ym. 2007, 19-20). Toimintatutkijaksi ei voi opiskella ainoastaan koulun penkillä, vaan ainakin yksi läpikäyty muutosprosessi on edellytys sille, että tutkijasta tulee toimintatutkija. Taidot saavutetaan vähitellen keräämällä paljon ja erilaisia kokemuksia kenttätyöstä ja tutkijalta edellytetään myös kykyä luoda hyvät suhteet tutkittaviin ihmisiin sekä perehtyneisyyttä tutkittavaan kohteeseen ja itse substanssiin. Onnistuneesti toimivan tutkijan edellytykseksi asetetaan pitkäjänteisesti toimiva tutkija, joka ihmisiin ja tutkittavaan tilanteeseen perehtyen rakentaa suhteen itsensä ja tutkittavien välille. (Kuula 1999, 144-146.)



Kuvio 4. Kehityshankkeen toimintatutkimussykli

4.2 Fokusryhmähaastattelu

Fokusryhmähaastattelu eli focus group on haastattelijan ylläpitämä ryhmäkeskustelu ja se on laadullinen tutkimusmenetelmä. Sen avulla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja vastaamaan kysymyksiin miksi, kuinka, mitä tai miten. Keskustelua käydään ennalta suunnitellun haastattelurungon pohjalta. Ryhmässä tulee olla 4-10 osanottajaa ja tavoitteena on saada esille erilaisia näkökulmia. Fokusryhmähaastattelussa haastattelijalla mahdollistuu erilaisten mielipiteiden ja käsitysten esittämisen. Haastattelun aineisto tallennetaan ja

kirjoitetaan tekstiksi eli litteroidaan sekä analysoidaan kuten muukin laadullinen aineisto. Tulokset esitetään teema-alueina, teoreettisena mallina tai suorina lainauksina. Fokusryhmähaastattelu kehitettiin 1920-luvulla markkinointitutkimuksen piirissä markkinointikampanjoiden arviointiin. Lääketieteessä sillä on muutama vakiintunut käyttöalue: ensiksi potilaiden näkökulman ja kokemusten ymmärtäminen ja toiseksi terveydenhuollon ammattilaisten ajattelutavan ja toiminnan tutkimus. Focus group haastatteluja käytetään myös tutkimuksissa, joiden avulla pyritään kehittämään palveluja sekä toimintaa. Suomessa sitä on käytetty muun muassa väestön terveystietoisyyden ja terveyttä edistävien hankkeiden arvioinnissa. (Kaila & Mäntyranta 2008,124.)

Focus group-haastattelua pidetään erityisen hyvänä tutkimusmenetelmänä kvalitatiivisessa tutkimuksessa, kun ollaan kiinnostuneita ryhmän mielipiteistä ja kulttuurisista jäsennyksistä. Etuina pidetään myös joustavuutta, nopeutta ja taloudellisuutta. (Sulanen 2010, 24-25.) Ryhmä antaa mahdollisuuden tuottaa tietoa ilmiöstä monipuolisemmin kuin yksilö haastattelu (Huotari 2009, 112).

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

5.1 Kehittämishankkeen eteneminen

Tämän kehittämishankkeen kehittämismenetelmänä oli toimintatutkimus, koska sen avulla kehitetään yhdessä henkilöstön kanssa työyhteisön toimintatapoja. Kehittämishanke eteni sykleittäin eli suunnittelusta toimintaan ja havainnoinnista reflektioon. Laboratorion kokouksessa syksyllä 2011 ehdotettiin uutta vieritestausmallia varfariinin määritykseen. Vieritestaus yleistyy myös perusterveydenhuollon yksiköissä ja toimintaa on korvattu terveystasemien omilla vieridiagnostiikkalaitteilla. Niiden avulla tuloksia voidaan hyödyntää parhaimmillaan heti potilaan hoidossa ja ne tehostavat potilaan hoitoa oikein käytettynä. (Väisänen 2011, 3.) Terveystasemien palveluilla tulisi saada aikaan myönteistä vaikuttavuutta palvelujen käyttäjille sekä yhteiskunnalle (Silvennoinen-Nuora 2010, 5). Samassa kokouksessa osastonhoitaja teki päätöksen lähteä pilotoimaan uutta toimintamallia varfariinin määrityksissä Asikkalan terveystaseman avovastaanotolle.

Helmikuun alussa Päijät-Hämeen keskussairaalan laboratorion lääkärin kävi laboratoriolääkäri ja bioanalytiikko kertomassa laitemittauksen periaatteista ja käytännöstä. Paikalla oli ohjeistusta kuulemassa Asikkalan avovastaanoton ylilääkäri, osastonhoitaja, laboratorion edustaja sekä neljä sairaanhoitajaa. Ensiksi keskusteltiin yleisesti INR-hoitajatoiminnan yleisyydestä muun muassa Kemissä, Oulussa, Sysmässä ja Turussa. Laboratoriolääkäri kertoi mittausohjeistuksista, joiden avulla vieritestauksesta tulee turvallista sekä potilaalle että hoitajalle. Luodaan esimerkiksi rajat INR-mittauksen tulokselle, joiden puitteissa hoitaja voi määrittää varfariiniannostuksen.

Työ oli vastuullista, koska tulokset tulkittiin itsenäisesti ja vieritestauksesta voi toteuttaa vain sairaanhoitajat. Vastuunsiirto lääkäreiltä hoitajille tehtiinkin kirjallisena hyväksymisenä ylilääkärin toimesta, kun hoitaja oli antanut näytön jo kokeneelle määrittäjälle. Uuden hoitajan oli käytävä INR-koulutus ja kun hän oli antanut 10 näyttömäärittystä, hän sai näin kirjallisen luvan määrittää varfariineja. Alussa oli mahdollisuus myös saada konsultaatioapua Päijät-Hämeen

keskussairaalasta lääkäreiltä ja laboratoriosta INR-hoitajavastaanoton käynnistämiseen. Todettiin myös, että näytteenoton virheetön suoritus oli tärkeää. Palaveria jatkettiin keskustelemalla siitä, millä indikaatiolla asiakkaat valikoituvat INR-hoitajan vastaanotolle. Laboratoriolääkäri Tommi Vaskivuo kertoi, että tuli tehdä vertailu soveltuuko vieritestauslaite potilaalle. Vertailu tehtiin niin, että kolmena ensimmäisenä kertana otettiin sekä suoniverinäyte että sormenpäätestaus. Kullakin kerralla otetussa näytteessä sai olla vain 0.5 ero toisiinsa nähden. Tavallisin vaihtelu näytteiden välillä kerrottiin kokemuksen pohjalta olevan ± 0.2 . Laitekohtainen potilastuloslomake saatiin tulosten kirjaamista varten Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän kliinisen kemian laboratoriosta (liite 2). Lisäksi tulee ottaa kontrollinäyte puolen vuoden välein jokaiselta asiakkaalta suoniverinäytteenä.

Uuden toimintamallin hyödyn perusteltiin tulevan siitä, että asiakas sai heti hoidettua asiansa, toteutui henkilökohtainen kontakti ja kontrolliväli pidentyi, koska mittauksen yhteydessä voi keskustella ruokatottumuksista sekä elämäntavoista. Näin päivittäinen kävijämäärä väheni ja käynnit myös halpenivat. Hyödyiksi sekä potilasturvallisuutta tukevaksi todettiin myös se, että tulokset siirtyivät heti Effika-tietojärjestelmään. Näin myös turha papereiden siirtely loppui ja potilasturvallisuus kohosi.

Laboratoriolääkäri ohjeisti myös jokaisen lukemaan menetelmäohjeet, suoritusohjeet ja kontrolliohjeet kirjallisena. Hän kertoi, että jokainen laite on testattu ja siitä on tehty raportti. Käyttöön tulevat mittarit vuokrataan Päijät-Hämeen Keskussairaalasta, jossa ne ovat testattu toimiviksi ja koneen antamaan INR-arvoon voi luottaa. Laaduntarkkailu tuli olemaan laboratorion tehtävä ja heihin otettiin herkästi yhteyttä mahdollisissa ongelmatapauksissa. Laboratorion tuki on vieritestaukselta tekeville terveysasemille tärkeää, koska markkinoilla oli laadullisesti monentasoisia laitteita, joiden suorituskyvyssä voi olla suuriakin eroja. Vieritestauksen hallittu käyttöönotto yhdessä laboratorion kanssa helpottaa hoitoyksikön toimintaa. (Väisänen 2011, 3.) Potilasturvallisuutta tuki myös se, että tulokset siirtyivät heti tietojärjestelmä Efficaan, eikä papereiden siirtelyä ollut. Laaduntarkkailu oli laboratorion tehtävä ja siihen tuli helposti ottaa yhteyttä. Siksi myös jokaisella potilaalla tuli olla laitekohtainen potilastuloslomake, johon oli

merkittu kolme suoniverinäytetelosta ja sormenpäätestaustulosta. Palaverin lopuksi todettiin vielä, että näytteenottokoulutus oli tärkeä ja siinä tuli suorittaa luvat laitteen käytön hallitsemiseen sekä mainittiin erikseen perehdytyksen tärkeydestä.

Uuden toimintamallin prosessi jatkui sillä, että huhtikuussa 2012 saimme Päijät-Hämeen keskussairaalan laboratorion hoitajan tuomana vieritestausr laitteen Asikkalan terveysaseman avovastaanotolle. Hän myös näytti tutkimusentekijälle ja Asikkalan laboratorionhoitajille laitteen käytön. Pääsimme myös esitestaaman näytteenottoa toisiltamme. Huhtikuussa ja toukokuussa laboratorionhoitaja jatkoi rinnakkaisnäytteiden ottoa yli kolmeltakymmeneltä asiakkaalta.

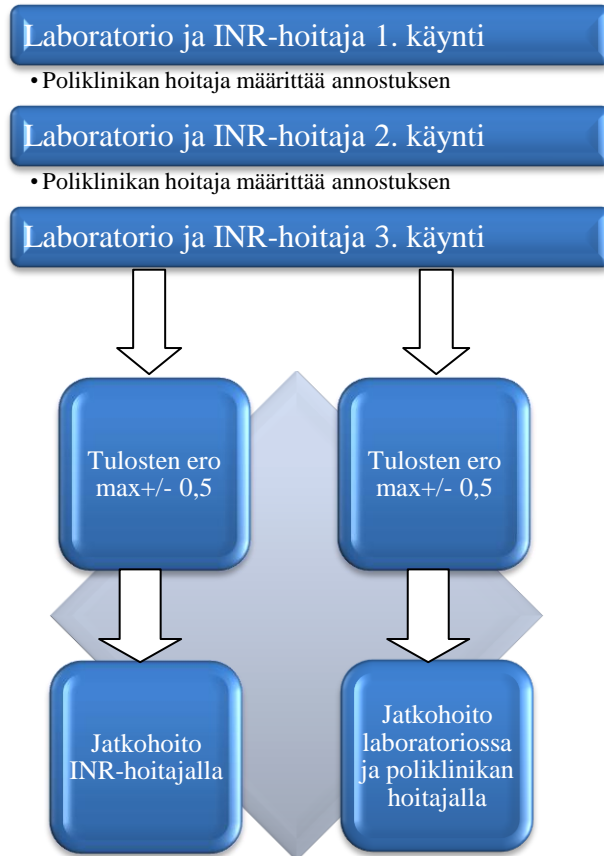
Elokuussa oli sovittu laitekoulutus Rochen aluepäällikön toteuttamana. Samassa yhteydessä sairaanhoitajat allekirjoittivat lomakkeen, jolla todistetaan, että kyseinen hoitaja on käynyt koulutuksen. Jokainen sairaanhoitaja antoi näytön laitteen käytöstä ja sai näin henkilökohtaisen luvan laitteen käyttämiseen. Myös laboratorion hoitaja oli koulutautunut laitteen käyttäjäksi. Kyseisessä koulutuksessa käytiin läpi ensin hyötyjä, joita pikamittarilla oli saavutettu muissa yksiköissä. Näitä olivat muun muassa potilaiden INR-arvojen parempi hoitoalueen saavuttaminen, vähemmän ilmeneviä komplikaatioita, elämänlaadun paraneminen, kustannuksia ja työtä säästyy sekä saadaan akuuttitilanteessa nopeasti tietoa INR-arvosta. Keskusteltiin myös myönteisistä kokemuksista, joita kotisairaanhoidosta ja INR-poliklinikoilta oli saatu. Näistä esiin nousivat ajansäästö, puhelinruuhkien väheneminen, asiakastyytyväisyys ja parantuneet hoitotasapainot sekä työnsä mielekkäämmäksi ja vastuullisemmaksi kokevat hoitajat.

Mittarin ominaispiirteitä käytiin myös läpi kuten kosketusnäyttö, pieni koko, tiedonsiirto, tulostuoli ja helppokäyttöisyys. Tärkeää oli puhua myös testiliuskan ominaisuuksista, kuten säilytyslämpötilasta ja annostelusta liuskalle. Itse näytteenotto käytiin tarkasti läpi. Ensin puhuttiin käsien lämmittämisestä esimerkiksi lämpimällä vedellä ja kevyestä hieromisesta. Iho tuli myös kuivata hyvin, ettei pisara leviä. Opeteltiin mahdolliset ihopistokohdat ja oikea ote sormesta riittävän veripisaran turvaamiseksi ilman tarpeetonta sormen

puristamista. Näin estetään liiallisen kudosnesteen osuus veripisarassa. Näytteenä tuli käyttää ensimmäinen veripisara ja se tuli saada viidentoistasekunnin aikana liuskalle piston jälkeen.

Puhuttiin myös mahdollisista virhekoodeista ja niiden tarkoituksesta sekä laadunohjauksesta, josta jo PHKS:n laboratorion henkilökunta oli puhunut kuten rinnakkaismääritykset. Uusina asioina nousi esiin vastuuhoitajien nimeäminen ja kuka hoitaa uusien hoitajien laitteen perehdytyksen. Elokuun lopussa Peruspalvelukeskus Oiva osti uuden antikoagulanttisivun Efficatietojärjestelmään, johon siirtyy automaattisesti INR-vieritestauslaitteella otetut tulokset.

Syyskuun puolessavälissä pidettiin palaveri käytännön asioista uuden toimintamallin aloituksesta. Palaveriin osallistuivat osastonhoitaja, sairaanhoitaja sekä kehittämishankkeen tekijä. Palaverissa sovittiin INR-hoitajatoiminnan aloituspäivä, keskusteltiin valmiina olevista rinnakkaisnäytteiden määrästä, toimintaperiaatteista kuten lääkärin osuudesta INR-arvojen ollessa poikkeavia, diagnooseista ja hoitopolusta, joilla valikoituu INR-hoitajan vastaanotolle, tarvittavasta välineistöstä sekä tilasta, jossa vastaanottoa toteutetaan. Toiminnalle annettiin myös nimi, joka parhaiten kuvaa hoitajan pitämää vastaanottoa eli INR-hoitajatoiminta. Lopuksi todettiin kaiken olevan valmista toiminnan aloittamiseksi lokakuun alussa. Kuviossa 5 on kuvattu asiakkaan hoitopolku, jolla hän valikoituu INR-hoitajatoimintaan. Asiakkaan tulee ensiksi käydä kolme eri kertaa sekä laboratoriossa suoniverinäytteessä että vieritestauksessa INR-hoitajalla. INR-tulosten poiketessa alle 0,5 yksikköä toisistaan, asiakas pääsee mukaan INR-hoitajatoimintaan, kun taas tulosten poiketessa toisistaan yli 0,5 hän jatkaa poliklinikalla aikaisemmin toimineella mallilla.



Kuvio 5. INR-hoitajatoimintaan asiakkaaksi valikoituminen.

Asikkalan terveysaseman hoitohenkilökunnalla oli jo tehtävänsiirto varfariinin määrityksestä ja uudet työntekijät koulutettiin siihen. Suunnitelmana oli, että terveysaseman poliklinikalta koulutetaan kaikki tehtävänsiirron saaneet sairaanhoitajat uuden INR- mittaussäätimen käyttöön. Pehdytys ja näytteenotto-koulutus tuli olla riittävän laaja, jotta henkilökunta osaa käyttää vieritetaussäätintä turvallisesti. Tämä toteutui, kun toimittajan laitekouluttaja antoi koulutuksen.

Kehittämishanketta kokonaisuudessaan seurattiin ohjaajien tapaamisilla ja uutta toimintamallia toteuttavien sairaanhoitajien palaverilla, joissa keskusteltiin hankkeen sujuvuudesta ja mahdollisista muutoksista tai kehittämisideoista kohti parempaa toimintamallia. Palaverikäytäntöä toteutettiin kerran kahdessa viikossa. Kaikki esille nousevat asiat kirjattiin ylös palaverissa. Käytössä oli myös vihko hoitajia, lääkäreitä ja laboratoriota varten, johon saattoi kirjata mieleen tulevia asioita päivittäin. Lisäksi kehittämishankkeen tekijä piti tutkimuspäiväkirjaa, josta

voi seurata prosessin kulkua. Hoitajat käyttivät Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen antamia ohjeita varfariinin käytöstä ohjauksen tukena ja potilaille jaettiin Suomen Sydänliitto ry:n ohjekirjaa nimeltä Marevan-hoito (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014d). Fokusryhmähaastattelussa edetään ennalta valittujen aihepiirien eli teema-alueiden mukaan (liite 3). Tutkimuksen tutkija tekee haastattelurungon kenttätyössä keskeisiksi aiheiksi toteamistaan teemoista (Heikkinen ym 2007, 110). Koska tutkimuksen tekijä toimii mukana hankkeessa, myös oma kokemus on osa aineistoa. Tutkimus oli kvalitatiivinen, ja kysymykset pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeiksi ja etenemään teemoittain. Anonyymisyys säilyi kehittämishankkeen ajan sekä valmiissa loppuraportissa.

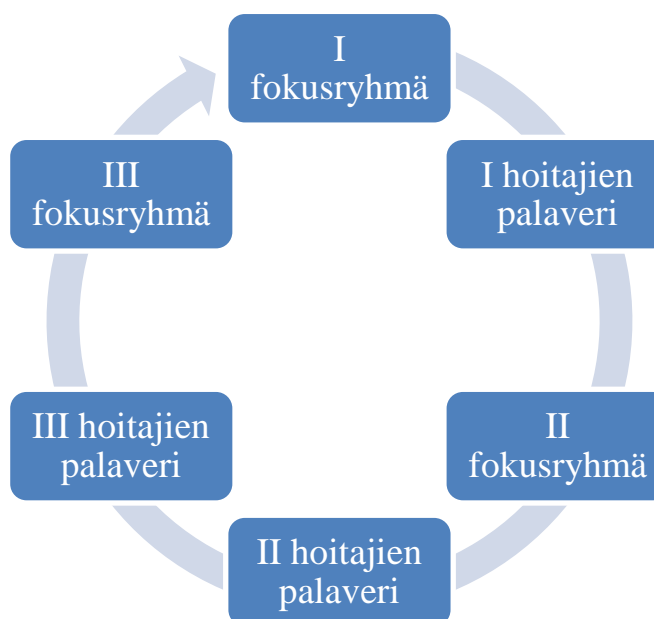
Hankkeen arviointi keskittyi lähinnä kolmeen fokusryhmähaastatteluun ja siitä saatuun materiaaliin sekä hoitajien palaveriin. Pääpaino arvioinnissa on, saavutetaanko asetetut tavoitteet ja voidaanko vieritestausta toteuttaa myös muissa avohoidon yksiköissä. Kehittämishankkeessa raportoidaan ensimmäisen syklin. Tutkitaan myös onko kehittäjä saanut tuloksia joita mahdollisesti odotti, onko uusi käytänne toimiva ja onko kehittämishanke vastannut odotuksia. Tämä kehittämishanke on Peruspalvelukeskus Oivassa pilottihanke ja vasta sen valmistuttua voidaan arvioida, voiko sitä toteuttaa muissa avosairaanhoidon yksiköissä. Tämä kehittämishanke ajoittuu syksystä 2011 syksyyn 2013 Peruspalvelukeskus Oivassa Asikkalan avovastaanotolla (liite 4). Hanke jakautuu kolmeen eri fokusryhmähaastatteluun ja sairaanhoitajien palaveriin yhteistyössä sairaanhoitajien, lääkäreiden ja laboratoriohoitajien kanssa.

5.2 Hoitajien palaverit ja fokusryhmähaastattelut

Esittelen tässä luvussa kolmen eri fokusryhmähaastattelun tulokset sekä kolmessa eri hoitajien palaverissa käytyjä keskusteluja. Käytin työssäni sisällönanalyysia, koska sillä kuvataan dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sisällönanalyysillä pyritään myös järjestämään aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon. Sisällönanalyysi on systemaattinen työskentelytapa, joka antaa mahdollisuuden esittää alkuperäisaineiston piirteet ja kirjoittaa auki eri analyysin vaiheet sekä kuvata litteroitujen haastattelujen aineisto sanallisesti. Menetelmällä pyritään järjestämään tutkimusaineisto johtopäätösten tekoa varten. (Huttunen 2011, 45.)

Aineistolähtöisen analyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen ja pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. Toisessa vaiheessa analyysissä on ryhmittely, johon liittyy aineiston käsitteellistämistä. Kolmannessa vaiheessa samansisältöisiä luokkia yhdistetään, jolloin saadaan yläluokkia. (Happonen 2006, 43.) Sairaanhoidajille, lääkäreille ja laboratorion hoitajille tehdyt fokusryhmähaastattelut tallennettiin ja kirjoitettiin tekstiksi eli litteroitiin. Litteroitua aineistoa kertyi 10 sivua ja litteroinnin jälkeen äänitiedostot hävitettiin. Anonymiteetti on huomioitu tutkimushanketta kirjoitettaessa siten, että fokusryhmään osallistuvien nimet eivät tule esiin kehittämishankkeessa. Tässä työssä litteroidusta tekstistä nousi selkeät alaluokat jotka johtivat yläluokkaan ja johtopäätökseen. (Liite 5) Teemahaastattelussa käytettyjen teemojen pohjalta saadusta aineistosta nousi esiin selkeästi yhtenevät johtopäätökset.

Hoitajien palavereihin osallistui uutta toimintannollia toteuttavia sairaanhoitajia ja fokusryhmiin sekä laboratorion, lääkäreiden että sairaanhoitajien edustajia. Tulokset on ryhmitelty samassa järjestyksessä kuin ajallisesti ne toteutuivat ja ovat loogisessa järjestyksessä esittää. Seuraavassa kuviossa (kuvio 6) kuvataan prosessin kulkua INR-hoitaja toimintamallin aloitettua toimintansa.



Kuvio 6. Kehittämisen vaiheet INR-hoitajatoimintamallissa.

Ensimmäinen fokusryhmähaastattelu pidettiin samalla viikolla kuin uusi toimintamalli käynnistyi. Lähtötilannetta analysoitaessa ensimmäinen teema-alue, josta keskusteltiin, oli aiemmin käytössä ollut toimintamalli. Tarkoituksena oli keskustella sen hyödyistä, heikkouksista ja työllistäväydestä. Ryhmään osallistui lääkäri, laboratorionhoitaja sekä sairaanhoitajia eli yhteensä viisi poliklinikan työntekijää ja keskustelu kesti noin 15 minuuttia. Nauhoitin keskustelun itse sanelukoneelle ja puhtaaksikirjoituksen teki konekirjoittaja.

Keskustelun alussa nousi esiin ensiksi vanhan toimintamallin heikkoudet. Sen todettiin työllistävän paljon hoitajia ja laboratoriota, mutta ei lääkäreitä. Lääkäreihin oltiin yhteydessä vain, jos INR-arvossa oli niin suuri poikkeama, että se tarvitsi lääkärin määritystä. Näin aikaisemmin käytössä ollut malli ei työllistänyt paljoa lääkäreitä.

Oli ok, että hoitaja konsultoi tarvittaessa.

Muuten todettiin ennen käytössä olleen mallin työllistävä paljon. Iltapäivisin jouduttiin soittamaan paljon ja INR-arvojen tuloksia jouduttiin odottamaan jopa yli kello neljäntoista, jolloin asiakkaalle soittamiseen jäi vain kaksi tuntia. Jos arvo oli pahasti yli viitearvojen, jouduttiin vielä odottamaan lääkärin määritystä ja sen jälkeen saattoi olla jo kiire soittaa asiakkaalle. Myös henkilökunnan vähyden koettiin hankaloittavan tehtävän suorittamista.

Sit saattoi mennä vielä aikaa et lääkäri katto ne ja siinä saattoi tulla hätä jo kun kello lähestyi neljää että saako soitettua. Ja sit jos oli vähän henkilökuntaa niin sit sekin vaikutti että työllisti paljon sitten niitä hoitajia jotka oli soitellut näitä ja määritellyt.

Heikkoudeksi koettiin myös se, että unohdettiin merkitä antikolehdelle A-kirjain, joka osoitti muille, että oli käsittelemässä asiakkaan INR-tietoja. Näin useampi hoitaja saattoi tehdä samalle asiakkaalle määritystä ja yrittää soittaa hänelle.

Ja varmaan just se, että saattoi unohtaa laittaa se A sinne niin moni täpittää sitten sille samalle ihmiselle yhtä aikaa. Se on kanssa heikkoutta.

Vanhan toimintamallin heikkoudeksi todettiin myös se, että asiakasta ei aina saatu kiinni ja jouduttiin siksi soittamaan useasti samalle henkilölle.

Ja asiakkaat ei sitten aina ollut paikalla, ei vastannut, olivat jossain kaupassa ja joutui monesti soittamaan.

Laboratorion toiminnassa esiin nousi keskustelussa käytännön toimet, jotka liittyivät jokapäiväiseen toimintaan. Laboratoriosta jouduttiin toimittamaan joka päivä hoitoyksikölle paperillinen seurantalista kello yksitoista, joka oli tilanteen mukainen. Eli siinä näkyi sen päivän INR-kokeessa kävijät. Hoitajat joutuivat siirtämään yksitellen asiakkaat omalle listalleen Effica-tietojärjestelmään. Tämä koettiin aikaa vievänä ja vaivaloisena tapana. Vanhassa mallissa heikkoutena oli myös laboratoriossa kävijöiden runsas määrä.

Osa kävi melkoisen tiheästi, reilu 20 kävijää päivässä.

Seuraavaksi keskusteltiin potilasturvallisuuden merkityksestä INR-hoidossa. Potilasturvallisuuden merkitys oli kaikkien mielestä suuri. Siihen koettiin voivan vaikuttaa tarkkuudella ja potilaita valistamalla. Hoitajien todettiin tehneen työnsä hyvin. Ongelmaksi koettiin tuloksen viive, koska näyte lähetettiin PHKS:n laboratorioon ja tulos tuli aikaisintaan noin kello kolmetoista. Jos tulos oli todella poikkeava, ei asiakasta välttämättä saada kiinni tai tieto ei kulje. Turvallisuutta koettiin heikentävän se, että asiakasta ei kohdattu henkilökohtaisesti.

Sen takia tähän uuteen ajateltiinkin lähteä, kun välttämättä asiakkaat ei aina kuule oikein tai vahingossa merkkää väärin tai hoitaja ei pysty sitä niin kuin todentamaan, että asiakas on kuullut oikein tai ymmärtänyt oikein.

Oli myös asiakkaita, jotka jättivät varfariini-korttinsa hoitajien kansliaan ja hakivat määrityksen vasta seuraavana päivänä. Jos tulos oli pahasti viitearvojen ulkopuolella, ei asiakasta välttämättä saatu kiinni ja tieto ei näin kulkenut. Oli myös huomattu, että vaikka asiakas puhelimesta toisti mitä oli kirjoittanut, hän saattoi silti syödä lääkettä väärin.

Se heikensi sitä turvallisuutta ja siihen oli vaikea tietysti

vaikuttaa, että jotkut asiakkaat toi sen Marevan-kortin tänne ja haki seuraavana päivänä. Tietysti jos sanoo asiakkaalle että sanotko mitä sinne kirjoitit, mutta silti ne oli syönyt välillä väärin.

Focusryhmähaastattelun loppupuolella keskusteltiin yhteistyöstä lääkärin, laboratorion ja hoitajien välillä Asikkalan avovastaanotolla varfariinin määrittämisessä. Yhteistyön koettiin toimineen hyvin ja aina olleen toimivaa. Osapuolet kuuntelivat toisiaan ja antoivat neuvoja ja ohjeita tarvittaessa.

Se on ollut aina toimivaa täällä... ja toivottavasti jatkossakin toimii.

Uuden toimintamallin odotuksista puhuttiin viimeisenä teema-aiheena. Eniten odotuksia kohdistui toimivuuteen ja turvallisuuteen. Myös uuden antiko-lomakkeen toivottiin olevan toimivampi.

Toimivuutta, toimivuutta. Sitä että ne turhat soittamiset jäis. Ja turvallisempaa. Ja sitten ei ole monta puhelinta kiinni siinä soittamisessa siellä iltapäivällä ja ehkä sekin että ne potilaat kokee että niitä hoidetaan paremmin kun ne on siinä henkilökohtaisesti ja saa kirjallisena ja suullisesti vielä ne ohjeet.

Keskustelua herätti ajatus, että potilaat haluavat samalla muitakin palveluja, kuten ajan varausta ja puhua muistakin terveyteensä liittyvistä asioista. Silloin toisten ajat myöhästyvät ja tulee ruuhkaa. Todettiin, että tulee tehdä heti selväksi, että muut asiat hoidetaan ajanvarauksessa tai hoitajien kansliassa.

Niin, niin, että nyt vaan tämä asia ja muita aikoja sitten hoitajille.

Myös alun käyntiin lähteminen mietitytti. Todettiin, että laitevalmistajalta saatiin kyllä kiitettävästi tietoa ja uskottiin, että alkuvaiheen vieritestaukset sujuvat jouhevasti. Laboratoriokäyntien toivottiin vähenevän tuntuvasti ja uskottiin, että asiakkaan kannalta olisi hyvä, että INR-hoitaja ei vaihtuisi koko ajan.

Sit varmaan ku on lähteny kunnolla käyntiin niin tää on tosi toimiva, mutta tota harjoitus tekee mestarin. Asiakkaille varmaan mielekkäämpää ja turvallisempaa ja hoitajillekin mielekkäämpää.

Ensimmäinen hoitajien palaveri pidettiin, kun INR-hoitaja toimintamalli oli ollut käytössä noin kaksi viikkoa. Palaveriin osallistui sairaanhoitajat, jotka oli nimetty INR—hoitajiksi ja jotka pitivät toimintaa yllä, heitä oli kolme sairaanhoitajaa. Palaverissa keskusteltiin vieritestauslaitteen kanssa olleista ongelmista, koska mittauslaitteesta ei siirtynyt tulos antiko-lehdelle, vaikka mittari asetettiin telakalle. Lopulta oli selvinnyt, että Päijät-Hämeen keskussairaalan laboratoriossa oli ollut tarvittava asetus laittamatta päälle. Asennuksen jälkeen tulokset siirtyivät antiko-lehdelle muutamassa minuutissa. Myös tämän jälkeen oli satunnaisia siirtymisongelmia, mutta ne poistuivat, kun laitteet otettiin irti virtakytkennoistä ja asennettiin uudelleen.

Alussa ei joka päivä ollut mahdollista saada hoitajaa rinnakkaisnäytteitä ottamaan, joten informointi tehtiin suullisesti laboratoriossa ja ohjattiin asiakas sitten vieritestaukseen. Informointia jatkettiin rinnakkaisnäytteitä otettaessa. Se oli hoitajien mielestä ollut riittävää myös asiakkailta tulleen palautteen pohjalta. Koska vieritestauksia oli tehty jo huhtikuussa 2012 laboratorion toimesta, saatiin ensimmäinen hoitajien tekemä vieritestausmääritys tehtyä 15.10.2012. Hoitajien palautteen mukaan ensimmäisellä viikolla kävi keskimäärin 17 asiakasta päivässä ja se oli helposti toteutettavissa. Määritystä ei vielä tehty, joten siihen ei tarvinnut varata aikaa. Nopeasti alkoi olla kuitenkin asiakkaita, joilla oli jo kolme sopivaa rinnakkaismääritystä ja alettiin antaa aikoja vain INR-hoitajalle. Hoitajat kokivat vastaanoton pitämistä mielekkäänä ja asiakkailta saatu palaute oli positiivista ja he olivat kiinnostuneita.

Palaverissa keskusteltiin myös asiakkaiden antaman palautteen laadusta ja määrästä. Koska se oli positiivista ja innostavaa, vaikutti se myös hoitajien työmotivaatioon ja hyvinvointiin positiivisesti. Hoitajat kokivat tekevänsä tarpeellista ja hyvää hoitotyötä. Yleinen palaute oli, että asiakkaat halusivat mukaan uuteen toimintamalliin ja pelkäsivät rinnakkaisnäytteiden tuloksien

olevan asetetun 0,5 rajan ulkopuolella. Koska alkoi olla useampia asiakkaita, joilla oli kaksi miltei samaa arvoa suoniverinäytteen ja kolmas juuri raja-arvon ulkopuolella, päätettiin yhteistyössä laboratorion kanssa ottaa näiltä asiakkailta vielä neljäs rinnakkaisnäyte. Jos neljäs tulos oli viitearvossa, pääsi asiakas mukaan vieritestaukseen.

Toinen fokusryhmähaastattelu pidettiin kun INR-hoitaja toimintamalli oli ollut käytössä reilun kuukauden. Tarkoituksena oli keskustella uuden toimintamallin aloituksen tuomista haasteista, kuten yhteistyö hoitajien, laboratorion ja lääkärien välillä tiedon kulkemisen osalta sekä asiakkaiden huomioimisesta ja työjärjestelyistä. Ryhmään osallistui lääkäreiden, laboratorion ja sairaanhoitajien edustajat, joita oli 5 henkilöä. Osaan kysymyksistä vastattiin kirjallisesti poliklinikan kiireellisen aikataulun vuoksi. Nauhoitin keskustelun sanelukoneella itse ja myös puhtaaksikirjoitin sen. Fokusryhmänhaastattelu kesti noin viisitoista minuuttia.

Yksimielisiä oltiin siitä, että ohjeistus uuden toimintamallin alussa oli ollut riittävä. Johdon mukanaoloa tosin olisi kaivattu enemmän. Kritiikkiä sai myös jo huhtikuussa otetut rinnakkaisnäytteet joita oli yli kolmekymmentä.

Alussa haastavaa, lopuksi mukavaa. Ohjeistus oli riittävä ja sain tarpeeksi kertausta, en jäänyt kaipaamaan mitään. Jämäkämpi ote johdon taholta puuttui. Ohjeistus oli riittävä, mutta kun aloitus viivästyi, labran testaus oli liian aikaisin.

Yhteistyö laboratorion, lääkäreiden ja hoitajien välillä sai sekä positiivista että negatiivista palutetta. Laboratorion toimintaan oltiin tyytyväisiä, mutta lääkärit olivat melko näkymätön osapuoli toimintamallin käyttöönotossa.

Labra antanut kaikkensa. Labran kanssa yhteistyö sujuu. Aina jaksoivat neuvoa ja auttaa vaikka näki että niillä oli kiire ja työt paino päälle. Hoitajien kanssa yhteistyö oli positiivista, kun homma eteni niin sujuvuus parani. Missä lääkärit? Lääkärit ei mitenkään mukana. Lääkäreiden työhön vaikuttanut melko vähän ainakin alkuvaiheessa.

Tilaisuudessa keskusteltiin myös potilasinformoinnista, jota ei ollut tehty kirjallisena, koska aloituspäivämäärää ei tiedetty ja aloitus myös siirtyi kuukaudesta toiseen. Tuli myös ilmi, että osa muualta muuttaneista asiakkaista oli jo ollut vastaanlaisessa toiminnassa ja he antoivat positiivista palautetta INR-toiminnan alkamisesta myös Asikkalassa.

Labran vastuulle jäi liikaa asiakkaan informointi, koska labra oli ensimmäinen paikka, jossa asiakas kuuli siitä. Olisi pitänyt tehdä valmiiksi kirjallinen informointi ja laittaa se sitten jakoon kun aloitettiin. Moni kyllä jo tiesi tällaisesta toiminnasta, ihmeenkin moni.

Asiakkaan huomioiminen toimintamallin alussa saikin juuri informoinnin osalta kritiikkiä. Kirjallinen informointi olisi helpottanut hoitajien ja laboratorion työtä ja antanut etukäteistietoa asiakkaille muutoksesta heidän hoidossaan.

Kirjallinen informointi olisi ollut hyvä. Olisivat osanneet kysyä jotain muuta, kun perusasiat olisi jo tiedossa. Etukäteisinformointi asiakkaalle oli riittämätön.

Työjärjestelyt aiheuttivat paljonkin muutosehdotuksia. Alussa oli sekavaa pitää vastaanottoa, koska asiakkailla ei ollut aikoja. He tulivat laboratorion suoniverinäytteen jälkeen INR-hoitajan oven taakse joko istumaan ja odottamaan tai osa soitti oven vieressä olevaa summeria. Osa asiakkaista ei kerinnyt jäädä odottelemaan ja toisilla taas ei ollut kiirettä mihinkään. Koskaan ei tiennyt tuliko laboratorion antaman varauslistan mukaiset asiakkaat vai ei.

Asiakkaat tulee milloin sattuu. INR-hoitajan listalle kahvitauko hoitajalle. Muutama asiakas oli tyytymätön, kun jonain päivänä ei ollut INR-hoitajaa.

Alettiin myös keskustella rajoista, joilla INR-hoitaja sai määrittää varfariiniannoksen ilman lääkärin konsultaatiota, koska asiakkaiden määrä, joilla oli kolme sopivaa rinnakkaisnäytettä, alkoi kasvaa nopeasti. Alettiin jo antaa aikoja vain INR-hoitajalle ja vastuu kasvoi.

Ei ole vielä tullut rutiinia kun olen ollut niin vähän tekemässä. Milloin saadaan rajat lääkäreiltä miten määritetään? Ne toisi varmuutta hoitajille.

Lopuksi todettiin yllättävänä asiana asiakkaiden kiinnostus ja innokkuus osallistua itse määrittämisen tekoon. Asiakkaat miettivät paljon syömisen ja juomisen suhdetta antikoagulanttilääkitykseen, ja antoivat omia ehdotuksia miten tulisi syödä.

Vastaanotolla ilmeni myös, että kauan varfariinia syöneitä oli ohjattu erilaisilla kuin nyt annettavat ohjeet ohjasivat. Huomattiin myös, että asiakkaan kynnyksellä kysyä esimerkiksi alkoholin vaikutuksesta antikoagulanttiin oli alempi vastaanotolla kuin puhelinkontaktissa.

Eräs asiakas olisi halunnut ostaa itselleen pikamittarin ja kyseli että mistä näitä voi ostaa tai lainata. Useampi alkoi neuvoa mua miten olisi hyvä laittaa määrittäminen.

Toinen hoitajien palaveri pidettiin, kun INR-toimintamalli oli ollut käytössä noin kaksi kuukautta. Palaveriin osallistui kolme toimintaan osallistuvaa sairaanhoitajaa. Jokainen sairaanhoitaja, joka oli aktiivisesti INR-toimintamallia toteuttamassa, sai kertoa omia tuntemuksiaan sen toimivuudesta.

Yleinen näkemys oli, että asiakkaita oli jo paljon pelkästään INR-hoitajan listalla. Hoitajat kokivat toiminnan menevän hyvin ja asiakkaiden olevan pääsääntöisesti tyytyväisiä. Joskus hoitajat kysyivät toisiltaan varmennusta omaan määrittämiseen, jos tulos on ollut poikkeava. INR-toimintamallin koettiin olevan nyt mielekkäämpää, kun saa jo määrittää enemmän itsenäisesti INR-tuloksen perusteella ja hoitaa alusta loppuun mittauksen ja määrittämisen sekä uuden ajan antamisen.

Todettiin kuitenkin olevan tarvetta kouluttaa yksi hoitaja lisää toimintaan. Puute oli tullut esiin, kun yksi hoitajista oli jäänyt lomalle. Silloin toisille kasaantui enemmän päiviä INR-hoitajana toimimiseen ja paineet mahdollisista uusista sairaslomista kasvoivat. Näin tuli myös esiin mahdollinen tilanne silloin, jos useampi INR-hoitaja sairastuu samaan aikaan. Tästä tuli myös ajatus siitä, miten

uusia hoitajia koulutetaan INR-hoitajiksi. Kaivattiin yhtenäisiä käytäntöjä kouluttamiseen ja muutenkin samat pelisäännöt kaikkeen toimintaan, joka nyt alkaa tasaantua.

Kokouksessa esiin tuli myös perustietojen tarkistus ennen pikamittarilla testauksen alkamista. Pitäisi selvittää, miksi asiakas syö antikoagulanttia ja onko tarkistettu hyytymistekijät. Jos on todettu hyytymishäiriö, asiakas ei sovellu vieritestaukseen. Lääkäreiltä kaivattiin selkeää ohjetta, milloin uusi asiakas voi siirtyä vieritestaukseen. Todettiin myös, että pitäisi ensin tarkistaa diagnoosi ja hoitolehden tiedot ennen INR-hoitajatoimintamalliin mukaan ottamista. Kylmien ilmojen tultua tulisi myös panostaa ihmisten informointiin käsien lämmittämisestä ennen vastaanotolle tuloa esimerkiksi lämpöisen veden alla.

Keskusteltiin myös, että tulisi ottaa käyttöön lista, johon merkitään päivämäärä, kun testauslaite on puhdistettu. Näin toiminnasta tulisi säännöllistä ja laitteen käyttöikä pitenisi. Huonoina asioina tulivat esiin tulosten siirtymishäiriöt. Niitä oli välillä ja ne hidastivat vastaanottoa. Negatiivisena koettiin myös se, että välillä jalkahoitaja otti käyttöön INR-toimintaan tarkoitetun huoneen ja vieritestaus hankaloitui. Tilaongelmaan toivottiin ratkaisua.

Kolmannessa hoitajien palaverissa sairaanhoitajat, jotka olivat toimineet INR-hoitajina, saivat vapaasti tuoda ajatuksiaan esille. Lukumäärällisesti heitä oli kolme ja lisäksi kehittäjä toimi kirjurina sekä teki lisäkysymyksiä. INR-hoitajamalli oli ollut käytössä kolme kuukautta. Tässä kehittämissuunnitelman vaiheessa tutkijana työskenteleväni oli muuttunut, enkä voinut enää toimia INR-hoitajana.

Ajallisesti kymmenen minuuttia yhtä asiakasta kohti todettiin riittäväksi ajaksi. Hoitajat kokivat työn mielekkäänä ja mukavana. Mitä enemmän tulee varmuutta itselle määrittämisessä, sitä miellekkäämpää oli tehdä työtä. Myös se, että asiakkaat antoivat positiivista palautetta uudesta toimintatavasta, toi mielekkyyttä hoitajien työhön INR-hoitajina. Usein kuultu kommentti asiakkailta olikin, että oli hyvä kun sai kaikki kerralla. Asiakaskohtaamisissa koettiin myös, että asiakkailta sai helpommin tietoa heidän elämäntavoistaan suhteessa antikoagulantin käyttöön. Näin neuvontakin oli helpompaa ja kohdistui kunkin asiakkaan kohdalla oikeisiin

asioihin. Asiakkaat myös kertoivat, että oli mukava tavata toisia samassa tutkimuksessa käyviä omaa vuoroa odotellessa ja näin saada vertaistukea.

Varmuutta koettiin myös siinä, että arvojen ollessa poikkeavia, uskallettiin olla heti muuttamatta antikoagulantin määrää. Sen sijaan nopeutettiin mieluummin uutta tarkistusmittausta. Näin estettiin arvon heittelehtimistä puolelta toiselle antikoagulantin määrän noston tai laskun mukaan.

Käyttöön oli otettu myös uusi tapa pitää INR-hoitajamallia maanantaisin, keskiviikkoisin ja perjantaisin. Ennen arvoja mitattiin vain yleensä aamupäivisin, mutta nyt kolmena päivänä INR-hoitaja toimi myös iltapäivisin. Tällä toimintatavalla ei veroteta lääkäreiden avustajia muilta alueilta niin paljon. Todettiin, että tämä toimintatapa olisi ollut hyvä jo heti alussa.

Paljon keskustelua herätti laitteeseen tulleet toimintahäiriöt. Vieritestauslaite saattoi sammua kahdessa tilanteessa. Toinen oli se, kun laitteeseen laittoi otetun verinäytteen ja asetti koneen pöydälle. Silloin laite saattoi mennä pimeäksi ja sen joutuu käynnistämään uudelleen. Toinen tilanne, jossa laite saattoi sammua oli se, kun laitteen laittoi telakalle. Silloin laite saattoi sammua samalla tavalla. Joinain päivinä laite toimi moitteettomasti ja joskus se saattoi sammua odottamattomasti jopa yli kymmenen kertaa. Tällainen vika vei turhaa aikaa INR-hoitajan työssä. Siksi päätettiin ottaa laitteen toimittajaan yhteyttä sähköpostitse asian selvittämiseksi.

Myös tulosten siirtyminen kesti joskus kauemmin ja joskus ne siirtyvät normaalilla nopeudella eli muutamassa minuutissa. Hoitajien mielestä olisi tärkeää, että tulokset siirtyisivät nopeasti. Näin ei tarvitsisi kirjata välillä käsin tietoja muistiin.

INR-hoitajan huoneessa oleva työpöytä oli koettu liian ahtaaksi ja siksi oli tehty välinepöytä, jolle oli tarvittavat välineet kasattu kuten lansetit ja mittausliuskat. Pöytä kulki pyörillä ja oli tarvittaessa siirrettävissä hoitajan ulottuville. Koska kaikki hoitajat olivat oikeakätisiä, oli pöytään kasattu tarvikkeet sen mukaisesti. Tämä helpotti INR-hoitajan työtä ja päivän lopuksi aina tarkastettiin, että pöydällä on riittävästi oikeita tarvikkeita seuraavaa päivää varten.

Pohdittiin myös mikä olisi hyvä toimintatapa INR-tulosten ja määritysten merkitsemiseksi asiakkaille. INR-kortti oli usein jäänyt kotiin tai sellaista ei edes omistettu. Määritykset olivat epämääräisissä paperin paloissa tai vain muistissa. Parhaaksi tavaksi oli todettu antiko-lehden tulostaminen ja asiakkaat olivatkin siihen tyytyväisiä. Määrityksen merkitsemiseen tarkoitettut kortit olivat usein loppu tai tilaus ei ollut tullut. Osalla asiakkaista sellainen kuitenkin oli käytössä.

Palaverin lopuksi puhuttiin edelleen osalta asiakkaista puuttuvista diagnooseista. Koska lääkärit eivät niitä olleet laittaneet antikolehdelle, joutui hoitaja etsimään niitä yle-lehdiltä. Niiden etsiminen hidasti ja hankaloitti INR-hoitajan työtä. Diagnoosi antikoagulantin käytön syystä antaisi varmuuden vieritestauksen turvallisuudesta, sekä sen jatkamisen tarkoituksenmukaisuudesta. Keskusteltiin myös INR-hoitaja toimintamallin aloituksesta ja siitä, että heti aluksi olisi pitänyt pienemmällä asiakasmäärällä tehdä vieritestausta, jolloin olisi ollut aikaa etsiä antikolehdelle diagnoosit ja käytön tarkoitus. Alussa tehtiin nopeassa tahdissa aamupäivä vieritestausta ja iltapäiväksi oli heti mentävä johonkin toiseen pisteeseen työhön. Joskus työtauon aikanakin laitettiin muu hoitotoimenpideasiakas INR-hoitajalle, jolloin hän menetti lakisääteisen taukonsa. Tuntui ettei INR-hoitajan työtä arvostettu tai sitten ymmärretty siihen liittyvää työmäärää turvallisuuden takaamiseksi.

Kolmas fokusryhmähaastattelu pidettiin, kun INR-hoitaja toimintamalli oli ollut käytössä miltei neljä ja puoli kuukautta. Mukana fokusryhmässä oli lääkärien, laboratorion ja sairaanhoitajien edustajia eli yhteensä viisi poliklinikan työntekijää sekä tutkija. Ryhmän tarkoituksena oli teema-alueen mukaisesti keskustella uuden toimintamallin toimivuudesta, potilasturvallisuuden mahdollisista muutoksista ja mitä muuta uusi toimintamalli toi työyhteisöön. Nauhoitin itse myös kolmannen fokusryhmähaastattelun sanelukoneella sekä puhtaaksikirjoitin sen. Haastattelu kesti noin 30 minuuttia.

Ensiksi keskusteltiin millaisena uusi toimintamalli koettiin. Yleinen näkemys oli, että ne, jotka kohtasivat asiakkaita INR-hoitajan vastaanotolla, totesivat saavansa positiivista palautetta uudesta toimintamallista. Työ oli vielä helpottunut, kun otettiin käyttöön tietyt päivät viikossa, jolloin INR-hoitajavastaanotto toimi.

Alkuvaiheessa toimintamalli sai kritiikkiä puutteellisesta kirjallisesta ohjeistuksesta ja INR-hoitajavastaanoton saatavuudesta.

Meidän kohdalla koettiin raskaana ohjeistuksen moninkertainen antaminen kun piti kaikille selittää, että pitää mennä toiseenkin paikkaan, asiakkaat tosin on ollu tyytyväisiä. Ne oli epävarmoja mihin se aika oli annettu ja joka kertahan sairaanhoitajan vastaanottoa ei ollu vaikka olisi tarvittu.

Järjestelyjen järkevyydestä hoitajien kannalta oltiin sitä mieltä, että alku oli sekavaa, mutta tietyt päivät viikossa teki toiminnasta tehokkaampaa ja toimivampaa. Todettiin myös, että oli hyvä kun toiminnassa oli kolme hoitajaa ja se koettiin riittävänä. Kesää varten koulutettiin vielä yksi hoitaja mukaan INR-hoitajatoimintaan. Lääkärin toimintaa uusi toimintamalli on helpottanut, koska määritysten tekeminen on vähentynyt.

Kun meitä on vaan kolme niin se selkiyttää ettei kaikki tee sitä. Mites lääkärin kannalta mites se on vaikuttanut lääkärin toimintaan? Helpottavasti. Meille ei tule niitä määrityksiä kuin silloin tällöin jokunen hassu, että meidän työtähän se on oleellisesti helpottanut.

Potilasturvallisuuden uskottiin lisääntyneen uuden toimintamallin myötä. Syitä oli potilaan kohtaaminen kasvokkain ja vastaanotolla käyty keskustelu, vertaistuki potilaiden kohdatessa toisiaan sekä hoitajien varovaisuus määrityksiä tehdessä. Todettiin myös, että INR-mittauksen kontrolliväli tulee ajanmyötä pitenemään ja sitä kautta tuomaan taloudellisia säästöjä. Puhuttiin myös ohjeistuksesta, jota antikoagulantin syöntiin liittyy ja sen tärkeydestä myös pitkään lääkettä syöneiden kohdalla.

Uskon, että potilasturvallisuus on jopa lisääntynyt kun tässä pystyy hyvin haastattelemaan potilasta ja useasti löydetään sen syyn miksi arvot heittelee ja lääkärihän ei koskaan kohdannut potilasta. Se oli vaan oletusta oletuksen perään miten potilas söi ja mitä potilas on tehnyt. Täytyy sitten potilaan tavatkin tuntea että minkälainen tyyppi se on ja mitä siellä saattaisi olla taustalla. Onko se unohdusta vai ruokavaliosta kiinni tai vastaavaa.

Ja sitten on sellaisia asioita kun on näitä jotka on pitkään syönyt Marevania ja eivät muista minkälaisia ohjeita siihen liittyy siihen Marevanin syötiin ja ruokavalioon ja muuhun ja ovat tyytyväisiä että ovat saaneet ohjeita. Ja ovat uskaltaneet kysyä siinä asioita herkemmin, sitten on ollut helpompi ohjata siinä kasvatusten, käydä läpi kaikki nää uudelleen.

Potilasohjauksen todettiin olevan yhtenäinen. Jos tuli ongelmatilanteita, päädytty siihen, että ensin kysytään toiselta hoitajalta ja vasta sen jälkeen viedään asia lääkärin päätettäväksi.

Mä ainakin käyn kysymässä jommalta kummalta hoitajalta, että ensin konsultoidaan hoitajia ja sit jos ei päästä siitä yhteisymmärrykseen, sitten me konsultoidaan lääkäriä.

Viimeisenä teema-alueena keskusteltiin siitä, mitä muuta uusi toimintamalli oli tuonut työyhteisöön. Laboratorion tilanne puhutti, koska INR-potilaat siirtyivät vieritestaukseen, mutta silti ajat täyttyivät. Jonotusaikojen todettiin lyhentyneen. Hoitajat kokivat, että oli helpompaa tehdä työtä, kun voi antaa laboratorioajan asiakkaalle jo seuraavaksi päiväksi, kun ennen ajat saattoivat mennä seuraavalle viikollekin.

Labraan on ainakin tullut väljyyttä mutta kyllä se kummasti vaan täyttyy nekin ajat. Minä en tiedä mistä ne täyttyy, mutta asiakkaita piisaa, jotkut päivät on sellaisia että siellä on jopa väliäkin. Tää on nyt mielenkiintoinen juttu labran osalta. Jonotusaika labraan on varmaan lyhyempi, kun varaa aikaa että saa jo vaikka huomisellet näytteenottopäivän kun aikaisemmin sai esimerkiksi ensi viikolle tai loppuviikolle. Ehkä luultavasti niin siinä on käynyt. Mehän ei labrassa nähdä miten niitä aikoja on annettu.

Uuden toimintamallin tuomia helpottavia asioita koettiin iltapäivän asiakkaiden puhelimitse tavoittamisen väheneminen ja hoitajien oikeanlainen ammattitaidon hyväksikäyttö.

On se ainakin helpottanut iltapäiviä ja niitä soitteluita iltapäivät. Ja hoitajat pääsee tekemään enemmän sellaista, johon on koulututtunut. Asiakkaitakin tulee positiivista palautetta, että tykkäävät tulla hoitajalle.

Lisäkoulutuksen tarvetta ei koettu olevan. Asiat oli tuttuja ja tietoa tarvittaessa riittävästi saatavilla. Hoitajat käyttivät Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeita apuna ohjaukseen, kun taas potilaille jaettiin Suomen Sydänliitto ry:n Marevan-hoito ohjekirjaa. Uusista vaihtoehtolääkkeistä asiakkaat kuitenkin oli kiinnostuneita. Niiden todettiin olevan vielä kalliita vaihtoehtoja.

Lisäkoulutusta ei tarvi, mutta Pradaxasta ne nyt kyselee paljon, et saisko sitä vaihtoon. Saa niitä, jos maksaa.

Toimintatutkimus kehittämisen välineenä sai paljon pohdintaa osakseen. Lähtötilanteessa toimittaisiin toisin, eli yhteistä aikaa ja suunnittelua toimintaa ylläpitävien hoitajien kanssa olisi tarvittu enemmän. Ajan käytön vähäisyys uuden toimintamallin aloituksessa tuli usein esille keskustelussa. Yhteisiä palavereja jo suunnitteluvaiheessa olisi ollut hyvä pitää, mutta poliklinikan kiireellinen työtahti vaikeutti yhteisen ajan löytämistä suunnitteluun. Todettiin myös, että olisi voinut porrastaa asiakkaiden INR-hoitajalla käynnin aloitusta, jolloin asiakkaiden alun ruuhkautuminen olisi voitu välttää ja aloituksesta olisi tullut hallitumpaa. Kaivattiin myös selkeää ohjeistusta lääkäreiltä, jotka asiakkaista sopivat INR-hoitaja toimintamalliin.

Mulla tuli siinä mieleen, että se olis ollu kaikkien kannalta hyvä et olis porrastettu kuitenkin että kun oli kauheesti asiakkaita päällekkäin. Mut tiivis oli se alku ja nyt on tasoittunut ja on kivaa.

Sit alussa et ketkä pääsee tähän toimintamalliin, et flimmeri asiakkaat jos kolme rinnakkaisnäytettä täsmää, mut entäs hyytymishäiriöiset. Yhestä mä soitin päksiin ja kysyin, että voiko olla tässä mukana ja ne sano että voi, että jos se heitto on niin se on sama otetaanko sormenpästä vai suonesta. Se ei vaikuta siihen.

Todettiin myös että toimintamalli kehittyy kokoajan kun sitä tehdään ja on tärkeää, että vieritestauslaite toimii asiaan kuuluvalla tavalla. Hoitajien toistensa

kanssa käymä keskustelu on auttanut mallin eteenpäinviennissä ja sitä on tehty hoitajien palaverien lisäksi aina tarpeen vaatiessa.

Aikojakin on pystytty itse asiassa viime viikosta lähtien et 10 minuuttia on riittänyt asiakasta kohti ku siinä alussa oli varattu 15 minuuttia per asiakas. Laite on toiminu hyvin, tosin sammuilee, mut mä en varmaan osaa ottaa sitä sillai ku pitäis.

Fokusryhmää kiinnosti myös arvio kuinka paljon prosentuaalisesti käy INR-potilaita laboratoriossa ja kuinka paljon vieritestissä. Asiakkaista arvioitiin noin 80 prosenttia tällä hetkellä käyvän vieritestissä, tosin on vielä useita uusia aloituksia, jotka käyvät laboratoriossa kunnes arvot saadaan tasaisiksi. Työssä käyvien vieritestausta haittaa sen aloitusaika, joka on vasta kello kahdeksan. Jotkut luopuivat INR-hoitaja toimintamallista, koska laboratorioon pääsee jo kello seitsemän ja sen jälkeen on helpompi ehtiä työpaikalle.

Ei se kovin suuri prosentti ole joka enää käy labrassa, sitte on vielä niitä joilla on vasta aloitettu Marevan ja odotetaan että arvot tasottuu et kyl sieltä vielä tulee. Oisko joku 80 prosenttia varmaan ainakin vieritestissä. Joku ei oo halunu lähteä ku kellonaika ei sovi tai meidän päivät. Yks sano et halua käydä torstaina tai hän ei tu. Ja yks ei pysty ku 10 minuuttia yli seitsemän ja silloin ei ole vielä hoitajan vastaanottoa.

Lopuksi keskusteltiin uuden toimintamallin tulevaisuudesta. Kotihoitokin on aloittamassa vieritestausta ja kyselee konsultaatioapua. Todettiin myös, että asiakkaat tulisivat pettymään jos INR-hoitaja malli lopetettaisiin. Myös hoitajat kokisivat lopettamisen pettymyksenä. Kustannuksien osuutta jatkoon mietittiin myös tärkeänä osana jatkoa suunniteltaessa. Keskustelun aiheeksi nousi myös toiminnan jatkon seuraaminen. Vuoden kuluttua tulisi laskea hyödyt ja haitat sekä taloudellisuus.

Ei ole ainakaan sanottu että ei jatkettais. Kyllä ihmiset pettyy jos lopetettais niin todella paljon itekin. Toivon että tää jatkuu, nimenomaan toi työmäärä mikä tässä aloituksessa on tehty. Olis tosi sääli jos lopetettais.

Kyllähän se vastaus pitää olla tästä pilotista ennen kuin tehdään

päätös jatketaanko vai ei. Onko siitä hyötyä vai haittaa vaikka se kaikki tuntuukin kauhean kivalta, ettei sitten huomatakin ettei se hyöty ole niin niin kuin on ajateltu. Nii jos mennään kustannusten mukaan, kustannuksen mukaan täytyy kuitenkin aika pitkälti mennä. Toisessa vaakakupissa sitten on se hoitajien työaika. Ja onhan siinä se, että mennäänkö vaan kustannuste mukaan vai sit työhyvinvoinnin ja asiakastyytyväisyyden.

6 INR-HOITAJAVASTAANOTTOTOIMINTAMALLI ASIKKALASSA

Tämän kehittämishankkeen aikana otettiin käyttöön INR-hoitajavastaanottotoimintamalli Asikkalan avovastaanotossa ja sitä toteuttavat sairaanhoitajat. Sairaanhoitajalla tulee olla suoritettuna tehtävänsiirtoon vaadittava Marevan-koulutus sekä laitekoulutus. INR-hoitajavastaanotto toimii kolmena päivänä viikossa maanantaina, keskiviikkona ja perjantaina koko päivän ajan. Aikaa yhteen vastaanottokäyntiin on varattu kymmenen minuuttia ja sen aikana voi hoitaa ainoastaan varfariiniin liittyviä asioita, muita terveydenhoitoon liittyviä asioita hoidetaan oman alueen kansliassa. Tarvittaessa voidaan ottaa myös vastaan torstaisin asiointitaksilla liikkuvia asiakkaita sekä päivystyksestä tai haavahoidossa käyviä asiakkaita. Uusien lääkäreiden perehdytyksestä INR-hoitajatoimintaan huolehtivat perehdyttäjänä kulloinkin toimivat lääkärit ja sairaanhoitajien perehdyttäjinä INR-hoitajina toimivat hoitajat. Vastaanotolle on varattu oma huone asianmukaisin varusteluin, jossa sairaanhoitajat ottavat vastaan asiakkaita ja tekevät mittaukset sekä määritykset. Alla olevassa kuviossa (kuvio 7) on kuvattu INR-hoitajan toimenkuva.



Kuvio 7. INR-hoitajan toimenkuva.

Varfariinihoidon aloitus tapahtuu aina lääkärin valvonnassa ja ohjauksessa. Pääsääntöisesti diagnoosit, joilla asiakas ohjautuu INR-hoitajavastaanottotoimintaan, ovat eteisvärinä eli flimmeri sekä tekoläppäpotilaat. Hoitotasapainon oltua vakaa noin kuukauden, voidaan aloittaa vieritestaus INR-

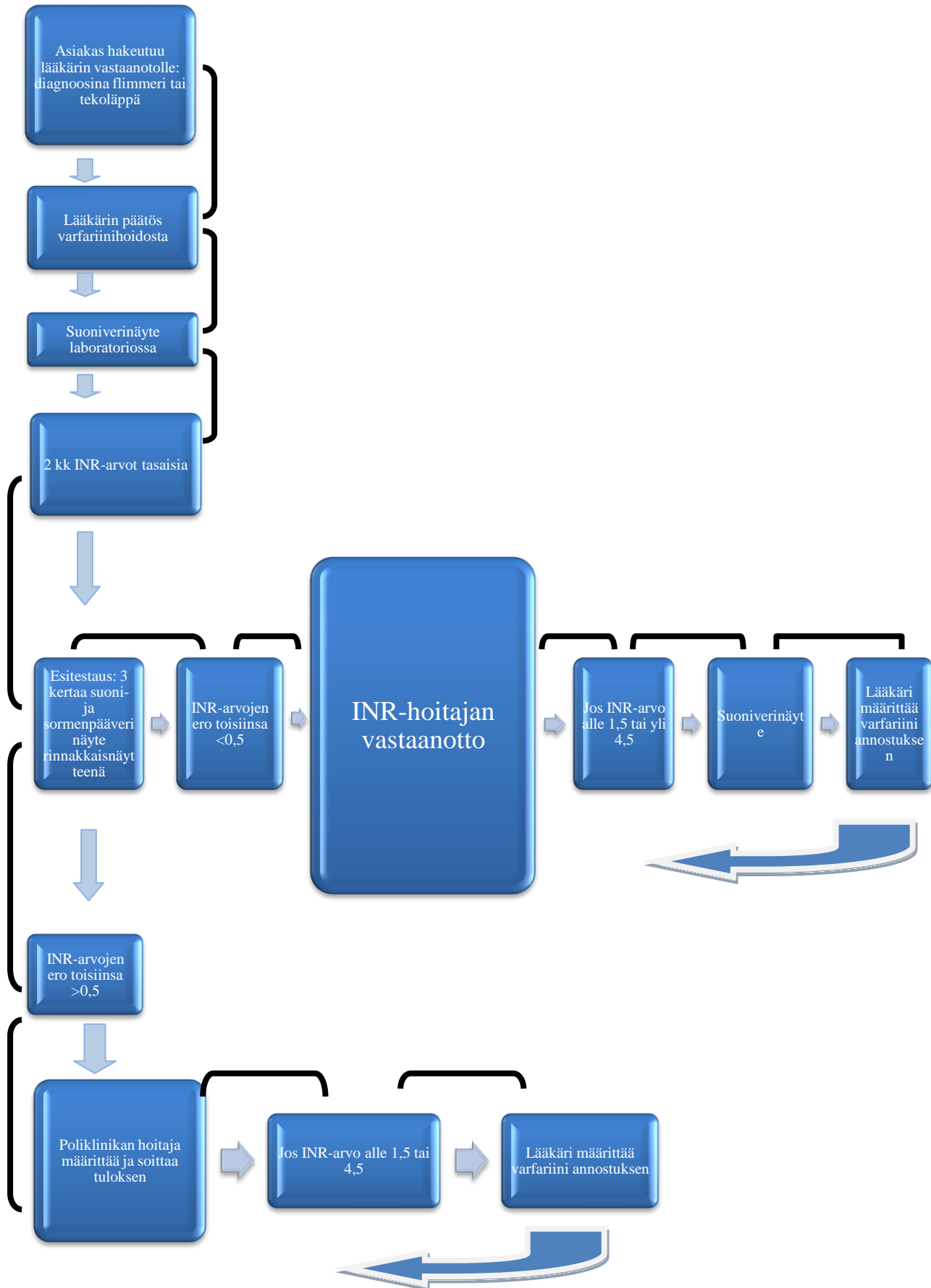
hoitajanvastaanotolla. Vastaanotolle valikoituvat ne henkilöt, joiden kolme rinnakkaisnäytettä todettiin olevan 0,5 erolla toisiinsa nähden. Lisäksi jokaiselta vieritestauksessa käyvältä asiakkaalta otetaan kontrollinäyte suoniverinäytteenä puolenvuoden välein vieritestauksen turvallisuuden takaamiseksi, sekä kontrolloidaan kerran vuodessa laboratoriossa PVK, krea sekä Alat-arvot. Suoniverinäytteen ja vieritestaustuloksen poikettua toisistaan ylin sovitun rajan, asiakas jatkaa käyntiä laboratoriossa suoniverinäytteessä ja hoitaja soittaa tuloksen iltapäivällä asiakkaalle määritettyään sen ensiksi. Rinnakkaisnäyte tarvitsee aina ottaa, jos INR-tulos on <1.5 tai >4.1 tai poikkeaa yli yhdellä edellisestä arvosta ilman selkeää syytä.

Hoidon aloittamisen esteitä ovat fosfolipidivasta-aineet, koska ne altistavat tukostaipumuksille ja saattavat aiheuttaa virheellisiä tuloksia pikamittarilla. Esteitä ovat myös, jos hematokriitti arvo on $<25\%$ ja $>55\%$, siirtymävaiheessa saatu hepariini, trigly arvo $>5,7$, akuutti tromboosi, verenvuoto, vaikea anemia, tulehdustaudit sekä muu antikoagulaatio. Hoidon aloitus harkitaan kuitenkin aina potilaskohtaisesti.

Asiakas varaa ajan seuraavalle vastaanotolle aina edellisen käynnin yhteydessä sen mukaan, koska seuraavaan INR-mittaukseen on tultava. Ennen vastaanottoa asiakkaat on ohjeistettu lämmittämään käsiään esimerkiksi lämpöisen veden alla. Näin pyritään varmistamaan mahdollisimman hyvä ihopistosnäyte ja tarkka INR-tulos. Vastaanoton aluksi hoitaja pyytää asiakkaalta Kela-kortin, jonka viivakoodin hän näyttää mittauslaitteen viivakoodinlukijaan INR-tuloksen saamiseksi sähköisesti asiakkaan potilastietoihin antiko-lomakkeelle. Asiakkaita on ohjeistettu ottamaan valmiiksi esiin Kela-kortti sekä varfariininhoidon seurantakortti vastaanoton sujuvuuden vuoksi ja aikataulun varmistamiseksi.

Hoitaja ottaa ihopistosnäytteen INR-mittauslaitteeseen ja saa tuloksen miltei heti mittauslaitteen näytölle ja asiakkaan antiko-lehdelle Effica-tietojärjestelmään se siirtyy automaattisesti noin puolen minuutin sisällä. Kun tulos on saatu, hoitaja määrittää itse uuden varfariiniannostuksen tai tuloksen poiketessa annetuista määritysrajoista, kohdistaa tuloksen lääkärille. Hoitaja keskustelee vastaanoton aikana asiakkaan kanssa varfariinin käyttöön liittyvistä asioista ja asiakkaalla on

mahdollisuus kysellä ja kertoa mieltään painavista asioista. Asiakkaan mukana olevaan varfariinihoidon seurantakorttiin hoitaja merkitsee uuden INR-tuloksen, varfariininannostuksen ja seuraavan käyntiajan, asiakkaan saadessa INR-hoitajavastaanotolta ne heti. Seuraavalla sivulla (kuvio 8) on kuvattu INR-hoitajavastaanottotoimintamalli Asikkalassa.



Kuvio 8. INR-hoitajavastaanottotoimintamalli Asikkalassa.

7 POHDINTA

7.1 Kehittämishankkeen ja sen toteutuksen arviointia

Suomen politiikan siirtyminen 1990-luvulla ohjelmaperustaiseksi sekä liittyminen Euroopan unioniin toi hanketoiminnan kehittämistyön keskeisimmäksi välineeksi ja tämä kehittämistyö on luonut tarpeen myös arvioinnille. Arvioinnin on pysyttävä omassa roolissaan hankkeen prosessia tukevana elementtinä, eikä nousta pääosaan hankkeeseen nähden. Kehittämisarvioinnin tehtävänä on tuoda esiin ongelmat, joita prosessin etenemisessä kohti tavoitteita on ja samalla arvioidaan, ovatko tavoitteet relevantteja ja realistisia suhteessa siihen, mitä prosessista tulee esiin arvioinnin pohjalta. Arvioinnissa määritellään ja selvitetään jonkin intervention, hankkeen tai palvelun arvo ja tätä tietoa hyödynnetään päätöksenteossa ja toiminnan kehittämisessä, jotta voisimme paremmin edistää hyvinvointia yhteiskunnassa. (Heiskanen 2007, 2,4,15.) Tässä kehittämishankkeessa arviointia tehtiin koko prosessin ajan ja sen pohjalta muutettiin toimintatapaa aina kun se todettiin tarpeelliseksi. Opinnäytetyössä kehittämishanketta seurattiin yli neljä kuukautta ja sen jälkeen seuranta ja jatkokehitystyö jäi poliklinikan henkilökunnan tehtäväksi.

Kehittämishankkeen tavoitteena oli ottaa käyttöön uusi toimintamalli yhteistyössä poliklinikan hoitohenkilökunnan kanssa antikoagulanttihoitokäytäntöön. Tavoite oli realistinen, koska omattiin hyvät toimitilat, toimintavälineet, osaava ja kehitysmuuntoinen henkilökunta sekä johdon antama mahdollisuus muutoksen toteuttamiseen. Poliklinikalla oli myös riittävästi henkilökuntaa, joilla oli tähän tehtävään tarvittava koulutus kuten sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Motivoitunut ja osaava henkilöstö, jolla on sopivassa suhteessa osaamista ja taitoa sekä välineitä ja mahdollisuus, on perusta kehitettäessä prosesseja, vastattaessa asiakkaiden tarpeisiin ja tuottaessa taloudellista tulosta ja vaikuttavuutta (Silvennoinen-Nuora 2010, 59).

Myös asiakaslähtöisyys oli huomioitu, koska tarkoituksena oli kehittää antikoagulaatiohoitoa käyttävien potilaiden hoitoa ja parantaa potilasturvallisuutta sekä keskittää hoito jatkuvuuden varmistamiseksi ja saatavuuden helpottamiseksi.

Asiakkailta saatu suullinen positiivinen palaute hoitotilanteessa antoi myös aihetta olettaa, että asiakaslähtöisyyden huomioiminen oli riittävää ja tarpeellista. Palveluiden toimivuus ja hyvyys määräytyvät sen mukaan, miten ne vastaavat asiakkaan odotuksiin (Helaste 2011,20).

Tavoitteen ja tarkoituksen toteutumista seurattiin hoitajien palavereilla ja fokusryhmähaastatteluilla, jotka osoittautuivat hyväksi tavaksi kehittää toimintamallia ja saada eri toimijoiden mielipide kuuluviin. Jokainen sai kertoa oman mielipiteensä ja uudet ideat kehittyivät yhteisen keskustelun edetessä. Keskustelua eri kehittämisideoista käytiin myös kokoajan työn lomassa ja usein ideoita olikin jo paljon valmiina ennen hoitajien palaveria. Tämä mahdollisti nopeiden päätöksien tekemistä kehitystyössä ja päästi nopeasti muuttamaan toimintatapoja sekä arvioimaan niiden vaikuttavuutta. Kuten esimerkiksi mittauspäivien muuttaminen vain kolmelle päivälle, joka pian todettiin hyväksi tavaksi, joka olisi ollut hyvä ottaa käyttöön jo heti hankkeen alussa. Arvioinnissa on kyse todellisuuden testaamisesta, koska arviointi voi tuottaa tietoa siitä, mikä toimii ja mikä ei (Vataja 2012, 79). Painopiste arvioinnissa on toiminnan tehokkuudessa, tuottavuudessa ja ennen kaikkea vaikuttavuudessa (Huotari 2009, 72).

Itse prosessin alun toteuttaminen olisi onnistunut paremmin, jos alkusuunnitteluun olisi ollut aikaa enemmän. Hoitajien palavereja tulisi pitää jo ennen mittauksien käynnistämistä. Näin olisi mahdollistettu esimerkiksi kirjallisen ohjeistuksen suunnittelu asiakkaille INR-hoitaja toimintamallista ja voitu sopia erilaisista käytännöistä, kuten miten ja mihin kirjataan puolivuotissuoniverinäytekontrollit. Työyhteisössä tulee olla riittävästi aikaa ja tilaa yhteiseen reflektointiin ja kehittämistoiminnan toteuttamiseen (Vataja 2012, 104). Prosessi nähtiin kuitenkin positiivisena, koska hoitajat kokivat pääsevänsä toteuttamaan omaan osaamistaan sairaanhoitajina ja potilailta tulleen positiivisen palautteen vuoksi. Prosessi eteni loogisesti laitekoulutuksesta mittauksen aloittamiseen ja suuremmilta ongelmilta vältyttiin. Hankkeesta saadun kokemuksen perusteella voikin sanoa, että prosessin edetessä ja sitä arvioitaessa saatiin kehitettyä toimintamallia haluttuun suuntaan. Tämä lisäsi hoitajien työn mielekkyyttä ja työhyvinvointia, koska he saivat kehittää ja toteuttaa työtään oman osaamisensa ja näkemyksensä mukaan kohti

toimivaa toimintamallia. Koulutettaessa uusia hoitajia toteuttamaan INR-hoitaja toimintaa tulisi laatia hoitajille tarkoitettu kirjallinen perehdytysopas.

Kehittämishankkeeseen osallistunut organisaatio toimi hyvin yhteen ja toisiinsa kohdistuva tuki ja yhteistyö oli saumatonta. Johto määritteli kulloisenkin päivän hoitajan sijoituksen työpisteeseen ja kaikki neljä sairaanhoitajaa pääsivät tasapuolisesti toteuttamaan INR-hoitajan tehtäviä. Tämä takasi ammattitaidon säilymisen mittauksen ja määrittelyn teossa. Näin myös ajankäyttö oli hyvin suunniteltua ja muihinkin työpisteisiin pystyttiin mitoittamaan riittävä henkilökunta. Tämä toi järkeistämistä työn suunnitteluun ja paljon aikaa vievää iltapäivän INR-tulosten soittaminen jäi pois. Työnjaosta tuli tehokasta ja oikein suunnattua.

Yhteistyö laboratorion, lääkärin ja hoitajien välillä oli todettu toimineen aina ja sen toivottiin jatkuvan uuden toimintamallin myötä edelleen. INR-hoitajavastaanotto toiminnan toimivuuden kannalta on tärkeää, että yhteistyö toimii ammattiryhmien välillä. Hankkeen alusta alkaen eri tahot kuuntelivat toisiaan ja antoivat neuvoja sekä ohjeita tarvittaessa. Prosessin edetessä yhteistyö laboratorion ja hoitajien välillä toimi hyvin. Alussa laboratorio ilmaisi raskaaksi suullisen ohjeistuksen antamisen uudesta toimintatavasta ja olisikin toivonut kirjallista ohjetta asiakkaille. Hoitajat antoivat saman ohjeistuksen asiakkaalle uudelleen yleensä asiakkaiden pyynnöstä, mitä uusi vieritestaus tarkoittaa ja mihin on tultava mittaukseen. Tämä osoittaa myös sen, että kirjallinen ohjeistus asiakkaalle olisi ollut tarpeellinen ja helpottanut henkilökunnan työtä.

Hoitajat ja laboratorion henkilökunta saivat hyvin informoitua alussa toisiaan, koska hoitaja on paikalla ottamassa vieritestejä ja prosessin edetessä tietyt päivät helpottivat tilannetta. Kun asiakkaiden ei enää tarvinnut käydä laboratoriossa kuin puolivuotiskontroleissa, yhteistyökään ei ollut enää niin aktiivista, eikä myös yhteistyön tarve ollut enää niin suuri. Lääkäreille jäivät hankalimmat ja vaativimmat määritykset ja tarvittaessa hoitajien konsultointi, joka sekkin toimi hyvin. Tosin lääkäreitä tarvittiin melko harvoin INR-hoitajavastaanotto toimintamallissa, koska konsultointiavun tarve oli melko vähäistä. Heiltä sai kuitenkin aina apua kun sitä tarvittiin. Yhteydenotot

laitetoimittajalle laitteen toimivuudesta, sekä tarvittaessa konsultointi avun pyytäminen PHKS:n laboratoriosta toimivat myös hyvin.

Suurimpia odotuksen aiheita oli uuden toimintamallin toimivuus ja turvallisuus. Toukokuun alussa vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain kohdassa 8 § Laatu ja potilasturvallisuus sanotaan, että terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti hoidettua (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013e). Tämä tukee uuden toimintamallin käyttöönottoa avovastaanotolla. Varfariinia käyttävien asiakkaiden hoidosta tuli INR-hoitaja toiminnan kautta laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti hoidettua. Myös palaute henkilöstöltä, joka toteutti INR-hoitaja toimintaa, oli yhtenäistä ja tuki ajatusta turvallisuuden paranemisesta varfariinipotilaiden hoidossa. Hoidon laatua paransi myös se, että INR-hoitajatoimintaa toteuttavat sairaanhoitajat, joilla on lupa siihen.

Turvallisuuden koettiin nousseen asiakkaan henkilökohtaisen kohtaamisen ja siinä annetun ohjeistuksen myötä, koska ohjeistus oli sama kaikilla ja käytettiin THL:n ohjeita, jotka olivat käytössä toiminnan alusta asti. Tämä takasikin sen, että ohjeistus oli selkeä ja yhtenäinen ja sitä kautta lisäsi laatua ja turvallisuutta varfariinipotilaiden hoidossa. Tulosten kirjaaminen tapahtui vastaanotolla, jolloin mahdollinen virhemerkintämahdollisuus poistui. Myös mahdollinen poikkeava tulos saatiin heti ja tarvittava hoito pystyttiin toteuttamaan välittömästi. Tämä lisäsi hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta uudessa toimintamallissa sekä teki siitä helpommin ja nopeammin saatavaa.

Toimivuuden kannalta laboratorioon pääsy muihin kokeisiin helpottui ja nopeutui sekä hoitajilta vapautui työaika muihin tehtäviin, koska INR-kokeissa käyviä asiakkaita ei tarvinnut enää kirjata erikseen tietojärjestelmään. Toimivuuden osalta hoitajat kokivat mielekkyyden nousseen, koska he saivat hoitaa vastaanoton alusta loppuun eli mittauksen, määrityksen ja uuden ajan antamisen. Hyväksi ratkaisuksi osoittautui myös heti käyttöönotettu tapa, jossa asiakas ohjeistetaan hoitamaan vastaanotto asiat hoitajien kansliassa. Näin vastaanotolla käytettävänä oleva aika kohdistui vain antikoagulantti hoitoon ja hoitaja pysyi aikataulussa.

Uusi toimintamalli tulee taloudelliseksi pidemmällä aikavälillä, kun hoitajat alkavat pidentämään kontrollivälejä hoitovasteen vakiinnuttua. Näin hoitoväli

pitenee ja tarvikkeiden käyttö ja hoitajan työaika vähenee. Alussa kustannussäästöt eivät näkyneet, koska tehtiin rinnakkaisnäytteiden ottoa. Taloudellisuuden toisella puolella painaa työhyvinvointi ja asiakastyytyväisyys, jotka selvästi olivat myös kasvaneet. INR-hoitaja toiminnassa mukana olleiden vahva osallistuminen suunnitteluun ja toteutukseen koko prosessin ajan auttoi heitä pääsemään mukaan hankkeen eteenpäin viemiseen ja suhtautumaan kehitystyöhön positiivisesti. He ymmärsivät käyttää tilaisuuden kehittää omaa työtänsä ja lisätä työhyvinvointiaan sekä potilasturvallisuutta uudella toimintatavalla.

Asetettu tavoite ja tarkoitus saavutettiin ja avoin mahdollisuus edelleen kehittää toimintaa on mahdollista. Hanke myös vastasi tarpeeseen, koska palaute sekä hoitajilta, että asiakkailta oli positiivista. Myös työajan järjeistäminen tuli tarpeeseen ja erityisesti potilasturvallisuus kasvoi. Uuden toimintatavan mahdollisuus jäädä pysyväksi, selviää pidemmän aikavälin seurannalla ja suurin painoarvo tulee olemaan varmasti taloudellisuudella. Hoitajat arvioivat asiakkaiden sekä itsensä pettyvän, jos vieritestaus loppuu.

7.2 Kehittämishankkeen luotettavuus ja eettisyys

Tieteellisen tiedon keskeinen tunnusmerkki on luotettavuus ja kehittämishankkeessa se kohdistuu tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään usein vakuuttavuuden käsitettä. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa käyttökelpoisuutta ja kehittämishankkeelta odotetaan tuloksena uutta tietoa tai jokin tuotos. Syntyneen tiedon tulee olla todenmukaista ja hyödyllistä ja tietoa tulee pystyä arvioimaan ja hyödyntämään. Tuotoksen tulee olla alan kehittämisen kannalta kiinnostava ja siihen sisältyvän tiedon tulee olla käytettävissä ja sovellettavissa uuteen toimintayhteyteen. (Lönnqvist 2012, 46-47.) Tässä kehittämishankkeessa tavoitteena oli ottaa käyttöön uusi toimintamalli, joka on osoittautunut toimivaksi ja käyttökelpoiseksi. Kehittämishanke syntyi työelämän kokeman kehittämisen tarpeesta. Toimintamalli on hyödynnettävissä oleva ja terveydenhuoltoalan kannalta kiinnostava. Toimintamallia voidaan myös soveltaa uuteen toimintayhteyteen.

Luotettavuutta lisäsi myös se, että jokainen uutta toimintamallia kehittävä hoitaja tiesi, missä vaiheessa kulloinkin oltiin menossa, ja he olivat sitoutuneita toimintaan sekä saivat vaikuttaa kehittämiseen. Myös asiakkaille annettiin vapaus valita informaation jälkeen, halusivatko he osallistua uuteen toimintamalliin. Osastonhoitaja sai myös suunnitelman kirjallisena luettavakseen ennen uudistuksen alkua. Luotettavuutta lisäsi myös se, että samankaltaista INR-hoitaja toimintamallia käytetään myös muissa terveyskeskuksissa ja sen on todettu olevan siirrettävissä edelleen.

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti luotettavaa ja hyväksyttävää, sekä sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvää tieteellistä käytäntöä koskevien ohjeiden soveltaminen on tutkijayhteisön itsesääätelyä ja lainsäädäntö määrittelee sille rajat. Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat tutkimusetiikan näkökulmasta muun muassa tutkimuksessa noudatettava rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Hankitaan myös tarvittavat tutkimusluvut ja sovitaan ennen tutkimushankkeen aloittamista kaikkien osapuolten oikeudet, vastuut ja velvollisuudet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Terveydenhuolto kohtaa muutoksia priorisointien sekä terveyden ja talouden välisen suhteen määrittelyn takia. Eettiset kysymykset nousevat näiden myötä yhä keskeisimmiksi. Toiminnan kohteena ollessa ihminen ja hyvinvointi, ei priorisointikysymysten ratkaiseminen ole aina helppoa. (Ikola-Norrbacka 2010, 9.) Tässä kehittämishankkeessa eteneminen ja aineisto on raportoitu, kuten ne ajallisesti toteutuivat. Fokusryhmähaastattelut nauhoitettiin ja saatu teksti litteroitiin eli aukikirjoitettiin tutkijan itse tai sanelujen purkajan toimesta sanasta sanaan mahdollisimman nopeasti ryhmän kokoontumisen jälkeen.

Luotettavuuskriteereihin sisältyy myös totuudellisuus, josta nähdään kuinka paljon löydökset eli tutkijan johtopäätökset vastaavat tutkimuskohteen todellista tilaa. Tätä tukee esimerkiksi tutkimuspäiväkirjan pitäminen ja osallistujien oleminen mukana arvioimassa tutkimustuloksia. (Willberg 2009, 7.) Tässä kehittämishankkeessa kohdeorganisaatiolta haettiin tutkimuslupa ja poliklinikan

henkilökunta yhdessä päätti lähteä kehittämään INR-hoitaja toimintaa. Hoitajien palavereissa INR-hoitaja toimintamalliin osallistuvat hoitajat olivat arvioimassa toiminnan kehittymistä ja saivat vaikuttaa siihen.

Oma roolini toimintatutkijana vaihteli, koska osan ajasta olin itse mukana toteuttamassa käytännön työtä ja osan ajasta taas ulkoapäin seuraaja työpaikkani muutoksen johdosta. Toimin siis sekä mukana tekijänä, kehittäjänä että arvioijana. Tämä moniroolisuus paransi luotettavuutta ja antoi laajempaa näkemystä toiminnan kehittämiseksi toimivampaan suuntaan. Kanssakäyminen työyhteisön kanssa oli luontevaa sekä toimiessani itse INR-hoitajana että työpaikkani muutoksen jälkeen. Tutkijan olisi kuitenkin pyrittävä mahdollisimman epäpersoonalliseen toimintaan ja poissulkemaan itsensä ja tutkimuskohteen välinen suhde (Mäkinen, 2006, 29). Myös käyttämäni päiväkirjatyöskentely auttoi projektin toteutumisen seurannassa ja se lisäsi huolellisuutta ja tarkkuutta toiminnan kehittämisessä. Lisäksi päiväkirjan avulla pystyi näkemään oman osuuden työmäärästä kehittämishankkeessa. Hoitajien vastaanotolla käyttämäni viestivihkon asiat käsiteltiin aina hoitajien palavereissa ja vihko toimikin hyvänä muistivihkona, jolloin kaikki asiat tuli käsiteltyä, joita tuli eteen arjen työskentelyssä.

7.3 Yhteenveto ja johtopäätökset

Peruspalvelukeskus Oivan Asikkalan avovastaanotolla toteutettu kehittämishanke on ollut mielenkiintoinen sen työelämälähtöisyyden ja tarpeellisuuden vuoksi.

Mielekkyyttä toi hankkeessa mukana olleen henkilökunnan innokkuus ja positiivinen asenne kehittämiseen ja uuden luomiseen sekä asiakkailta tullut positiivinen palaute. Hanketta toteuttavan henkilökunnan kesken vallitsi hyvä yhteishenki ja päästiin hyvään dialogiin. Myös hoitajien näkemys halusta jatkaa uuden toimintamallin toteutusta toi tunteen, että oltiin onnistuttu luomaan jotain tarpeellista ja yhteiskuntaa palvelevaa toimintaa. Sairaanhoitajat pääsivät tekemään vastuullista ja haasteellista työtä ja sen myötä myös hoitajien työhyvinvointi kasvoi ja potilasturvallisuus parani, samalla sairaanhoitajien asiantuntijuus tuli käyttöön. Toimintamallista saatiin toimiva sekä tarkoitusta

vastaava. Myös laboratorio, joka oli tärkeä yhteistyökumppani, antoi tukea ja apua aina kun siihen oli tarvetta. Uuden toimintamallin käyttöönotto oli myös oppimisprosessi kaikille mukana olleille ja toi uutta näkökulmaa kehittämistyön mahdollisuuksille sekä onnistumisen iloa. Jatkuva kouluttautuminen ja aiheeseen liittyvän kirjallisuuden lukeminen auttaa myös ammattitaidon ylläpitämistä ja uusien mahdollisuuksien löytämistä edelleen kehittämistyössä. INR-hoitajatoiminnasta oltiin myös kiinnostuneita valtakunnallisesti ja kävinkin luennoimassa valtakunnallisille INR-hoitajien koulutuspäivillä Helsingissä.

Vatajan (2012, 51,104) mukaan rajalliset voimavarat on pyrittävä käyttämään mahdollisimman hyvin kansalaisten rajattomien tarpeiden tyydyttämiseen, siksi toiminnan on oltava tuottavaa, taloudellista ja vaikuttavaa. Hän myös toteaa, että kehittämistyö osana arkea ei tapahdu itsestään vaan edellyttää systemaattista ja pitkäjänteistä toimintaa, koordinoitua ja selkeästi määriteltyjä kehittämissuunnitelmia. Muutosten onnistuminen ja kehittämistyön jatkuvuus ovat paljolti kiinni johdon ja työntekijöiden sitoutumisesta. Mielenkiintoiseksi jää seurata INR-hoitaja toiminnan jatkuvuutta, uusia kehittämissuunnitelmia ja sen taloudellisuutta. Avovastaanoton henkilökunnan vastuulle jää kehittää edelleen INR-hoitaja toimintamallia tarpeita vastaavaksi toimintamuodoksi. Toimintamallia tulee päivittää arjen tarpeiden mukaan edelleen.

Vaikka tässä kehittämishankkeessa ei tutkittu asiakasnäkökulmaa, se kuitenkin näytteli isoa roolia hoitajien arjessa heidän toteuttaessaan INR-hoitajan työtään. Asiakkaiden antama positiivinen palaute vaikutti huomattavasti hoitajien mielekkyyteen ja vireyteen toiminnan kehittämisessä ja toteuttamisessa. Potilaiden sitoutuminen ja oma vastuu hoitoonsa nousi. Asiakasnäkökulma tulee varmasti olemaan tulevaisuudessa varteenotettava syy arvioitaessa jatkuuko uusi toimintamalli vai palataanko vanhaan. Siivosen (2012,37) mukaan asiakasnäkökulma tulee esiin asiakastyytyvyytenä ja sen mittaaminen tulevaisuudessa nähtiin haasteena asiakkaiden haasteellisuuden kasvaessa. Haasteena on myös taata palveluiden saatavuus ja kohdentuminen oikein sekä niiden tasapuolisuus.

Taloudellisuutta ajateltaessa flimmerin hoito antikoagulantteilla on yksi keskeinen palvelutuote ja sen vaikuttavuus potilaan elämänlaatuun suuri. Käyttämäni kustannuslaskuriin on mielestäni osattu hakea juuri oikeat asiat, jotka vaikuttavat INR-hoitajatoiminnan kustannuksiin. Samalla mittarilla tulisi arvioida vuosittain kustannusten muutokset. Hyöty terveyskeskukselle on kuitenkin selkeä. Mitä kauemmin hoitajat tekevät mittaustyötä ja asiakkaat tulevat tutummiksi elämäntapoineen, sitä helpommin voi pidentää mittausten välejä ja näin taloudelliset kustannukset pienenevät. Lisäksi uusi toimintamalli on mielekkäämpi asiakkaille ja työhyvinvointia lisäävänä hoitohenkilökunnalle. Tässä on hyvä esimerkki siitä, miten tehokkaalla ja hyvin suunnitellulla toiminnanmuutoksella voi kehittää sekä taloudellista, työhyvinvoinnillista että asiakasmyönteisempää toimintaa.

Arvioitaessa mitä muita kustannustekijöitä tulisi ottaa huomioon INR-hoitaja toimintamallissa, jos harkittaisiin sen ulkoistamista oman toiminnan sijasta, tuli ensiksi mieleen saatavuus. Eli samat toiminnot tulisi olla saatavilla aina kun on tarvetta mittaukseen ja fyysinen paikka yhtä helposti asiakkaan löydettävissä ja saavutettavissa. Myöskään laatu ei saisi laskea, esimerkiksi hoitohenkilökunnan osaaminen tulee olla erinomainen ja tehokas. Palvelutuotteen taso kokonaisuudessaan tulee myös pysyä entisenlaisena ja mahdollisuus tuotteen kokoaikaiseen kehittämiseen on oltava mahdollista. Palveluprosessin yleinen taso tulee säilyä ainakin samalla tasolla kuin ennen ja sen kustannukset eivät saa nousta. Jos kustannukset nousevat, tulee olla selkeästi osoitettavissa mistä lisähyöty tulee, joka saadaan palvelun korkeammalla hinnalla.

Tanttu (2007, 187) kirjoittaa osuvasti väitöskirjassaan, että koko yhteisön menestyminen ja kehittäminen edellyttää kuitenkin kaikkien tasojen asiantuntijuuden kuten johdon, esimiesten ja työntekijöiden näkemysten, kokemusten ja tiedon hyödyntämistä. Asikkalan terveysaseman avovastaanotolla olikin kaikki edellytykset onnistua luomaan menestyvä toimintamalli ja sen suosio ei tullut yllätyksenä itselleni opinnäytetyön tekijänä.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että toimintamallista saatiin toimiva, potilasturvallisuus kasvoi, työhyvinvointi ja asiakastyytyväisyys hoitajien

kokemana kasvoi, toimintaan tuli jatkuvuutta sekä hoidon saatavuus parani ja muita töitä saatiin järjeistettyä resurssien sitomisen vähentyessä. Laboratorion ruuhkat pienenevät sekä muihin laboratorion kokeisiin pääsy nopeutui ja toiminnalta odotetaan taloudellisuutta pitkällä aikavälillä. Tietoa toimintamallin toimivuudesta saatiin fokusryhmien ja hoitajien palaverien keskustelujen pohjalta ja myös Coaguclinic-kustannuslaskurin avulla saatiin tietoa kustannuksellisista hyödyistä. Lisäksi asiakkailta saatiin palautetta, jota hoitajat kertoivat palavereissa.

Tulevaisuudessa eteisvärinän esiintyvyyden oletetaan kasvavan ja vuonna 2050 eteisvärinäpotilaita on laskelmien mukaan 2-4 kertaa nykyistä enemmän, ellei ilmaantuvuutta saada pienemmäksi. Näin potilaita olisi pahimmillaan jopa 400 000. Esiintyvyyden ollessa kasvamassa tulee yhä enemmän kiinnittää huomiota resurssien oikeanlaiseen käyttöön. (Alatalo 2009, 19.) Tämän työn tekemien oli siis perusteltua, koska eteisvärinä sairautena on lisääntynyt, eivätkä uudet lääkkeet sovi kaikille potilaille. Tavoite ja tarkoitus saavutettiin toimintamallin käyttöönoton myötä.

Johtopäätösten yhteenveto:

- Potilasturvallisuus parani
- Hoidosta tuli potilaslähtöisempää
- Potilaan ohjaus parani
- Mittausten kontrollivälit pitenivät
- INR-hoitotasot paranivat
- Selkeät työnjaot, hoitoketju yksinkertaistui
- Toimiston puhelinliikenne väheni
- Virhemahdollisuudet vähenivät
- Työhyvinvointi ja asiakastyytyväisyys kasvoivat
- Laboratorion ruuhka pieneni ja muihin kokeisiin pääsy nopeutui
- Taloudellisuuden odotetaan paranevan pitkällä aikavälillä

7.4 Kehittämishankkeen hyödynnettävyys ja jatkokehittämismahdollisuudet

Antikoagulaatiohoito on yleistynyt terveydenhuollossa ja sen tarve kasvaa vuosittain. Tämä antaa aihetta kehittää erilaisia toimintamalleja sen toteuttamiseen turvallisesti mutta helposti saatavaksi. Koska antikoagulanttihoitoa tarvitsevat yhä nuoremmat asiakkaat, olisi mahdollista muuttaa hoitokäytäntöä niin, että asiakas itse omalla mittarilla toteuttaa mittauksen ja varfariinin määrityksen.

Hoitotasapainon ollessa kunnossa ja asiakkaan hoitomyönteinen itsemittauksen aloittamiseen, voisi jatkokehittämishaasteena kouluttaa osan asiakkaista omahoitoon. Yksi asiakas onkin jo ostamassa omaa vieritestausmittaria ja avovastaanoton hoitajat kouluttavat hänet sen käyttöön sekä määrityksen tekemiseen itsenäisesti. Suunnitelmissa on myös perustaa omatoimimittauspiste, jonne asiakas voi tulla ja mitata itseltään INR-arvon. Tulevaisuudessa tulee korostumaan yhä enemmän asiakkaan oma osallistuminen, jonka edellytyksenä on toimiva ja tasavertainen yhteistyösuhde hoitohenkilöstön ja asiakkaiden välillä (Tanttu 2007, 193).

Kehittämishaasteena voisi olla myös yhtenäisen koulutuksen suunnittelu, joka on kohdistettu omahoitoon siirtyville asiakkaille sekä heille jaettavan kirjallisen materiaalin suunnittelu. Myös sen mahdollista toteuttamista tulisi miettiä ja ketkä olisivat kohderyhmä sekä kriteerit koulutukseen pääsyyn. Suunnitelmassa tulisi ottaa huomioon myös omahoidossa oleville asiakkaille tarkoitettu tukiverkosto, josta saa apua ongelmatilanteissa. Voisiko olla mahdollista käyttää esimerkiksi Skypeä, sähköpostia tai vastaavaa apuna.

Asiakasnäkökulma ei tule esiin tässä kehittämishankkeessa kuin hoitajien välittämänä palautteena työstään. Siksi yhtenä jatkotutkimushaasteena tuonkin esiin asiakasnäkökulman tutkimisen. Oliko asiakastyytyväisyys todella niin hyvä kuin se hoitajien mielestä oli heidän työstään asiakkailta suullisesti saadun palautteen pohjalta. Palveluiden laadussa on kysymys palveluiden sopivuudesta juuri asiakkaan tarpeisiin, siksi laadun arvioijana tulee käyttää juuri asiakasta itseään (Silvennoinen-Nuora 2010, 74).

Koska tämä kehittämishanke on pilottihanke Peruspalvelukeskus Oivassa, tulisi sitä laajentaa myös muihin avovastaanottoihin Oivan alueella. Tällöin tarvetta

olisi suunnitella perehdytysmateriaali INR-hoitaja vastaanotto toimintaan osallistuville sairaanhoitajille sekä ottaa se perehdytysohjelmaan uusille työntekijöille. Materiaali ohjaisi yhtenäiseen ja turvallisuutta lisäävään toimintaan, jota kaikki INR-hoitajat noudattavat. Myös kotisairaanhoidon on osoittanut kiinnostuksensa vieritestaukseen ja jo aloittanutkin mittausten tekemisen asiakkaiden kotona, joten jatkotutkimushaastetta löytyy myös siitä suunnasta. Näkökulmia ja lähestymistapoja jatkokehittämiselle varmasti löytyy lisääkin, kun aikaa kuluu ja tarve kasvaa edelleen.

LÄHTEET

Aalto, P., Kaunonen, M., Mattila, E. & Säilä, T. 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7. Tampereen yliopistopaino.

Ahonen, J., Hartikainen, J., Kyhälä-Valtonen, H., Lehto, M., Lund, J., Mäkijärvi, M., Mäkyne, H., Peiponen, M. & Raatikainen, P. 2011. Eteisvärinän hoito Suomessa-FinFib-tutkimus. Suomen Lääkärilehti 45 vsk 66. Saatavissa: http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto45_1.pdf

Ahonen, N., Heikkilä, A., Kankkunen, P., Meretoja, R. & Suominen, T. 2007. Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. Hoitotiede. Journal of nursing science.

Alatalo, H. 2009. Antikoagulanttihoitoa saavien eteisvärinäpotilaiden seuranta perusterveydenhuollossa. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tutkimusryhmä EPAK. Lääketieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Armstrong, E. & Lassila, R. 2010. Antikoagulaatiohoidon edistysaskelia ja huolenaiheita. Artikkel. Finnanest. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/armstrong/_antikoagul.pdf

Asikainen, P. & Astila-Ketolainen, P. 2009-2011. Satakunnan keskussairaalan kirurgian ja neurologian poliklinikoiden toimintojen ryhmittely vastaanottotyypeittäin. Raportti R 14. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveyden huolto 2009-2011-hanke. Hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinta osahanke.

Askonen, K., Halinen, M., Huikari, H., Koistinen, J., Lepojärvi, M., Parikka, H., Puurunen, M., Raatikainen, P. & Virtanen, V. 2010. Eteisvärinä. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Käypä hoito-suositus.

Doupi, P., Finne-Soveri, H., Jonsson, P., Keistinen, T., Kinnunen, M., Koistinen, P., Nenonen, M., Nio, A., Nodrström, S., Ojanen, J., Pennanen, P., Rintanen, H.,

- Saario, H. & Salminen, K. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere. Juves Print. Tampereen Yliopistopaino.
- Ellonen, M. & Mustajoki, P. 2012a. Eteisvärinä. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00015
- Ellonen, M. & Mustajoki, P. 2010b. Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito, Marevan-hoito). Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli:
- Elo, A-L., Ervasti, J. & Kuokkanen A. 2010. Hyvinvointi ja tuloksellisuus esimiestyön haasteena. Tutkimus kolmessa julkisen sektorin organisaatiossa. Työterveyslaitos ja Tampereen yliopisto. Työympäristötutkimuksen raporttisarja 51. Helsinki.
- Eloranta, A-M. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Eskelinen, S. 2012. Tromboplastiiniaika (P-INR). Senkka ja 100 muuta tutkimusta. Duodecim. Terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03040
- Fitzmaurice, D., McCahon, D., Murray, E. 2004. Point of care testing for INR monitoring; where are we now? Department of Primary Care and General Practice, University of Birmingham. U.K. Blackwell Publish Ltd, British Journal of Haematology.
- Haavisto, V., Heikkinen M. & Kerosuo, H. 2009. Helsingin Kaupungin Kotihoidon loppuarvio. VerveConsulting. Saatavissa: http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/cec623804e664473a43da5f50c17d44f/Kotihoitokokeilun_loppuarviointi.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=cec623804e664473a43da5f50c17d44f

Happonen, H. 2006. Hyvinvointi-indikaattorit kuntasuunnittelun apuvälineenä. Arviointia hyvinvointi-indikaattoreiden kehittämistyöstä Tampereen seutukunnassa vuosina 2004-2006. Pro gradu tutkielma. Kansanterveystiede. Kuopion yliopisto.

HE 283/2009. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2009/20090283>

Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen P. 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Atena kustannus. Juva.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2 tark. painos. Vantaa.

Heikkilä-Tammi, K., Manka, M-L. & Vauhkonen, A. 2012. Työhyvinvointi ja tuloksellisuus. Henkilöstön arvoa kuvaavat tunnusluvut johtamisen tukena kunnissa. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu.

Heiskanen, A. 2007. Kehittämishankkeen arviointi-hyötyä vai ajanhukkaa. Tapauksena Mainiemen päihdetyön kehittämissyksikkö-hankkeen arviointi. Kandidaatintutkielma. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto.

Helaste, H. 2011. Muutosjohtamisella asiakaslähtöisyyteen case Kainuun maakunnan kehitysvammapalvelut. Pro gradu-tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto.

Helmijoki, S. 2011. Päivätoiminta ikääntyneiden kotona asumisen tukijana. YAMK. Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Horsti, J. & Uppa H. 2006. Inaktiivisten hyytymistekijöiden vaikutus oraaliseen antikoagulanttihoitoon (Marevan). KLIIN.LAB. Kliinisen laboratorioalan julkaisu. 23. vuosikerta 1.2006. Saatavissa: http://www.skky.fi/uploads/klabs_061.pdf

Huotari, P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Väitöskirja. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto.

Huttunen, H. 2011. Laatu ja sosiaalialan yrittäjä – teemahaastattelujen sisällönanalyysi. Pro gradu-tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto.

Hämäläinen, H. & Röberg, M. 2007. Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Ikola-Norrbacka, R. 2010. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa. Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professionissa. Väitöskirja. Filosofinen tiedekunta. Julkisojohtaminen. Vaasan yliopisto.

Ikonen, M. 2010. INR-koe ei rajoita elämää. Oma terveys. Laboratoriokeskuksen tiedotuslehti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Saatavissa: http://www.laboratorio.fi/lake/liitetiedostot/editori_materiaali/11

Jonsson, P. 2011. Potilasturvallisuus. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/potilasturvallisuus

Jyrkkä, J., Kastarinen, H., Kiviniemi, V., Oravilahti, T. & Peura, P. 2013. Mitä rekisterit kertovat varfariinin käytöstä ja käyttäjistä suomessa? Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Arkisto. Verkkolehti. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/4_2011/mita_rekisterit_kertovat_varfariinin_kaytosta_ja_kayttajista_suomessa.aspx

Järvelin, J. 2012. Studies on filed and compensated claims for patient injuries. Research 92/2012. Hjelt Institute. Department of Public Health. Faculty of Medicine. University of Helsinki. Juvenes Print. Finnish University Print Ltd Tampere.

Järvinen-Hiekkänen, P. 2011. Toimintatutkimus sairaalatietojärjestelmän

käyttöönnotosta. Onnistumiseen ja epäonnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Artikkelijulkaisu THL:n julkaisussa: Kristiina Häyrynen: Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittelyn tutkimuspäivät 2011. Raportteja 13.

Kaila, M. & Mäntyranta, T. 2008. Focusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 13.

Karjalainen, A. 2011. Nyt meillä on yhteinen näkemys. Nokian perhetyön laadun kehittäminen. YAMK. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Karvonen, K. 2012. Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Keinänen, L. & Kolehmainen, H. 2008. Työnjaon kehittäminen. Vastaanottoiminnan työnjaon kehittämisen arviointi Varkauden terveyskeskuksessa. YAMK. Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Jyväskylä ammattikorkeakoulu.

Kela 2013. Kelasto-raportit. Tilastoryhmä. Saatavissa:
http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet

Kettunen, K. & Räisänen, R. 2007-2009. Perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan yhteistyö ja työnjakohanke Lapissa. 1.8.2007-31.10.2009. Loppuraportti.

Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Väitöskirja. Liiketaloustiede. Johtaminen ja organisaatiot. Vaasan yliopisto.

Kivilahti, E. 2011, Suomalaisten sairaanhoitajien kokema työhyvinvointi Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Pro gradu-tutkielma. Hallintotiede. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto.

Kivimäki, S. 2012, Eettinen osaaminen hoitotyössä. YAMK. Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.

Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatiossa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Kivistö, J. 2011. Potilasturvallisuussuunnitelma osana turvallisuusjohtamista. YAMK. Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu.

Klemola, L., Luostarinen, H., Mykkänen, J., Paakkanen, E., Pöyhölä, A., Riekkinen, A., Riikonen, P., Silvennoinen M., Suhonen, M., Ritva & Tuomainen, M. 2007. Palveluarkkitehtuurin soveltaminen terveydenhuollossa. Osa 2: Prosessien ja palvelujen määrittely ja suunnittelu. SerAPI-projekti. Kuopion Yliopisto.

Koivisto, M. 2011. Johtaminen, johtamisviestintä ja työhyvinvointi. YAMK. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Lahden ammattikorkeakoulu.

Komulainen, J., Meriläinen, O., Mäkelä, M. & Vuokko, R. 2011. Terveydenhuollon toimintaprosessit. Terveydenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Raportti. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Koskela, A. & Risikko, P. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta aadittavasta suunnitelmasta. . Julkaistu Helsingissä. Suomen säädöskokoelma.

Kuisma, P. 2010. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Kunnallinen työmarkkinalaitos 2008. Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollon ja työelämän kehityksessä. Oikea resursointi, osaamisen varmistaminen ja uudistusten tukeminen palkkauksellisesti, muistio 8.7.

Kuronen, R., Oksman, E. & Sisso, M. 2013. POTKU2-hanke. Väli-Suomen Kaste-hanke 2012-2014. Terveystyömalli Väli-Suomen terveyskeskuksiin. Saatavissa:

<http://www.potkuhanke.fi/fi>

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Vastapaino. Tampere.

Käypähoito 2012. Eteisvärinä. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50036>

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto.

Leppänen, N. & Puupponen, A. 2009. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Hoitotyön asiantuntija-käsitteen määrittelyä. YAMK. Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Liikanen, E. 2003. Voiko vierianalytiikka olla laadukasta? Tutkimus sydän- ja verisuonitautien vierianalytiikasta. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos.

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Lindström, E. 2003. Terveystieteiden eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2002:12. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Linko, S. 2009. Labqualityn suositus vieritestauksesta terveydenhuollossa. Mitä uutta? Apulaisylikemisti, dosentti, HUSLAB. Labquality-päivät.

Lönnqvist, M. 2012. Osaamiskartoitus Hyvinkään sairaalan tehovalvonnan sairaanhoitajille. YAMK. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Lahden ammattikorkeakoulu.

Mäkinen, O 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nisula, K. 2010. Päivystävän sairaanhoitajan toiminnan kehittäminen Salon terveyskeskuksessa. YAMK. Kliininen asiantuntija. Turun ammattikorkeakoulu.

Nummelin, M. 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Nurmi-Koikkalainen P. & Ojala M. 2008. Palveluluokitus 2008. Terveysalan palvelut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Nykänen, I. 2008. Sepelvaltimotaudin prevention kehitys Suomessa vuosina 1996-2005. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Nyman, P. 2011. Itseäisen hoitajavastaanotto toiminnan kehittäminen erikoissairaanhoidossa. Case: Jorvin sairaalan neurologian poliklinikka. YAMK. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Laurea Otaniemi.

Peruspalvelukeskus Oiva 2014. Saatavissa: <http://www.oivappk.fi/>

Peura, V. 2012. Mareva-seuranta helpottuu. Suomen Sydänliitti ry. Verkkolehti. Saatavissa: <http://www.sydan.fi/jutut/juttu/-/view/135019>

Piilonen, J. 2011. Päivystävän sairaanhoitajan itsenäinen akuuttivastaanotto ja lääkäri-hoitaja työparitoiminta Äänekosken ensiavussa. Rampe-hanke. Kaste ohjelma.

Piirainen, M. 2013. Eettinen johtaminen terveydenhuollon organisaatiomuutoksissa hoitotyön lähiesimiehen näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Pohjola-Nylander, P. 2009. Uuden vieritestin käyttöönotto avoterveydenhuollossa. Kliininen kemia ja hematologia. HUSLAB.

Puhakka, J. 2011. Antikoagulaatiohoidon käsikirja. Ohjeistus varfariinihoidon toteutuksesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print. Tampereen Yliopistopaino.

Saarinen, S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Salin, S. 2009-2011. Kansallisesti yhtenäisten hoitoyön henkilöstövoimavarojen hallinnan tunnuslukujen määrittäminen ja saatavuus. Poliklinikkatoiminnan hoitohenkilöstön voimavaroja kuvaavien tunnuslukujen kehittäminen. Raportti R 2. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveyden huolto 2009-2011-hanke.

Hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinta-osahanke.

Salmela, S. 2005. Keski-Suomen Keskussairaalan liikuntapoliklinikka-kokeilu. Toimintatutkimus poliklinikan kirjallisen materiaalin suunnittelusta, toteutuksesta ja toimivuudesta. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.

Siivonen, K. 2012. Sairaanhoidopiirin strategia päivystysklinikan hoitajien työssä. YAMK. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Sillanpää, A-L 2011. Hoitajavastaanoton kehittäminen hoitajavastaanoton sisällön tarkastelemisen kautta (tapaustutkimus). Hoitoprosessin tehokas toteuttaminen. YAMK. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Kauppa- ja hallintotiede. Tampereen yliopisto.

Soininen, M. 2012. Tutkimus tukee varfariinin käyttöä aivohalvauksen ehkäisyssä. Lääkärilehti. Julkaistu 29.3. Saatavissa:

http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=11845/type=1

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveydenhuollon palvelu paranee.

Kiireettömään hoitoon määrääjässä. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:13. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3537.pdf&title=Terveydenhuollon_palvelu_paranee_Kiireettomaan_hoitoon_maaaraajassa_fi.pdf

Sulanen, J. 2010. Omaishoitajien käsityksiä kotikuntoutusinterventiosta ja sen merkityksestä omaishoidon arkeen. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit. Tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Pro gradu-tutkielma.

Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Vaasan yliopisto.

Teppo, U. 2011. Tehtävänsiirto ortopedilta fysioterapeutille. Polvioireisten potilaiden konservatiivisesta hoidosta saadut kokemukset, palvelujen käyttö ja terveyden osatekijöiden muutokset vuoden seurannassa. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a. Sydän- ja verisuonitaudit. Tietopaketit. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/sydan_ja_verisuonitaudit

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011b. Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelma.

Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e28ead9c-eab6-4d67-b5e3-b12b1a9b0adf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c. Kansainvälisiä toimijoita potilasturvallisuudessa. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/kansainvaliset-toimijat?&print=true

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014d. Antikoagulaatiohoidon ohjeet.

Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/antikoagulaatiohoidon_ohjeet/

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013e. Terveydenhuoltolaki ja

potilasturvallisuus. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/terveydenhuoltolaki-ja-potilasturvallisuus

Tikkanen, T. 2005. Kotihoidon Marevanhoitajan rooli. Helsingin Kaupungin Kotihoidon Marevanhoitajaprojekti. Helsinki.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University Press.

Toivola, J. 2008. Organisaation keskijohdon kokemuksia muutosjohtamisesta terveydenhuollon tietojärjestelmähankkeissa. Pro gradu-tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Torkki, P. 2012. Käypä prosessi-mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä. Väitöskirja. Department of Industrial Engineering and Management. Helsinki. Aalto-yliopisto.

Turpeinen, V. 2009. Vieritestitoimintaa Keski-Suomen kunnissa. YAMK. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa:

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

Uusitalo-Kovanen, E. 2010. Varfariinipotilaan hoitopolku ja sen kehittäminen perusterveydenhuollossa. Apteekki- ja farmasian erikoistumisopinnot proviisoreille. Projektityö. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto.

Valtiovarainministeriö 2013. Kohti yhdenvertaisia ja kattavia sote-palveluja. Koordinaatioryhmän linjaus kuntauudistuksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhteensovittamiseksi. Valtioneuvoston kanslian tiedote 8.5. Saatavissa:

http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/20130508Koordi/name.jsp

Valvira 2013. Rajattua lääkkeenmääräämis-oikeutta koskevat hakuohjeet sairaanhoitajille. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Saatavissa:

http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet/sairaanhoitajan_rajattu_laakkeenmaaraamisoikeus

Vataja, K. 2012. Kehittyvä työyhteisö. Itsearviointin hyödyntäminen työyhteisön kehittämisessä kunnallisessa sosiaalitoimessa. Väitöskirja. Filosofinen tiedekunta.

Vaasan yliopisto.

Väisänen, L. 2011. INR-vieritestin hallittu käyttöönotto terveysasemilla. Kehittämistehtävä. Vierianalytiikan erikoistumisopinnot. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Willberg, U. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteiden laitos/ Erityispedagogiikan yksikkö. Saatavissa:

<https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro-gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Åman, T. 2005. Oraalisen antikoagulanttihoidon seuranta hoitajälhtöisesti kotisairaanhoidossa. Kunnallislääkäri numero 2, vsk 20.

LIITTEET

Liite 1

Tutkimuslupa

OIVA
Peruspalvelukeskus

PERUSPALVELUKESKUS OIVA- LIIKELAITOS VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

virkanimike	pvm	
Peruspalvelukeskuksen johtaja	13.8.2012	41 §

<p>Asia Tutkimuslupa Tiina Nikula-Holtinen</p>
<p>Asiaselostus</p> <p>Lahden ammattikorkeakoulussa on suorittamassa sairaanhoitajan YAMK-tutkintoa Tiina Nikula-Holtinen. Koulutukseen kuuluu opinnäytetyö/ kehittämishanke ja Tiina Nikula-Holtinen hakee lupaa kehittämishankkeelleen "Marevanpoli toiminnan käyttöönotto, Asikkalan terveysaseman avovastaanotto".</p> <p>Kehittämishankkeen tavoitteena on ottaa käyttöön uusi toimintamalli antikoagulanttihoitoa saavien potilaiden osalta. Tarkoituksena on hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantaminen ja hoidon keskittäminen.</p> <p>Opinnäytetyö toteutetaan toimintatutkimuksena, jolloin hanke etenee sykleittäin eli suunnittelusta toimintaa ja havainnoinnista reflektioon. Kehittämishanke on tarkoitus läpiviedä syksyn 2012 - kevään 2013 aikana, hankkeen suunnittelu on aloitettu 2011. Osallistujina ja haastateltavina ovat avovastaanotolta sairaanhoitajat, lääkärit sekä PHSOTEY:n laboratorion henkilökuntaa.</p> <p>Hankkeen myötä kehitetään uusi toimintamalli, palveluprosessi. Toimintatutkimuksen ja näin opinnäytetyön tulokset ovat käytettävissä Oivan toiminnan kehittämiseksi.</p>
<p>Päätös</p> <p>Päätetään antaa tutkimuslupa Tiina Nikula-Holtiselle hänen opinnäytetyöhönsä Marevanpoli toiminnan käyttöönotto.</p>
<p>Allekirjoitus</p> <p style="text-align: right;"><i>Eeva Halme</i></p> <p>Eeva Halme</p>

Täytöntöönpano ja tiedoksianto:

Tiina Nikula-Holtinen, Pirkko Lindroos, Riitta Airola

Päätöksentekovaltuus:

Hollolan kunnan hallintosääntö

Tähän päätöksen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä peruspalvelukeskus Oivan jäsenkunnat ja niiden jäsenet.

Liite 2

Laittekohtainen potilastuloslomake

PÄJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄ
Kliinisen kemian laboratorio

27.05.2011
Laatija Leena Väisänen/Tina
Hyväksyjä Arja Frilander
Korvaa ohjeen _____

LAITEKOHTAINEN POTILASTULOSLOMAKE
VIERITESTIT / INR -pikamittarit

Potilaan nimi ja henkilötunnus: _____

Laitteen sijoituspaikka: _____

Laitteen merkki: _____

Laitteen sarjanumero: _____

pvm	liuskaerä (lot)	näytenumero	INR pika 6561	INR lab 4520	huomioita

Mittari soveltuu käyttöön, mikäli INR pika ja INR lab. tulosten ero on alle 0,5 INR

Mittari soveltuu ei sovellu
potilaan INR pika mittausten tekoon

Jatkossa potilaan INR mittauksissa käytetään INR pika (6561) / INR lab (4520) t
Viivaa tarpeeton yli.

Kopio dokumentista toimitettu hoitoyksikköön.

pvm: _____ tekijä: _____

Tarkistusmittaukset
INR tuloksen tarkistava hoitaja tilaa tarvittaessa
- Potilaskohtainen vertailu 2 kertaa vuodessa
- Mikäli tulos poikkeaa yli INR 1.0 edellisestä ilman selkeää syytä
- INR tulos < 1,5 tai > 5

pvm	liuskaerä (lot)	näytenumero	INR pika	INR lab	huomioita

H:\Osaistot\LABRA\08\LAATUJÄRJESTELMÄ\08Ohjeet\08Vieritestit\laittekohtainenpotilastuloslomake

Liite 3.

Fokusryhmähaastattelun teema-alueet alkutila-analyysissa:

1. Millainen vanha toimintamalli oli? Sen hyödyt ja heikkoudet. Työllistikö se paljon henkilökuntaa?
2. Mikä on potilasturvallisuuden merkitys Marevan-hoidon osalta omassa työssä? Miten voin vaikuttaa siihen? Millainen potilasturvallisuus Marevan-hoidossa oli vanhassa mallissa?
3. Mitä odotat uudelta mallilta? Miten koit yhteistyön toimivuuden Marevan-hoidossa? Miten uuden mallin käyntiin lähteminen koettiin?

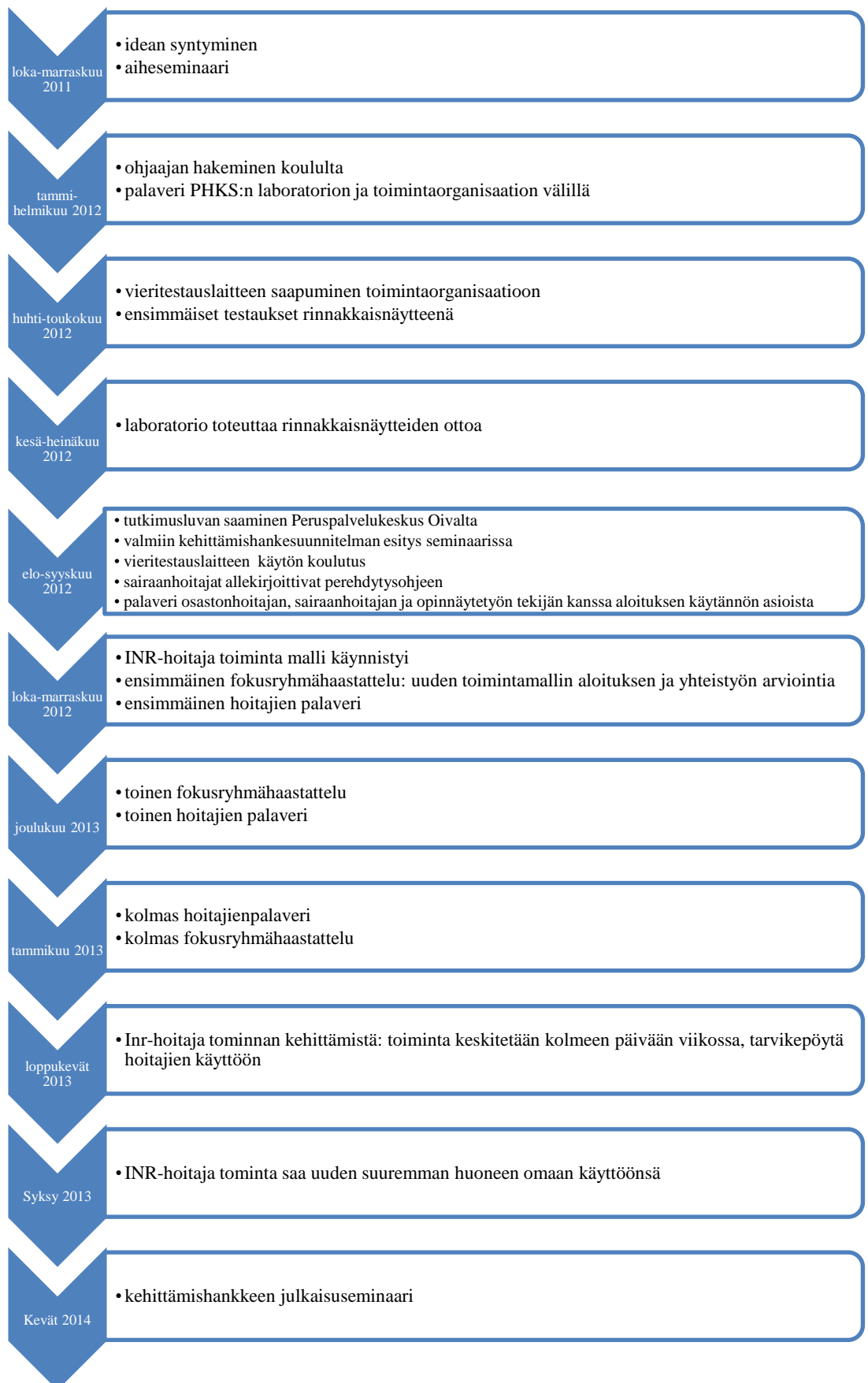
Toisen fokusryhmähaastattelun teema-alueet:

1. Miten koit uuden mallin aloituksen? Oliko ohjeistus riittävä ja kertausta tarpeeksi? Mitä jäit kaipaamaan?
2. Miten koit hoitajien, lääkärien ja laboratorion yhteistyön toimivuuden uuden Marevan-hoidon aloituksessa? Hyödyt ja heikkoudet.
3. Onko asiakas otettu riittävästi huomioon? Asiakkaan näkökulma. Miten koet työjärjestelyiden sujuvuuden?

Kolmannen fokusryhmähaastattelun teema-alueet:

1. Millainen on uusi toimintamalli? Toimiiko se? Onko kaikki asiat huomioitu? Koetaanko uusien järjestelyiden olevan järkeviä?
2. Miten potilasturvallisuuden koetaan muuttuneen uuden mallin myötä? Osaavatko kaikki potilasohjauksen? Onko osattu toimia oikein ongelmatilanteissa, haasteellisten asiakkaiden kohdalla?
3. Mitä muuta uusi toimintamalli toi työyhteisöön? Hyötyä, edelleen kehitettävää, rikkautta, lisäkoulutuksen tarvetta... Miten toimintatutkimus kehittämisen välineenä koetaan?

Liite 4. Kehittämishankkeen aikataulu



Liite 5. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä

