

Ohjeistuksen laatiminen
avoterveydenhuollon hoitajille
suorien
antikoagulanttilääkkeiden
käytöstä eteisvärinää
sairastavan hoitotyössä

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Syksy 2016
Anna-Kaisa Kuronen
Ronja Junkkari

Lahden ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma
JUNKKARI, RONJA &
KURONEN, ANNA-KAISA

Ohjeistuksen laatiminen
avoterveydenhuollon hoitajille suorien
antikoagulanttilääkkeiden käytöstä
eteisvärinä sairastavan hoitotyössä

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 50 sivua, 19 liitesivua

Syksy 2016

TIIVISTELMÄ

Sydämen yleisin rytmihäiriö on eteisvärinä, joka tarkoittaa sydämen eteisten epätasaista supistumisrytmiä. Eteisvärinä voi aiheuttaa verihyytymän liikkumisen verisuonia pitkin aivoihin, jolloin vaarana on aivoveritulpan muodostuminen. Tehokkain tapa ehkäistä veritulppien muodostumista on hyvä verenohennus- eli antikoagulaatiohoito. Käytössä on kahdenlaisia verenohennuslääkkeitä, varfariini sekä uudet, suorat antikoagulanttilääkkeet dabigatraani, rivaroksabaani ja apoksabaani. Eteisvärinäpotilaiden jatkohoito järjestyy pääsääntöisesti avoterveydenhuollossa, jossa sairaanhoitajalla on suuri vastuu potilasohjauksessa ja potilaan sitouttamisessa hoitoon.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä avoterveydenhuollon hoitajille ohjeistus siitä, kuinka uudet antikoagulanttilääkkeet otetaan käyttöön ja kuinka usein asiakkaan tulisi käydä seurantakäynneillä ensimmäisen vuoden aikana, sekä mitä seurantakäynnit sisältävät. Tarkoituksena oli saada hoitajille lääkehoidon osaamista antikoagulanttien käytön ohjaamisessa sekä tätä kautta lisätä myös potilaan hoitoon sitoutumista.

Toimeksiantajana toimi Lahden keskustan lähiklinikka. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytteenä. Pohjana uuden ohjeistuksen tekemiseen käytettiin aiemmin käytössä ollutta epävirallista ohjetta seurantakäynneille, sekä tietoperustaa liittyen eteisvärinäpotilaan hoitoon, seurantaan ja suoran antikoagulaatiolääkehoidon toteutukseen. Hoitajille suunnatulla kyselyllä varmistettiin, mitä asioita hoitajat halusivat ohjeistuksessa olevan. Ohjeistuksen sisällöstä sovittiin yhdessä lähiklinikan yhteyshenkilön kanssa. Ohjeistuksen on tarkoitus tulla käyttöön Lahden alueen avoterveydenhuollon yksiköissä sairaanhoitajien työn apuvälineenä.

Asiasanat: Eteisvärinä, antikoagulaatio, potilasohje, avoterveydenhuolto.

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

JUNKKARI, RONJA &
KURONEN, ANNA-KAISA

A patients' guide for a new
anticoagulant therapy in
community health care.

Bachelor's Thesis in Nursing 50 pages, 19 pages of appendices.

Autumn 2016

ABSTRACT

Atrial fibrillation is the most common irregular heartbeat. In atrial fibrillation the upper chambers of the heart beat irregularly instead of beating effectively to move blood into the ventricles. The irregular heartbeats can cause blood to collect in the heart and potentially form a clot, which can cause a stroke if it travels to a person's brain. The best way to prevent the blood clotting is the anticoagulant therapy. There are two kinds of oral anticoagulants, warfarin and new oral anticoagulants; rivaroxaban, apixaban and dabigatran. Patients with atrial fibrillation mostly use the services of community health care. There the nurses have a big responsibility for patients' education and compliance.

The objective of this Bachelor's Thesis was to make a guide about patient education in new anticoagulants. The guide will be used in community health care units. The purpose of the Bachelor's Thesis was to educate nurses in community health care to give better patient education about new anticoagulants. Another purpose was to improve patients' compliance with anticoagulant therapy.

The commissioner of the Bachelor's Thesis was the health center, which is located in the center of Lahti. The thesis was made for them because they had a need for this kind of guide. It was made as a functional thesis. The thesis was made by using as a basis the health center's old unofficial guide about new anticoagulants. In addition to that, the guide was made by using information about the care of patients with atrial fibrillation and information of new anticoagulants. To make sure that the guide was useful in the health center, there was an inquiry for nurses who worked in the unit. The inquiry helped to clarify what needs and expectations nurses had for the guide. The guide will be used as a work tool for nurses working in the health center in the center of Lahti.

Key words: Atrial fibrillation, anticoagulants, patient counselling, community health care.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	ETEISVÄRINÄ	3
2.1	Patogeneesi ja altistavat tekijät	3
2.2	Eteisvärinän haitalliset seuraukset	4
2.3	Eteisvärinän hoito	5
2.3.1	CHA2DS2VASc-riskipisteet	6
2.3.2	HAS-BLED-vuotoriskipisteet	7
2.4	Eteisvärinäpotilaan seuranta	8
3	ANTIKOAGULAATIOHOIDON TOTEUTUS	10
3.1	Suorat antikoagulantit	11
3.2	Verenohennuslääkkeiden valinta	14
3.3	Suorien antikoagulanttien Kela -korvattavuus	17
4	SAIRAANHOITAJAN TOTEUTTAMA POTILASOHJAUS AVOTERVEYDENHUOLLOSSA	19
4.1	Hoitoon sitoutuminen ja hoitomyöntyvyys	20
4.2	Ohjauksen toteutus	21
4.3	Lääkehoidon ohjaus	23
4.3.1	Suorien antikoagulaatiolääkkeiden potilasohjaus	26
4.3.2	Suoria antikoagulaatiolääkkeitä käyttävien potilaiden seurantakäyntien sisältö	27
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	31
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	32
6.1	Tiedonhaun toteutus	32
6.1.1	Tietokantojen ja hakusanojen käyttäminen	34
6.1.2	Lähteiden luotettavuus	35
6.2	Oppaan tarpeen kartoittaminen kyselyllä	35
6.3	Oppaan tekeminen	36
7	POHDINTA	38
7.1	Opinnäytetyön eettisyys	40
7.2	Kehittämisideoita	41
	LÄHTEET	43
	LIITTEET	

Liite 1: Esimerkkejä tiedonhausta

Liite 2: Kysely avoterveydenhuollon hoitajille ohjeistuksesta

Liite 3: Potilaskortti suoran antikoagulantin käyttäjälle

Liite 4: Opas avoterveydenhuollon hoitajille antikoagulaatiohoidon toteutuksesta.

Sanastoa:

Antikoagulaatio – verenhennus.

Eteisvärinä (flimmeri) – sydämen yleisin rytmihäiriö.

Patogeneesi – taudin synty.

Tromboembolia – Veritulppa, joka liikkuu veren mukana hyytymänä.

TTR-arvo – Time in therapeutic range %. Kertoo prosentuaalisen ajan, jolloin varfariinihoito on ollut INR-tavoitealueella.

Indikaatio – Lääkkeen käyttöaihe.

1 JOHDANTO

Sydämen yleisin rytmihäiriö on eteisvärinä, eli fibrillatio atriorum ja tunnetummin flimmeri. Yli 75-vuotiaista yksi kymmenestä sairastaa kohtauksittain tai pysyvästi esiintyvää eteisvärinää. Eteisvärinässä eteiset supistelevat eri tahtiin, sähköimpulssit leviävät sydämeen sattumanvaraisesti ja syke on epäsäännöllinen. Eteisvärinä lisää riskiä verihyytymien liikkeelle lähtöön ja ne voivat aiheuttaa aivohalvauksia joutuessaan ahtaisiin verisuoniin aivojen alueelle. Antikoagulaatiohoito eli verenohennushoito on olennaisessa osassa veritulppien muodostumisen ehkäisyssä. Suurin osa eteisvärinää sairastavista potilaista tarvitsee antikoagulaatiohoidon aivohalvausriskin pienentämiseksi. (Kettunen 2014.)

Tavanomaisen antikoagulaatiolääkkeen eli varfariinin rinnalle on tullut uusia myyntiluvan ja käyttöaiheen saaneita vaihtoehtoja (Lehto, Mustonen, Tierala 2014, 1709), joita opinnäytetyö käsittelee tarkemmin. Uusien, antikoagulanttien vaikuttavat aineet ovat dabigatraani, rivaroksabaani, apiksabaani. Ne ovat muuttaneet antikoagulaatiohoidon toteutusta ja seuranta huomattavasti. Uusiin antikoagulantteihin kohdistuu suuria odotuksia, mutta niiden käyttöön liittyy myös epävarmuustekijöitä. (Lassila ym. 2011, 2753.) Vaikka suoria antikoagulantteja käyttäessä ei tarvitakaan säännöllistä hyytymistestien monitorointia, tulee potilaiden käydä säännöllisesti seurannassa hoitoon sitoutumisen varmistamiseksi sekä vuotoriskin arvioimiseksi (Lehto ym. 2014, 1709).

Antikoagulaatiohoidon aloituksesta päättävät lääkäri ja potilas yhdessä, mutta suurin osa seurantakäynneistä tapahtuu sairaanhoitajan vastaanotolla. Antikoagulaatiohoidon seurantakäyntien järjestämisessä suuri vastuu on varsinkin avoterveydenhuollon hoitohenkilökunnalla. Näin ollen, opinnäytetyön aihe suoria antikoagulantteja käsittelevästä oppaasta hoitajille potilasohjaukseen on lähtöisin opinnäytetyön toimeksiantajalta, Lahden keskustan lähiklinikalta. Keskustan eikä Eteläisen lähiklinikan sairaanhoitajilla ole ollut tähän mennessä virallista ohjetta eteisvärinäpotilaan suoran antikoagulaatiolääkityksen hoidon

toteutuksesta. Aiheen ulkopuolelle jää sovitusti varfariini-hoito, joten työ keskittyy vain uusiin antikoagulaatiolääkkeisiin.

Opinnäytetyössä käydään läpi eteisvärinän määrittelyn sekä suorien antikoagulanttien farmakologisen käsittelyn lisäksi vuotoriskin riskipisteytystä, Kela-korvauksia ja suorien antikoagulanttien eroja toisiinsa sekä varfariiniin nähden. Olennaisessa osassa on potilasohjaus, jolla on suuri merkitys potilaan sitouttamiseen pitkäaikaiseen ja säännölliseen hoitoon. Opinnäytetyönä toteutetun ohjeen kohderyhmänä ovat sairaanhoitajat, joten se on tehty hoitotyön näkökulmasta. Mukaan on otettu olennaiset ja opinnäytetyön aiheen kannalta välttämättömät lääketieteelliset ja farmakologiset tiedot, sillä antikoagulanttilääkkeiden potilasohjaus on osittain tehtävänsiirto lääkäreiltä hoitajille.

Lääkehoidon toteuttamisessa ja lääkehoidon ohjauksessa, sekä siihen liittyvässä päätöksenteossa sairaanhoitajilta vaaditaan tietojen ja taitojen monipuolista hallintaa (Sneck 2016, 23). Sairaanhoitajan tulee potilasohjausta toteuttaessaan tietää lääkkeen toivotut vaikutukset, mahdolliset sivuvaikutukset ja yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa sekä tietää lääkkeen normaali annostus. Sairaanhoitajan tulee lisäksi tietää lääkkeiden imeytymisen ja eliminaation vaiheet. (Sneck 2016, 26.)

2 ETEISVÄRINÄ

Eteisvärinällä tarkoitetaan sydämen yleisintä rytmihäiriötä, jonka lääketieteellinen diagnoosi on fibrillatio atriorum. Eteisvärinä tunnetaan myös nimikkeellä flimmeri. Se ei tarkoita samaa kuin kammiovärinä, eikä eteisvärinä johda kammiovärinään. Eteisvärinä itsessään on vaaraton, mutta eteisvärinän suurin aiheuttama vaara on verihyytymät, joita syntyy sydämen eteisiin ja sieltä liikkeessaan ne voivat aiheuttaa aivohalvauksia. (Kettunen 2014.) Arviolta alle kaksi prosenttia väestöstä sairastaa eteisvärinää. Sairastuneiden keski-ikä on 75 vuotta. On ennustettu, että eteisvärinäpotilaiden määrä tulee moninkertaistumaan väestön ikääntyessä, sekä elintapojen epäterveellisyyden vuoksi. Kaikista sairaalahoitoa vaativista rytmihäiriöistä kaksi kolmesta johtuu eteisvärinästä. (Mäkynen & Raatikainen 2014, 795.)

Eteisvärinä voidaan jakaa neljään päätyyppiin jotka ovat kohtauksittainen, jatkuva, pitkään jatkunut ja pysyvä eteisvärinä. Päätyyppiin jakautumien määräytyy uusiutumistaipumuksen ja keston mukaan. Lisäksi eteisvärinä voidaan jakaa joko akuuttiin eli alle 48 tuntia, tai pitkittyneeseen eli vähintään 48 tuntia kestäneeseen eteisvärinään. (Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Toistuvat ja useasti esiintyvät eteisvärinäkohtaukset ovat potilaalle kiusallinen vaiva. Moni hakeutuu päivystykseen, sillä sydämen rytmin kiusallinen nopeus voi säikäyttää ja aiheuttaa pahoinvointia. Useimmat eteisvärinäpotilaat tottuvat eteisvärinäkohtauksiin, eikä ensiapuun tarvitse hakeutua, mikäli yleiskunto pysyy kuitenkin hyvänä. Yli vuorokauden kestävässä eteisvärinäkohtauksessa on syytä hakeutua ensiapuun, jolloin rytmi käännetään normaaliksi tai värinärytmiä hidastetaan. (Kettunen 2014.)

2.1 Patogeneesi ja altistavat tekijät

Eteisvärinässä sydämen eteiset eivät supistu säännöllisesti samaan tahtiin, vaan värisevät eri tahtiin. Sykkeen epäsäännöllisyys ja

epätasaisuus johtuvat siitä, että sähköimpulssit eivät kulkeudu tasaisesti kammioihin, vaan sattumanvaraisesti. Eteisvärinässä sydämen pumppausteho heikkenee, mutta rytmin hidastuessa alle 100 lyöntiä minuutissa, se ei vaikuta normaaliin elämään tai liikkumiseen. (Kettunen 2014.)

Eteisvärinän syntyyn vaikuttaa moni tekijä. Muun muassa sidekudoksen lisääntyminen, eteisten koon kasvaminen, erilaiset toiminnalliset tekijät sekä rakenteelliset muutokset vaikuttavat eteisvärinän syntyyn. Varsinkin tiheät eteislisälyöntisarjat sekä kiertoaktivaatio voivat johtaa eteisvärinän kehittymiseen. (Mäkynen ym. 2014, 795.)

Eteisvärinällä on samoja riskitekijöitä kuin muillakin sydän- ja verisuonisairauksilla. Näistä altistavimmat tekijät ovat kohonnut verenpaine, sydämen läppäviat, sepelvaltimotauti sekä sydämen vajaatoiminta. Myös muut sydämentoiminnan häiriöt, kuten eteislepatus, eteis-kammiosolmukkeen kiertoaktivaatiotakykardia ja synnynnäiseen oikorataan liittyvä takykardia voivat pitkään jatkuneena johtaa eteisvärinään. Muita kuin sydämestä lähtöisin olevat altistavat tekijät ovat diabetes, uniapnea ja lihavuus. Myös krooniset keuhkosairaudet ja kilpirauhasen toimintahäiriöt lisäävät riskiä eteisvärinälle. Akuutti eteisvärinän voi puolestaan laukaista alkoholin liikakäyttö, akuutti sydäninfarkti, perikardiitti, myokardiitti ja keuhkoembolia. (Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus, 2014.) Arvion mukaan uusista eteisvärinätapauksista jopa puolet johtuu verenpainetaudista, ylipainosta, diabeteksesta tai tupakoinnista. Elintavoista johtuviin riskitekijöihin tulisikin puuttua ajoissa ehkäistäkseen eteisvärinän, sekä muidenkin sydän- ja verisuonitautien mahdollisuutta. (Mäkynen ym. 2014, 796.)

2.2 Eteisvärinän haitalliset seuraukset

Eteisvärinän haitallisena seurauksena suorituskyky voi heikentyä varsinkin suorituksen alkuvaiheessa. Eteisvärinä ei kuitenkaan yleensä vaikuta jokapäiväiseen elämään tai liikuntaharrastuksiin, mikäli potilaalla ei ole

muita sydän- ja verisuonisairauksia. Sydämen vajaatoimintaa sairastavalla potilaalla akuutti eteisvärinäkohtaus voi romahduttaa suorituskyvyn jopa kokonaan. Pysyvä eteisvärinä puolestaan voi aiheuttaa sydämen vajaatoimintaa, mikäli kammiovaste on toistuvasti liian korkea, eli yli 110 lyöntiä minuutissa. Vajaatoimintaa voidaan koittaa parantaa eteis-kammiosolmukkeen katkaisulla, sydämen tahdistimella, sinusrytmin sähköisellä rytminsiirrolla tai kammiovasteen hidastuttamisella lääkityksellä. (Raatikainen 2014.)

Eteisvärinässä sydämen eteiset eivät supistu tasaisesti, vaan veri jää seisomaan eteisiin mikä johtaa hyytymän muodostumiseen (Raatikainen 2014). Hyytymän lähtiessä liikkeelle se voi kulkeutua aivovaltimoihin ja aiheuttaa näin aivohalvauksen eli aivoveritulpan, embolian.

Verenohennushoidolla eteisvärinässä on suuri merkitys, sillä ilman antikoagulaatiohoitoa viisi sadasta saisi vuoden aikana aivoverenkiertohäiriön. Riski on kohonnut myös silloin kun taustalla on jokin muu sydäntauti. (Kettunen 2014.)

Eteisvärinä itsessään johtaa harvoin kuolemaan. Kuolleisuus eteisvärinää sairastavilla on noin kaksinkertainen sinusrytmissä oleviin verrattuna. Tehoton verenohennushoito tai sen puuttuminen, rytmihäiriölääkitys sekä eteisvärinän ohella olevan sydänsairauden vaikeusaste vaikuttavat olennaisesti eteisvärinää sairastavien kuolleisuuteen. (Raatikainen 2014.)

2.3 Eteisvärinän hoito

Eteisvärinää voidaan hoitaa erilaisin keinoin. Tuore eteisvärinä palautetaan normaaliksi rytmiksi rytminsiirrolla, mutta eteisvärinällä on kuitenkin taipumus uusiutua. Rytminsiirto tapahtuu sähköisesti lyhytkestoisessa nukutuksessa tai lääkkeillä. Tämän toimenpiteen jälkeen normaalia rytmin säilymistä pyritään tukemaan beetasalpaajilla tai muilla rytmihäiriölääkkeillä, joista yleisimmin käytettyjä ovat flekainidi, dronedaroni, amiodaroni ja propafenoni. Rytmihäiriölääkkeiden tehokkuudesta on hyvin vaihtelevia tuloksia, joten kohtauksittain esiintyvä

eteisvärinä usein muuttuu pysyväksi eteisvärinäksi. Iäkkäiden potilaiden rauhallista eteisvärinää ei tämän vuoksi aina edes käännetä. (Kettunen 2014.)

Katetriablaatiolla eteisvärinä voidaan jopa parantaa. Kyseessä on toimenpide, jossa potilaalle asennetaan verisuonien kautta sydämen eteiseen katetri, jonka avulla keuhkolaskimot eristetään eteiskudoksesta katkaisemalla vasemman eteisen ja keuhkolaskimoiden väliset sähköä johtavat lihassäikeet. Tahdistimella puolestaan katkaistaan sydämen eteisten ja kammioiden välinen yhteys, joka estää rytmihäiriön. (Kettunen 2014.)

Eteisvärinän hoitoon kuuluu tärkeänä osana sydänperäisten tromboemolisten komplikaatioiden estäminen. Aivoinfarktia mahdollisesti seuraava kuolleisuus, toimintakyvyn menetys sekä laitoshoidon tarve ovat eteisvärinästä johtuvassa aivoinfarktissa todennäköisempiä kuin muissa aivoinfarkteissa. Aivohalvauksen riskiä tulee aina arvioida eteisvärinätapauksissa. CHA₂DS₂VASc-pisteytys (chadvasc) on hyvä työväline riskin arvioimiseen. Lisäksi vuotoriskiä voidaan arvioida HAS-BLED- riskipisteytyksellä. Eteisvärinän tyyppi tai sen oireisuus eivät vaikuta aivoinfarktirisikiin, vaan tukoksille altistavat tekijät tulee kartoittaa yksilöllisesti oikeanlaisen antikoagulaatiohoidon löytämiseksi. (Mäkynen ym. 2014, 798-799.) Hyvin toimiva antikoagulaatiohoito vähentää eteisvärinäperäisen aivohalvauksen riskiä yli 60 prosenttia. (Lehto & Kiviniemi 2015, 1176).

2.3.1 CHA₂DS₂VASc-riskipisteet

Eteisvärinäpotilaalla aivohalvauksen riskiä arvioidaan chadvasc-pisteiden ja HAS-BLED-vuotoriskin avulla. Aivoinfarktirisikiä arvioidessa eteisvärinän oireisuus ja tyyppi eivät ole merkityksellisiä, vaan antikoagulaatiohoidon tarve arvioidaan tukoksille ja verenvuodolle altistavien tekijöiden yksilöllisellä kartoittamisella. (Mäkynen ym. 2014, 798.) Taulukon 1 mukaan pisteitä kertyy sydämen vajaatoiminnasta, hypertensiosta, yli 75-

vuoden iästä, diabeteksestä, aiemmasta aivohalvauksesta tai TIA:sta, verisuonisairaudesta, 65–74-vuoden iästä sekä naissukupuolesta potilaan ollessa 65 vuotta täyttänyt (CHA2DS2VASc-pisteitys ja HAS-BLED-vuotoriski 2015). Jos potilaalla ei eteisvärinän lisäksi ole muita riskitekijöitä (chadvasc = 0), tukoksen vaara on hyvin pieni. Sen sijaan antikoagulaatiohoitoon liittyvä verenvuotoriski on tällaisella potilaalla suurentunut. Keskisuuren riskin potilailla (chadvasc = 1) antikoagulaatiohoidon aloitus on suositeltavaa, mutta ei välttämätöntä, jos riskitekijä on hyvin hoidettu, eikä potilaalla ole muita veritulppariskiä lisääviä tekijöitä. Suuren riskin potilaille (chadvasc \geq 2) antikoagulaatiohoito tulee aloittaa aina, kun hoidon aloittamiselle ei ole vasta-aiheita. (Mäkynen ym. 2014, 799.)

Taulukko 1. CHA2DS2VASc-riskipisteet

(Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus 2015).

Riskitekijä	Pisteet
Sydämen systolinen vajaatoiminta	1
Kohonnut verenpaine	1
Ikä \geq 75 vuotta	2
Diabetes	1
Aiempi aivohalvaus tai TIA	2
Valtimosairaus	1
Ikä 65-74 vuotta	1
Naissukupuoli, jos ikä on \geq 65 vuotta	1

2.3.2 HAS-BLED-vuotoriskipisteet

Eteisvärinäpotilaan tukosriskin kartoituksen lisäksi tulee selvittää potilaan riski verenvuotoihin. HAS-BLED -riskipisteitystä käytetään apuna vuotoriskin arvioimisessa. Arviointi mahdollistaa riskitekijöihin puuttumisen

hoidoilla tai potilasohjauksella. (Mäkynen ym. 2014, 799.) Taulukon 2 mukaan pisteitä kertyy korkeasta systolisesta verenpaineesta, munuaisten vajaatoiminnasta, maksan vaikeasta toimintahäiriöstä, aiemmasta aivohalvauksesta, verenvuototaipumuksesta (syöpä, anemia, trombositopenia, trombosyyttinen toimintahäiriö, aiempi vuoto), INR-arvojen vaihtelusta, yli 65-vuoden iästä, vuotoriskiä lisäävästä lääkityksestä ja runsaasta alkoholin käytöstä (CHA₂DS₂VASc-pisteytys ja HAS-BLED-vuotoriski 2015). Vuotoriski on huomattavasti suurentunut, kun HAS-BLED pisteitä on enemmän kuin kolme. Eteisvärinäpotilaan hoidossa lievästi suurentunut riski verenvuotoihin ei kuitenkaan kumoa oikeanlaisen antikoagulaatiohoidon hyötyä. (Mäkynen ym. 2014,799.)

Taulukko 2. HAS-BLED riskipisteet.

(Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus 2015).

Riskitekijä	Pisteet
Systolinen verenpaine yli 160 mmHg	1
Maksan tai munuaisten vaikea toimintahäiriö	1 molemmista
Aikaisempi aivohalvaus	1
Verenvuototaipumus (syöpä tai aiempi vuoto)	1
INR-arvojen vaihtelu	1
Ikä yli 65 vuotta	1
Vuotoriskiä lisäävä lääkitys tai alkoholin runsas käyttö	1 molemmista

2.4 Eteisvärinäpotilaan seuranta

Eteisvärinän hoito Suomessa – Fin-Fib-tutkimuksessa (Lehto, Raatikainen, Mäkynen, Peipponen, Kyhälä-Valtonen, Hartikainen, Lund, Ahonen & Mäkijärvi 2011) kartoitettiin vuoden 2009 päivystyksellisten eteisvärinätapauksien hoitoa sekä hoitopaikan valintaan vaikuttavat seikkoja. Tutkimukseen osallistui 708 eteisvärinä- tai eteislepatuspotilasta.

Päivystyksellisistä potilaista 56% jatkohoidettiin joko terveyskeskuksessa tai muussa avosairaanhoidon yksikössä. Loput 27 % potilaista sijoittui keskus- tai yliopistosairaalaan ja 11 % aluesairaalaan. Kuudelle prosentille potilaista ei ollut merkittynä jatkohoidon paikkaa sairauskertomukseen.

Eteisvärinä määritellään krooniseksi sairaudeksi, joten se edellyttää säännöllistä seurantaa. Käyntien tiheys ja sisältö riippuvat potilaan perussairauksista, yleisilasta ja rytmihäiriöiden esiintyvyydestä. Jos potilas sairastaa itsenäistä eteisvärinää, sopiva käyntitiheys esimerkiksi avosairaanhoidon vastaanotolla on yksi tai kaksi kertaa vuodessa. Seurantakäynnillä tulee tarkistaa aivoverenkiertohäiriöiden ja verenvuodon riskit. Lisäksi tulee selvittää antikoagulaation onnistuminen ja oireiden mahdollinen lievittyminen, onko käytössä olevalle rytmihäiriölääkitykselle tullut vasta-aiheita ja onko eteisvärinän tyyppi pysynyt samanlaisena, eli kohtauksellisenä tai pysyvänä eteisvärinä. Seurantakäynnin yhteydessä otetaan myös 12-kytkentäinen EKG ja tarvittaessa laboratoriotutkimuksia, sekä tehdään sydämen kaikututkimus, thorax-röntgenkuvaus, EKG:n pitkäaikaisrekisteröinti, rasitus-EKG ja invasiiviset tutkimukset. (Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus 2015.)

3 ANTIKOAGULAATIOHOIDON TOTEUTUS

Antikoagulaatiohoidolla pyritään hidastamaan veren hyytymistä, estämään veritukoksien syntymistä ja syntyneiden tukoksien kasvua sekä liuottamaan haitallisia tukoksia (Pellikka 2015a). Verenohennushoito eli antikoagulaatiohoito aloitetaan kaikille yli 75-vuotiaille sekä useimmille yli 65-vuotiaille potilaille, joilla on pysyvä eteisvärinä tai todettu yksikin eteisvärinäkohtaus. Verenohennushoito voidaan aloittaa myös nuoremmille potilaille, mikäli heillä on lisäksi jokin muu sairaus sydämessä, aivoverenkiertohäiriöitä on esiintynyt aiemmin tai mikäli heillä on lääkehoitoa vaativa verenpaine. Verenohennuslääkitystä ei aloiteta, mikäli hoidolle on vasta-aihe tai potilas kieltäytyy hoidosta. (Kettunen 2014.)

Antikoagulaatiohoitoa suunniteltaessa on otettava huomioon tukos- ja verenvuotoriski, muut sairaudet ja verenvuodon mahdollisuutta lisäävät lääkkeet sekä niiden interaktiot. Kaikki lääkemutokset on aina huomioitava antikoagulaatiohoidossa. Iäkkäiden potilaiden kohdalla terveydentilan seurannan tarve on korkea, sillä heille saattaa ilmaantua uusia sairauksia sekä munuaisten ja maksan vajaatoiminta voi edetä. Antikoagulaatiohoidolle vaikuttavimmat vasta-aiheet ovat verenvuoto tai sen suuri riski, aiempi vakava verenvuoto, anemia, trombosytopenia ja hyytymistekijävajeet, munuaisten ja maksan vajaatoiminta, ei-hoitotasolla oleva verenpainetauti sekä kudოსviat. (Lassila ym. 2011, 2753–2754.)

Oraalista antikoagulaatiohoitoa voidaan toteuttaa kahdenlaisilla lääkkeillä. Perinteisen ja pitkään käytössä olleen varfariinihoidon (Marevan) rinnalle ovat tulleet uudet, suorat antikoagulanttilääkkeet (dabigatraani, rivaroksabaani ja apoksabaani). Marevan-hoidossa INR-laboratoriarvoja tarkkaillaan säännöllisesti ja näiden arvojen mukaan säädetään Marevan-lääkeannosta. Suorien antikoagulanttien hyytymisen estoteho on samaa luokkaa varfariinin kanssa, eikä säännöllistä INR-arvon mittausta tarvita, mutta vuotovaaraa aiheuttavat riskitekijät ja munuaisten toimintakyky pitää arvioida huolellisesti ennen hoidon aloitusta. Yksi syy siirtyä suoriin

antikoagulantteihin on se, että varfariinilla ei saada INR-arvoa tasaiseksi tai varfariini-hoito tuottaa jotain muita ongelmia. (Kettunen 2014.)

Chadvasc-pisteiden ja HAS-BLED-vuotoriskin arvioinnin lisäksi ennen antikoagulanttihoidon aloitusta on tärkeää tehdä laboratoriotutkimuksia, joihin kuuluu trombosyyttilaskenta (PVKT), seerumin kreatiinipitoisuus tai glomerulssuodoksen määrä (GFR) ja plasman alaniiniaminotransferaasi (ALAT). Lisäksi ennen hoidon aloitusta veren hyytymisstatus on arvioitava anamneesin ja INR-mittauksen avulla, vaikka kyseessä olisikin uudet antikoagulanttilääkkeet. Mikäli potilaalla on lisäksi ollut verenvuotoja, tulee vuototaipumusta selvittää vielä tarkemmin HAS-BLED-vuotoriskipisteiden lisäksi. (Lehto ym. 2014, 1711.)

3.1 Suorat antikoagulantit

Viime vuosien aikana kehitetyt uudenlaisilla vaikutusmekanismeilla vaikuttavat suorat antikoagulanttilääkkeet ovat rivaroksabaani, apiksabaani ja dabigtraani. Uusien antikoagulanttien etuja ovat suun kautta otettava lääkemuoto, nopea vaikutuksen alkaminen kehossa sekä toistuvien laboratorioskokeiden tarpeettomuus. Hyväksi puoleksi on koettu myös se, että ruokavalio tai elintavat eivät vaikuta lääkkeen vaikutustehoon niin voimakkaasti kuin varfariiniin. (Lassila ym. 2011, 2755.)

Farmakoterapeuttinen ryhmä, johon rivaroksabaani (Xarelto®) ja apiksabaani, (Eliquis®) kuuluvat, on antitromboottiset lääkeaineet, suorat hyytymistekijä Xa:n estäjät. Estämällä tekijä Xa:ta, nämä lääkeaineet estävät trombin eli verihyytymän kehittymisen. Tekijä Xa:n estämisen seurauksena hyytymiskokeiden tulokset pitenevät, kuten trombiiniaika, INR ja tromboplastiiniaika. (Duodecim lääketietokanta 2016a.)

Dabigatraani (Pradaxa®) lukeutuu antitromboottiset lääkeaineisiin, suoriin trombiinin estäjiin. Dabigatraani estää trombien syntymisen vaikuttamalla veriplasmassa olevien valkuaisaineiden toimintaan. (Duodecimin lääketietokanta 2016c.)

Rivaroksabaani, apiksabaani ja dabigatraani ovat kaikki suun kautta otettavia lääkkeitä, joiden huippupitoisuus saavutetaan noin kahdessa tunnissa. Lääkkeiden puoliintumisaika on keskimäärin 12 tuntia. (Lehto ym. 2014,1710.)

Uusien, suorien antikoagulanttien vastetta hyytymiseen tai pitoisuutta veressä ei ole tarvetta testata rutiinikäytössä. Tästä huolimatta antikoagulaatiohoitoa toteuttavien potilaiden tulee olla säännöllisessä seurannassa ja laboratorionkokeita tulee ottaa vähintään vuoden välein. Mikäli potilaalla on käytössä useampi hyytymiseen vaikuttava valmiste, vuotoriski suurenee. Siksi olisi tärkeää välttää tarpeettomien tulehduskipulääkkeiden käyttöä yhdessä antikoagulaatiohoidon kanssa. (Lehto & Kiviniemi 2015, 1176.)

Vuotovaara lisääntyy, mikäli varfariinia käyttävillä potilailla Marevan-annos on liian suuri tai potilas käyttää useampaa veren hyytymiseen vaikuttavaa lääkettä. Verenvuoto voi tällöin laueta pienestäkin syystä ja vaarana ovat esimerkiksi sisäiset verenvuodot. Vuoto-oireita ovat suurien mustelmien ilmaantuminen iholle ilman syytä, runsas näkyvä verenvuoto esimerkiksi nenästä ja ulosteiden muuttuminen mustiksi. Lisäksi voimakas vatsakipu ja heikotus voivat kertoa sisäisestä verenvuodosta. Mikäli potilas havaitsee jotakin vuoto-oireita, hänen tulee heti ottaa yhteys häntä hoitavaan yksikköön. (Mustajoki & Ellonen 2015.)

Vuotoriskin vuoksi suorat antikoagulantit täytyy tauottaa ennen kirurgisia tai invasiivisia toimenpiteitä. Dabigatraani eli Pradaxa täytyy tauottaa vähintään 24 tuntia ennen toimenpidettä. Korkeamman verenvuotoriskin potilailla tai täydellistä hemostaasia vaativan leikkauksen yhteydessä tulee tauotusta harkita muutamaa päivää ennen leikkausta. Munuaisen vajaatoimintapotilailla lääkeaine saattaa poistua elimistöstä hitaammin, mikä täytyy huomoida toimenpidettä suunniteltaessa. (Duodecimin lääketietokanta 2016c.) Rivaroksabaani eli Xarelto-lääkitys tulee keskeyttää vähintään 24 tuntia ennen toimenpidettä (Duodecimin lääketietokanta 2015). Apiksabaani eli Eliquis tauotetaan vähintään 24

tuntia ennen pienen vuotoriskin sisältävää toimenpidettä. Jos toimenpiteeseen liittyy suuri tai kohtalainen verenvuotoriski, tulee lääke tauottaa 48 tuntia ennen toimenpidettä. (Duodecim-lääketietokanta 2016a.)

Suorilla antikoagulanttilääkkeillä on vähemmän yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa, kuin varfariinilla. Merkittävät yhteisvaikutukset täytyy kuitenkin tietää ja pystyä huomioimaan hoidossa. Tiedossa olevia lääkkeitä, jotka eivät sovi antikoagulanttilääkkeiden kanssa ovat muun muassa atsoliryhmän sienilääkkeet ja HIV-proteaasin estäjät.

Ajankohtaiset lääkkeiden yhteisvaikutustiedot on syytä joka kerta tarkistaa SFINX-tietokannasta

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/interaktio.sfinxpharao.koti> sekä kyseessä olevan antikoagulantin valmisteyhteenvedosta. (Lehto ym. 2014, 1711.)

Suorien antikoagulanttien etu on se, ettei niillä ole yhteisvaikutuksia ruoka-aineiden kanssa. Lisäksi ei ole merkitystä ottaako lääkkeen ruokailun yhteydessä vai ei, lukuun ottamatta rivaroksabaania, joka otetaan ruoan kanssa. Lääkkeet tulee ottaa riittävän nestemäärän kanssa. (Lehto ym. 2014, 1711.) Suorien antikoagulanttien huonona puolena on pidetty niiden vaikutuksen kumoamisen vaikeutta, sillä verenvuoto on tunnettu antikoagulanttien vaara. Äkillisessä henkeä uhkaavassa vuodossa tai hätäleikkauksessa verenhennuslääkkeen vaikutus kehossa pitäisi pystyä kumoamaan. (EMA, fast-tracks antidote to anticoagulant Pradaxa, 2015.)

Dabigatraanin eli kauppanimellä Pradaxa -tunnetun antikoagulanttilääkkeen antidootiksi on löydetty idarusitsumabi (Praxbind®), joka sitoutuu dabigatraaniin ja sen metaboliitteihin kumoten dabigatraanin antikoagulanttivaikutuksen. Vaikutus kehossa alkaa viidessä minuutissa ja kestää tarvittaessa koko sen ajan, että vuoto on hoidettu tai hätäleikkaus tehty. (Praxbind: Antidootti dabigatraanille {Pradaxa} 2015.)

Idarusitsumabilla voidaan kumota dabigatraanin vaikutus, mikäli kyseessä on hallitsematon vakava verenvuoto kuten kallonsisäinen vuoto, tai jos kyseessä on hätäleikkaus. Idarusitsumabi on aiheellinen ainakin, mikäli dabigatraanin otosta on korkeintaan 15 tuntia aikaa, munuaisten vajaatoiminta on merkittävä tai jos potilaalle on kehittynyt akuutti munuaisten tai maksan vajaatoiminta. (Armstrong ym. 2015.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että Praxbindin vaikutus on nopea, pitkäkestoinen ja se kumoo tehokkaasti Pradaxan vaikutusta. (EMA, fast-tracks antidote to anticoagulant Pradaxa, 2015.)

Suorien antikoagulanttien oikeanlaisesta käytöstä ei ole raportoitu mitään odottamattomia haittoja, mutta suorien antikoagulanttien varjopuoleksi voidaan katsoa suoraan antikoagulanttilääkkeen vaikutusta kuvaavan laboratoriotestin puuttuminen. Eurooppalaisissa hoitosuosituksissa eteisvärinäpotilaan tromboembolisia komplikaatioita ehkäistäessä puolletaan usein suorita antikoagulantteja. Monessa maassa ne ovat ensisijainen verenhennuslääke eteisvärinäpotilaalle. (Mäkynen ym. 2014, 800.)

3.2 Verenhennuslääkkeiden valinta

Uusilla verenhyytymistä estävillä lääkkeillä voidaan korvata perinteinen varfariinihoito. Valinta varfariini ja uusien antikoagulaatiolääkkeiden välillä tehdään aina potilaskohtaisesti. Valintaa tehdessä punnitaan uusien lääkkeiden edut ja haitat sekä huomioidaan myös potilaan toiveet. Siirtymistä uusiin antitromboottisiin lääkkeisiin tulee harkita, mikäli varfariini ei sovi potilaalle, INR-arvot heittelevät esimerkiksi epäsäännöllisen elämän vuoksi tai potilaalla on ruoansulatuskanavan vuotoja. Lääkityksen vaihtaminen voi myös helpottaa niiden elämää, joiden on vaikea päästä säännöllisiin laboratoriotutkimuksiin. Uudet, suorat antikoagulantit eli apiksabaani, dabigatraanieteksilaatti ja rivaroksabaani vaikuttavat veren hyytymistekijöihin eri mekanismilla kuin varfariini, mutta niitä käytetään varfariinihoidon tapaan aivoveritulppien ehkäisemisessä, laskimotukoksien ehkäisemisessä lonkan ja polven tekonivelleikkauksessa

sekä ei-läppäperäisen eteisvärinän tromboembolian ehkäisemisessä. Varfariini on kuitenkin ensisijainen lääke antikoagulaatiohoidossa, ja siitä siirrytään suoriin antikoagulaatiolääkkeisiin vain, jos hoidossa esiintyy paljon ongelmia. (Pellikka 2015b.)

Taulukon 3 mukaan suorat antikoagulantit ovat hinnaltaan kalliimpia kuin varfariini. Ruotsissa ja Britanniassa tehtyjen tutkimusten mukaan niiden käyttö saattaa kuitenkin vaikuttaa positiivisesti terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin vähentäen niitä. Suomessa lääkekorvauskäytännössä pätevät säädökset ovat hidastuttaneet uusien antikoagulanttien käyttöönottoa. (Mäkynen ym. 2014, 800.)

Eteisvärinään liittyvän tukosriskin ehkäisyssä suorien antikoagulanttien on tutkittu olevan vähintään yhtä tehokkaita, kun varfariinin. Uusille eteisvärinäpotilaille suorat antikoagulantit ovat hoitoon sitoutumisen ja mukavuushyödyn takia hyvä valinta, mutta iäkkäimmille ja monisairaille antikoagulaatiohoitoa tarvitseville varfariini voi säännöllisten ja usein tapahtuvien terveydenhuollon kontaktien vuoksi olla sopiva vaihtoehto. Säännöllisiä tapaamisia tulee INR-kokeiden yhteydessä. (Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus 2015.) Vaikka suorien antikoagulanttien vastetta ei tarvitsekaan seurata laboratorioskokein, tulee vasteen arvioimiseen kehittää mittari hätätilanteita varten (Lassila, Laasila, Asmundela & Armstrong 2014, 1885).

Taulukko 3. Oraalisten antikoagulanttien vertailu (1. Bayerbayer 2013; 2. Duodecim lääketietokanta 2015; 3. Duodecim lääketietokanta 2016a; 4. Duodecim lääketietokanta 2016b; 5. Duodecim lääketietokanta 2016c; 6. Lehto ym. 2014, 1710; 7. Lehto ym. 2014, 1712; 8. Armstrong 2015.)

	Varfariini	Rivaroksabaani	Apiksabaani	Dabigatraani
	Marevan	Xarelto	Eliquis	Pradaxa

Hinta/ 100tbl	Marevan 5mg 11.33e (4).	Xarelto 10mg 303,08e (2).	Eliquis 5mg 152,266e (3).	Pradaxa 75mg 176,6e (5).
Vaikutusmekanismi	K-vitamiiniantagonisti (4).	Suora hyytymistekijä Xa:n estäjä (2).	Suora hyytymistekijä Xa:n estäjä (3).	Suora trombin estäjä (5).
Vaikutuksen kumoaminen	Vaikutus voidaan kumota K- vitamiinilla, hyytymistekijätiiviste ellä tai jääplasmalla (4).	-	-	Idarusitsumabi (Praxbind). Henkeä uhkaavassa vuototilanteessa, kun dabigatranin otosta alle 15 tuntia (8).
Sopii dosettiin	Kyllä.	Kyllä.	Kyllä.	Ei. (1.)
Seurantakäynnit	INR-kontrolli tavoite 1krt/kk. Hoidon alussa tai hoidon ollessa huonossa tasapainossa tiheämmät kontrollit. (4)	1-2krt/vuosi. Erityisryhmillä 3kk välein (7).	1-2krt/vuosi. Erityisryhmillä 3kk välein (7).	1-2krt/vuosi. Erityisryhmillä 3kk välein (7).
INR-monitorointi	Tarvitaan.	-	-	-
Soveltuu kohtalaisessa munuaisten vajaatoiminnassa (CrCl 30-50ml/min)	Kyllä.	Kyllä, alennettu annos. (1.) Munuaisten toiminta ja PVKT 6 kk:n välein (7).	Kyllä, alennettu annos (1). Munuaisten toiminta ja PVKT 6 kk:n välein (7).	Kyllä, alennettu annos (1). Munuaisten toiminta ja PVKT 6kk välein (7).
Soveltuu vakavassa munuaisten vajaatoiminnassa (CrCl 15-29ml/min)	Kyllä.	Käyttö mahdollista, alennettu annos. (1.) Munuaisten toiminta ja PVKT 3 kk:n välein (7).	Käyttö mahdollista, alennettu annos (1). Munuaisten toiminta ja PVKT 3 kk:n välein (7).	Ei sovellu (1).

Ruoka-ainerajoitukset	Paljon	-	-	-
Kela-korvattava	Kyllä	Kyllä, rajoitetusti	Kyllä, rajoitetusti	Kyllä, rajoitetusti
Annostelu eteisvärinässä	Annos INR-arvojen perusteella	1x1	1x2	1x2 (1.)
Yleiset haittavaikutukset	Verenvuodot, pahoinvointi, oksentelu ja ripuli (4).	Verenvuodot, ruhjevammat ja hematooma (2).	Verenvuodot, ruhjevammat ja hematooma (3).	Hemoglobiinin lasku, poikkeavuudet maksan toiminnassa (5).
Interaktioiden kanssa	Antitrombootit, tulehduskipulääkkeet, SSRI- ja SNRI-lääkkeet sekä kalaöljyvalmisteet (4).	+ Atsoliryhmän sienilääkkeet, HIV-proteaasin estäjät – Rifampisiini, karbamatsepiini, fenytoiini, fenobarbitaali, mäkikuisma.	+ Atsoliryhmän sienilääkkeet, HIV-proteaasin estäjät – Rifampisiini, karbamatsepiini, fenytoiini, fenobarbitaali, mäkikuisma.	+ Dronedaroni, atsoliryhmän sienilääkkeet, siklosporiini –Rifampisiini, karbamatsepiini, fenytoiini, fenobarbitaali, mäkikuisma. (6.)

3.3 Suorien antikoagulanttien Kela -korvattavuus

Eteisvärinää sairastavat, suorien antikoagulaatiolääkkeiden käyttäjät saavat Kelalta korvausta lääkkeistään, jos he täyttävät sairaskorvattavuuden kriteerit (Lassila ym. 2014, 1886). Korvausoikeutta haetaan Kelalta lääkärin kirjoittamalla B-lääkärinlausunnolla. Jos asiakkaalle myönnetään korvausoikeus, hänelle lähetetään uusi Kela-kortti, jossa lukee korvausoikeuden numero. Suorat antikoagulantit kuuluvat rajoitetun peruskorvausoikeuden piiriin, mikä tarkoittaa sitä että 50 euron alkuomavastuun täytyttyä asiakas saa Kela-korvausta 40 prosenttia lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta. (Kela 2016a.)

Kelan peruskorvausoikeus voidaan myöntää eteisvärinäpotilaan aivohalvauksen tai systeemisen embolian ehkäisemiseksi, kun kysymyksessä on ei-läppäperäinen eteisvärinä ja potilaalla on suuri tukosriski ($CHA_2DS_2VASc \geq 2$). Tai, jos potilaalla on keskisuuri tukosriski ($CHA_2DS_2VASc = 1$), eikä varfariinihoito ole hyvässä hoitotasapainossa vähintään kolmen kuukauden hoidossa. Hyvällä hoitotasapainolla varfariinihoidossa tarkoitetaan sitä, että INR-arvot ovat olleet vähintään 70 % hoitoajasta hoitoalueella. Potilas on oikeutettu Kelan peruskorvaukseen myös silloin, kun tukosriski on keskisuuri ja vasta-aiheiden tai haittavaikutusten takia hän on estynyt käyttämään varfariinihoitoa. (Kela 2016b.)

4 SAIRAAHOITAJAN TOTEUTTAMA POTILASOHJAUS AVOTERVEYDENHUOLLOSSA

Potilasohjaus on keskeinen käsite hoitotyössä ja olennainen osa hoidon jatkuvuutta, johon kuuluu automaattisesti vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä. Ohjauksen tavoitteena on tukea potilaan omatoimisuutta, toimintakykyä, itsenäisyyttä sekä kykyä ottaa itse vastuuta hoidostaan. Hyvin ja oikein toteutettu potilasohjaus mahdollistaa potilaan sitoutumisen hoitoon ja ottamaan vastuun omasta hoidostaan. Potilasohjaus vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja sekä monipuolista osaamista ohjattavasta aiheesta ja ohjauksen menetelmistä. (Eloranta & Virkki 2011, 7–8.)

Monet asiat kuten väestön ikääntyminen, lääketieteen kehitys, avohoitopainotteisuus sekä kansansairauksien lisääntyminen vaativat potilasohjauksen tehostamista. Hoitoaikojen lyhentyessä tehokkaan potilasohjauksen tarve korostuu, sillä myös potilasohjaus on toteutettava tiiviimmässä ajassa. (Lipponen 2014, 19.) Koska tiedon määrä ja sen saatavuus on lisääntynyt ja helpottunut, hyvin toteutetulla potilasohjauksella on keskeinen asema hoidon laatuun ja sen onnistumiseen (Patala-Pudas 2005, 9).

Ohjaus mahdollistaa potilaan osallistumaan itse omaan hoitoonsa. Koska potilas ottaa itse vastuuta omasta hoidostaan, hoitajan tulee taata riittävä tiedonsaanti potilaalle sekä varmistaa, että potilas ymmärtää saamansa tiedon ja pystyy hyödyntämään sitä omassa elämässään. Onnistunut ohjaus parhaimmillaan parantaa potilaan elämänlaatua ja lisää tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Lisäksi hyvällä ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan suhtautumiseen omaan sairauteen. (Eloranta ym. 2011, 15.)

Omahoidolla tarkoitetaan jokaisen potilaan yksilöllistä hoitosuunnitelmaa, mikä pohjautuu näyttöön perustuvaan hoitomenetelmään. Ammattihenkilö toimii suunnanantajana potilaan hoidon toteutuksessa, josta kuitenkin potilas ottaa vastuun. Omahoitosuunnitelmaan sisältyy tasavertaisuus hoitajan ja potilaan välillä, potilaan itsemääräämisoikeus sekä potilaan

motivaation tukeminen hoidon toteutusta kohtaan. (Eloranta ym. 2011, 15.)

4.1 Hoitoon sitoutuminen ja hoitomyöntyvyys

Hoitomyöntyvyys käsitteenä tarkoittaa sitä, että potilas käyttää hänelle määrättyä lääkettä ohjeen mukaan ja vastaanottaa ohjeita esimerkiksi lääkäriltä tai hoitajalta (Huttunen 2015). Hoitosuhteen tasavertaisuuden vuoksi puhutaan nykyään enemmän hoitoon sitoutumisesta, joka tarkoittaa potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen neuvottelua päämääränä yhteisymmärrys toteutettavasta hoidosta. (Pitkälä & Savikko 2007, 501.)

Hoitomyöntyvyyttä on usein tutkittu sen mukaan, kuinka potilaan lääkehoito on toteutunut, mutta käsite hoitoon sitoutuminen pitää sisällään paljon enemmän kuin pelkän lääkeannoksen ottamisen. Hoitoon sitoutumiseen kuuluu lääkkeen käytön lisäksi lääkkeen oikean annoskoon noudattaminen, reseptien uusiminen, seurantakäyntien muistaminen ja terveyskäyttäytymisen muuttaminen terveellisempään suuntaan. Terveellisiin elintapoihin kuuluu esimerkiksi tupakoimattomuus, normaali paino sekä terveellinen ruokavalio. (Lääketietokeskus 2003, 3.)

Hoitoon sitoutumisen mittaaminen ei ole täysin ongelmaton. Yksi tapa on antaa potilaan arvioida omaa hoitoon sitoutumista esimerkiksi kyselylomakkeella. Tässä ongelmana on kuitenkin se, että potilas voi arvioida hoitoon sitoutumistaan todellista paremmaksi tai huonommaksi, eli kyselyn tulkinta on hyvin sattumanvaraista. Sitoutumista voidaan myös arvioida teknologian avulla, sillä esimerkiksi elektroninen seurantalaitte Medication Event Monitoring System eli MEMS kirjaa päivämäärät ja ajat, jolloin lääkepakkaus on avattu. Tällä saadaan tietoja siitä, kuinka potilas noudattaa lääkkeenottoaikoja. MEMS on kuitenkin mittausmenetelmänä melko kallis ja sen vuoksi vähän käytetty. (Lääketietokeskus 2003, 4.)

Potilasta hoitavat asianomaiset pääsevät tarvittaessa potilasasiakirjojen kautta sähköiseen reseptikeskukseen, josta voi tarkistaa milloin potilas on hakenut kyseistä lääkettä ja löytyykö reseptikeskuksesta joitain muita

reseptejä, joista potilas ei ole maininnut häntä hoitavalle taholle. Tämä ei tietenkään takaa, että potilas ottaisi kyseisiä lääkkeitä, vaikka hakisi ne apteekista. Biokemiallisilla mittauksilla puolestaan voidaan mitata lääkeannospitoisuuksia veressä tai virtsassa. Tuloksiin voi kuitenkin vaikuttaa yksilölliset tekijät, kuten ruokavalio ja erittymisnopeus, joten tulokset eivät aina ole luotettavia. (Lääketietokeskus 2003, 5.)

Ohjauksella pyritään saamaan potilas sitoutumaan hoitoon, sillä se parantaa hoidon onnistumista. Pitkäaikaispotilaiden sitoutuessa hoitoon myös taloudellisia säästöjä syntyy, koska kalliiden ja kehittyneiden terveyspalveluiden tarve vähenee, kun potilaalle ei tule taudin pahenemisvaiheita eikä uusiutumisia. Säästöjä syntyy epäsuorasti myös ammattien säilymisten sekä sairauspoissaolojen vähenemisten myötä. (Lääketietokeskus 2003, 20.)

4.2 Ohjauksen toteutus

Potilasohjaus on laadukasta, kun se toteutetaan suunnitelmallisesti ja potilaslähtöisesti käyttäen hyvää vuorovaikutusta. Tutkitun tiedon mukaan potilaat haluavat ohjauksen sisältävän tietoa sairaudesta, lääkkehoidosta ja lääkkeiden haittavaikutuksista. (Kaakinen 2013, 23–24.) Suomessa lainsäädäntö määrittelee potilaan oikeutta saada tietoa hänen terveydentilastaan, hoitovaihtoehtoista, hoidon merkityksestä ja sen vaikutuksista. Potilaan tulee saada hoidosta ja terveydentilastaan tietoa siten, että se on ymmärrettävällä tasolla. (Kaakinen 2013, 20.)

Luottamus ja aktiivinen vuorovaikutus vaikuttavat keskeisesti ohjaustilanteissa, ja ne edistävät potilaan halua myös itse ottaa selvää sairaudestaan ja keskustella sairauden aiheuttamista tunteista. Sosiaalinen tuki koostuu emotionaalisesta, konkreettisesta ja tiedollisesta tuesta. Emotionaalinen tuki näkyy hoitajan kykynä olla empaattinen, kuunteleva, rohkaiseva ja kunnioittava. Konkreettinen tuki puolestaan tarkoittaa sanan mukaisesti konkreettista apua, eli esimerkiksi apua jokapäiväisissä kodin askareissa ja taloudellisissa asioissa. Tiedolliseksi

tueksi määritellään riittävä tieteellinen tieto sairaudesta ja sen hoidosta. (Kaakinen 2013, 25.) Vuorovaikutukseen kuuluu aina sanallinen ja sanaton kommunikaatio, ja kehonkieli antaa ymmärtää paljon. On tärkeää pyrkiä potilaan kanssa tasa-arvoiseen asemaan kuuntelemalla potilasta ja osoittavansa kiinnostuksensa hänen asioita kohtaan. Ohjaustyössä kohdataan erilaisia ihmisiä, ja varsinkin silloin ohjaajan ammatillisuus korostuu päämäärätietoisena ja asiallisena käytöksenä myös haastavien ja provosoivien potilaiden kohdalla. (Eloranta ym. 2011, 69.)

Vuorovaikutustaidot ovat ennen kaikkea hoitotyötätekeillä suuressa roolissa ja näin ollen ne ovat myös potilasohjauksessa tärkeitä. Hyvät vuorovaikutustaidot luovat perusteet yhteistyölle, ja ilman vuorovaikutustaitoja hoitajan on hyvin vaikea vaikuttaa myönteisellä tai positiivisella tavalla potilaan asenteisiin. Jos potilasohjaus mielletään pelkästään hoitajan yksinpuheluksi eikä vastapuolella ole mahdollisuutta osallistua, ei voida puhua hyvästä vuorovaikutuksesta. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 24.)

Kirjallista ohjetta voidaan käyttää lisäksi suullisen ohjauksen tukena. Potilas saa ohjauksesta parhaimman hyödyn, kun hän suullisen ohjauksen jälkeen voi palata rauhassa itsekseen kirjalliseen ohjeeseen kertaamaan kuulemiaan asioita. Kirjallisen ohjeen tulee olla kohderyhmälle sopiva, kirjoitusasu tulee olla selkeä ja helppolukuinen sekä ohjeen tulee pohjautua ajantasaiseen tietoon. Ohjeen tulee olla ulkoasultaan siisti ja huoliteltu, sekä kiinnostusta herättävä. (Eloranta ym. 2011, 73–76.) Potilasohjaus käsittää ohjauksen suunnittelun, toteutuksen sekä arvioinnin (Patala-Pudas 2005, 27).

Potilasohjaus voi tapahtua kasvotusten tai puhelinohjauksella, kuten opinnäytetyönä toteutetun ohjeen seurantakäyntien lisäksi on lisätty puhelinkontakteja. Hoitajan toimesta tapahtuvaa puhelinohjausta tapahtuu nykyään lähes kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. Puhelinohjauksessa tulee toteutua kaikki samat potilaan oikeuksiin liittyvät seikat kuin kasvotusten tapahtuvassa potilasohjauksessa. Eettisestä näkökulmasta

puhelinohjauksen haasteena ovat autonomisuus, tinkimättömyys ja priorisointi, sekä se ettei asiakasta voi varmuudella tunnistaa. (Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012a, 219.) Puhelinohjaus toimii parhaiten, kun hoitosuhde on aloitettu konkreettisesti käymällä hoitajan vastaanotolla. Ohjaussuhteen luomiseen vaikuttaa olennaisesti sekä asiakkaan persoonallisuus, että asiakkaan ja hoitajan välinen suhde. (Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012b, 237.) Lisäksi puhelinohjauksella on todettu olevan vaikutuksia resursseihin, sillä suunnittelematon hoitoon hakeutuminen vähenee laadukkaan puhelinohjauksen myötä. Vaikka puhelinohjaukseen tuleekin käyttää aikaa ja toteuttaa se huolellisesti, se on usein ajallisesti lyhyempi kuin varsinainen vastaanottokäynti. Näin vastaanottokäyntejä vapautuu tai vastaavasti saadaan enemmän puhelinohjausaikoja. (Orava ym. 2012b, 239.)

4.3 Lääkehoidon ohjaus

Sairaanhoitajan keskeisimpiin työtehtäviin kuuluu lääkehoidon osalta lääkehoidon varsinainen toteutus sekä siihen liittyvä potilasohjaus. Sairaanhoitajan peruskoulutus antaa valmiudet lääkehoidon toteuttamiseen sekä potilasohjauksen perusteisiin. Eri työyksiköissä vaihtelevat potilasmateriaalin mukaan käytössä olevat lääkkeet, joten jää sairaanhoitajan vastuulle tutustua kussakin yksikössä käytössä oleviin lääkkeisiin taatakseen hyvän lääkehoidon sekä potilasohjauksen toteuttamisen. (Linnajärvi 2010, 48.)

Sairaanhoitajan toteuttama lääkehoito on tärkeä osa sairaanhoitajan työtehtävää, joten sen tulee olla turvallista, taloudellista, tehokasta ja tarkoituksenmukaista. Varsinkin avoterveydenhuollossa sairaanhoitajilla on suuri vastuu asiakkaiden lääkehoidon ohjaamisessa ja lääkehoitoon sitouttamisen edistämässä. (Sulosaari 2011, 115.) Lääkehoito on suuri osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa hyvin monissa sairauksissa, sekä niiden aiheuttamien oireiden hoidossa. Jotta hoito edistyisi halutulla tavalla, potilaan lääkehoitoon sitoutuminen on keskeisessä osassa. Mikäli

potilaalla ei ole tarpeeksi tietoa lääkkeen käytöstä, se voi johtaa virheelliseen käyttöön ja aiheuttaa huomattavia terveyshaittoja sekä lisätä terveyspalveluiden käyttöä ja näin myös kustannuksia. Tutkimusten mukaan pitkäaikaissairauksia sairastavista potilaista vain noin puolet on hoitoon sitoutuneita. (Sulosaari 2011, 119.)

Kaikki lääkehoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset toteuttavat lääkehoidon ohjausta opastamalla ja neuvomalla potilasta lääkehoitoprosessin eri vaiheissa. Kaikkien ammattilaisten toteuttamassa ohjauksessa tavoitteena on hyvin informoitu ja lääkehoitoon sitoutunut asiakas. Tämä edellyttää yhdenmukaista ja ristiriidatonta ohjausta sekä lääkeneuvontaa, joka varmistetaan sopimalla ohjauksen käytännöistä työyksiköissä. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 58.) Koska sairaanhoitaja on paljon läsnä potilaan luona, on sairaanhoitajien toteuttama lääkehoidon ohjaus merkittävässä osassa. Potilasohjauksessa tärkeitä osa-alueita ovat ymmärrettävän kielen käyttö, lääkkeiden vaikutuksista kertominen ja niiden tarkkailuun ohjaaminen sekä lääkkeen annostelun hallinta ja merkitys. (Sneck 2016, 31).

Hoitaja voi omalla osaamisellaan parantaa merkittävästi potilaan sitoutumista lääkehoitoon suunnittelemalla toteutettavaa ohjausta. Tällaisia seikkoja ovat esimerkiksi hoito-ohjeiden selkeys ja yksinkertaisuus, sekä hoidon soveltuvuus potilaan elämäntilanteeseen. Potilaan hoitoon sitoutumista parantavat lisäksi muutkin kuin hoitajasta riippuvat seikat, esimerkiksi ystävien ja perheen tuki. Hoitoon sitoutumista puolestaan heikentää tuen puute, lääkkeiden haittavaikutukset ja hoidon tai lääkkeiden annostelun monimutkaisuus. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Tornainen 2006, 161.) Lääkkeiden kalleus, epäselvät lääkelistat sekä lääkkeiden otto useina annoksina päivässä vähentävät myös hoitoon sitoutumista (Pitkälä & Savikko 2007, 502).

Hoitoon sitoutumiseen voi vaikuttaa myös muilla tavoilla kuin sanallisesti. Hoitaja voi konkreettisesti esimerkiksi opastaa lääkeannostimen käytössä,

lääkekorvauksien hakemisessa ja mahdollisuuksien mukaan järjestää jopa kotikäynnin. Olennaisessa osassa on myös hoitajan ja lääkärin yhteistyö, jolloin hoitaja voi konsultoida lääkäriltä esimerkiksi mahdollisimman yksinkertaisen annostusohjeen potilaalle tai halvimman lääkevaihtoehdon valitsemisen. Riittävä informaatio, jatkuva seuranta, lääkehoidon perustelu sekä omahoidon ja omaseurannan opettaminen ovat myös seikkoja joilla hoitaja voi ehkäistä potilaan lääkehoidon toteuttamatta jättämistä. (Veräjänkorva ym. 2006, 161.)

Lääkehoidon ohjauksen tavoitteena on parantaa potilaan itsehoitokykyä ja saada potilas ottamaan vastuuta lääkehoidon toteuttamisesta ollessaan avoterveydenhuollon asiakas. Potilaan tulee tietää miksi hänellä on kyseinen lääke käytössä ja miten se vaikuttaa. Potilaan tulee osata itsenäisesti toteuttaa lääkehoitoa kotona esimerkiksi jakamalla lääkkeet dosettiin. Mikäli potilas ei jostain syystä kykene itse annostelevaan lääkkeitään oikein, hoitajan tulee varmistaa, että joku omainen tai tarvittaessa kotihoito vastaa lääkkeenjaosta. Lisäksi tavoitteena on mahdollisesti myös vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen positiivisesti kannustamalla terveellisiin elintapoihin. Merkittävä osa elintapasairauksien lääkehoidon tehosta voidaan menettää, mikäli potilaan elintavat eivät tue lääkehoitoa. Varsinkin pitkäaikaissairauksien kohdalla hoitajan tulee kiinnittää huomiota potilaan elintapoihin ja tarvittaessa kannustaa niiden muuttamiseen. Elämäntapamuutoksilla tarkoitetaan ylipainon vähentämistä, suolan- ja alkoholin käytön vähentämistä sekä tupakoinnin lopettamista. (Veräjänkorva ym. 2006, 160–161.)

Lääkehoidon ohjauksessa on tärkeää, että hoitaja suunnittelee yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan annettavan informaatiomäärän. Ohjauksessa esille tulevia perustietoja ovat lääkkeen käyttötarkoitus ja ottoajankohta sekä siihen liittyvät erityisvaatimukset, kuten ruokailun ajoittaminen ja ruoka-ainerajoitukset. Muita tärkeitä ja olennaisia tietoja ovat lääkehoidon kesto ja ottotekniikka, lääkkeiden säilytykseen liittyvät erityismaininnat, yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa, potilaan

tekemä omaseuranta tarpeen vaatiessa (esimerkiksi verensokerin mittaus) sekä mahdolliset ja merkittävät haittavaikutukset. Hoitajan tehtäviin kuuluu lisäksi selventää sanallisesti potilaalle lääkärin tekemä lääkemääräys ja laatia tarpeen vaatiessa tarkat kellon ajat lääkkeen otosta ja ruokailun ajoittamisesta. (Veräjänkorva ym. 2006, 164.) Potilaan näkökulmasta hyvä, kirjallinen ohje lääkityksestä on tärkeä. Kirjallinen ohje on merkityksellinen, sillä kaikki sanallisella ohjauksella saatu tieto ei jää mieleen. (Kayaali, Gomes, Mason, Naik 2016, 4.)

Tärkeitä hoitotyöhön liittyviä tulevaisuuden haasteita ovat lääkehoitoon sitoutumisen edistäminen sekä lääkehoidon ohjauksen sisällön sekä laadun kehittäminen. Sairaanhoitajilla on tärkeä rooli näiden asioiden edistämisessä. (Sulosaari 2011, 119.) Lääkehoidon osaamiselle haasteita antavat väestön ikääntyminen ja lääkemäärien lisääntyminen. Sairaanhoitajan tulee hallita lääkehoidon peruserätykset, jotta iäkkäiden ja muiden erityisryhmien lääkehoitosuunnitelma tulisi tehtyä sekä arvioida lääkehoidon tarpeellisuutta säännöllisesti. (Sulosaari 2011, 120.)

4.3.1 Suorien antikoagulaatiolääkkeiden potilasohjaus

Suoria antikoagulantteja käyttävät potilaat tarvitsevat lääkehoidonohjausta ja neuvontaa välttääkseen lääkityksen hengenvaaralliset sivuvaikutukset (Özlem & Rengin 2016, 154). Antikoagulaatiolääkkeiden potilasohjauksen olisi hyvä tapahtua siihen erikoistuneilla klinikoilla tai terveysasemilla. Asiaan perehtyneen hoitohenkilökunnan avulla varmistetaan laadukas potilasohjaus ja potilasturvallisuus. (Altiok, Yilmaz & Rencüsoğullari 2015, 311.) Laadukas potilasohjaus vaatii hoitajalta laajaa tietotaitoa antikoagulaatiohoidosta. Vääränlaisella ohjauksella voi olla vakavat seuraukset. Hoitajien tulee pitää tietämys antikoagulaatiohoidosta ajan tasalla päivittämällä sitä säännöllisesti. (Ferguson 2016.)

Potilasohjaus on merkittävä osa antikoagulaatiohoitoa, hoidon valinnasta tai aiheesta riippumatta. Annettaessa ohjausta antikoagulaatiolääkityksestä pyritään siihen, että potilas ymmärtää hoidon aiheen, toteutuksen ja seurannan periaatteet. Potilaskorttia, eli antikoagulaatiokorttia tulee käyttää apuna ohjauksessa tietolähteenä sekä hoidon toteutuksen tukena. Kortista löytyy antikoagulanttivalmisteen nimi, annoskoko ja hoidon aloituspäivämäärä. Kortista löytyy lisäksi puhelinnumerot hätätilanteiden varalta potilaalle. (Lassila ym. 2014, 1885.)

Potilasohjauksen alussa on tärkeää selittää potilaalle, miksi hän tarvitsee antikoagulaatiohoitoa (Traikokya 2016, 2). Potilasturvallisuuden takaamiseksi potilasta informoidaan uusien antikoagulanttien haitta- ja lääkeyhteisvaikutuksista, unohtamatta itsehoitovalmisteita. Ohjaukseen sisällytetään myös neuvontaa yksilöllisesti muuttuvista riskitekijöistä, kuten anemiasta, munuaisten ja maksan toiminnasta tai verenpaineesta ja niiden vaikutuksesta hoitoon. Potilaalle kerrotaan, miten toimia ennen leikkausta tai toimenpidettä ja miten toimitaan verenvuodon tai trauman sattuessa. Potilaalle pitää ohjeistaa miten lääke tauotetaan ja mitä korvaavia hoitomuotoja silloin saattaa tarvita. Potilaan on myös tärkeä olla tietoinen siitä, että uusille antikoagulaatiolääkkeille ei ole olemassa antidoottia, lukuun ottamatta Pradaxa -valmistetta. (Lassila ym. 2014, 1885.) Hoitajan tai lääkärin tulee informoida potilasta vuotoriskistä, vuoto-oireista ja siitä miten toimia vuototilanteessa (Patel 2016).

4.3.2 Suoria antikoagulaatiolääkkeitä käyttävien potilaiden seurantakäyntien sisältö

Opinnäytetyönä tehdystä ohjeesta (Liite 4) löytyvät kaikki ensimmäisen vuoden antikoagulaatiolääkitykseen liittyvät seurantakäynnit ja -soitot sekä niiden sisällöt avoterveydenhuollossa. Jokaisen hoitoa toteuttavan hoitajan tulee tietää, mitä asioita seurannassa tarkistetaan ja seurataan. Ennen ensimmäistä käyntiä hoitajan vastaanotolla tulee potilaan laboratorioarvot

(GFR, PVK ja ALAT) olla kontrolloitu kuuden kuukauden sisällä ja INR-arvo kontrolloitu 2 vuorokauden sisällä. Ensimmäisellä seurantakäynnillä käydään läpi antikoagulaatiolääkitys, mitä varten se on aloitettu ja miten lääkettä käytetään, sekä muut lääkkeen käyttöön liittyvät seikat, jotka on eritelty paremmin kohdassa 4.3 Lääkehoidon ohjaus. Hoitajan tulee myös arvioida lääkityksen hyödyn ja haittojen välinen suhde, eli onko antikoagulaatiohoito tarpeellinen tai onko vuotoriski liian suuri. Hyötyjä ja haittoja arvioidessa on hyvä käyttää apuna chadvasc-riskipisteystystä ja HAS-BLED-vuotoriskipisteystystä ja tarvittaessa konsultoida lääkäriä. Haitat ja hyödyt tulee arvioida jokaisella vastaanottokäynnillä.

Ensimmäisellä hoitajan vastaanottokäynnillä on lisäksi tärkeää muistaa antaa potilaalle potilaskortti (Liite 3) ja neuvoa sen täyttämässä. Potilaskortista löytyy potilaan tiedot, käytettävän lääkkeen nimi ja vahvuus, hoidon aloitus ja aihe sekä laboratorioarvot hoitoa aloittaessa (Liite 3). Potilaskorttia suositellaan pitämään aina mukana mahdollisen tapaturman tai äkillisen sairastumisen vuoksi, jotta kortista nähdään keskeisimmät antikoagulaatiohoitoon liittyvät asiat heti. (Potilaskortti suoran antikoagulantin käyttäjälle, 2016.)

Ensikäynnin päätteeksi hoitajan tulee vielä sopia asiakkaan kanssa seuraava seurantakäynti sekä antaa ohjeet sen varaamiseen. Mikäli potilaalla on muiden sairauksien seurantakäyntejä, voidaan antikoagulaatiolääkitykseen liittyvä seurantakäynti yhdistää samalle ajalle. Potilastietojärjestelmään kirjataan potilaan käynti vastaanotolla, ja kirjauksesta tulee löytyä hoidon aloituspäivämäärä, suunniteltu kesto, asiakkaan yhteystiedot, riskipisteet ja päiväannos tabletteina.

Jokaisella käynnillä ja soittokerralla tarkistetaan potilaan hoitoon sitoutuminen, eli hakeeko potilas lääkkeensä apteekista ja ottaako hän niitä ohjeen mukaan. Hoitoon sitoutumista voi tiedustella esimerkiksi kysymällä potilaan suhtautumista toteutettavaan hoitoon ja keskustella potilaan ajatuksista hoitoa kohtaan. Lisäksi tulee varmistaa, että potilas

käyttää ohjeiden mukaisesti hänelle määrättyjä lääkkeitä, eli tärkeässä asemassa on hyvä lääkehoidon ohjaus. Varsinkin ensimmäisellä kerralla potilaalle voi informoida hoidon apuvälineistä, jotka mahdollisesti parantavat hoitoon sitoutumista. Näitä ovat esimerkiksi doosit ja muut lääkerasiat, joihin lääkeannos voidaan jakaa valmiiksi. Hoidon apuvälineenä voi toimia myös esimerkiksi matkapuhelimeen ladattava sovellus, joka muistuttaa potilaalle, milloin lääke tulee ottaa.

Jokaisella käynnillä arvioidaan tromboemboliset tapahtumat verenpaineen mittauksen ja CHA₂DSVASc-riskipisteiden avulla. Verenvuototapahtumien riski arvioidaan HAS-BLED pisteytyksen mukaan. Potilasta tulee lisäksi informoida, mitä ovat vuoto-oireet ja kuinka niitä havaitessa tulee toimia. Vuoto-oireita ovat esimerkiksi nenäverenvuoto, veri virtsassa tai ulosteessa ja mustelmien syntyminen ilman syytä. (Trailokya, 2016, 3). Vuoto-oireita havaitessa potilaan kannattaa ottaa yhteys häntä hoitavaan avoterveydenhuollon yksikköön, mutta aukioloaikojen ulkopuolella yhteys tulee ottaa paikkakunnan päivystykseen.

Lääkelistan tarkistus lääkitystä aloittaessa ja yhteen sopimattomien lääkkeiden huomioiminen kuuluu lääkärin tehtäviin, mutta myös hoitajan tulee tarkistaa lääkelista jokaisella seurantakäynnillä ja soittokerralla. Lääkelistan tarkistukseen kuuluu käytettävien lääkkeiden ajantasaisuus, sekä myös itsehoito- ja luontaistuotteet tulee huomioida. Ajantasainen lääkelista päivitetään potilastietojärjestelmään ja lääkelistalta tauotetaan ne lääkkeet, joita potilas ei käytä. Vain lääkäri saa poistaa kyseiset lääkkeet lääkelistalta. Lisäksi hoitaja tarkistaa reseptikeskuksesta, onko potilas hakenut mainitsemansa lääkkeet ja löytyykö sieltä mahdollisesti muita lääkkeitä. Näin voidaan havaita, mikäli potilas ei olekaan hakenut mainitsemiaan lääkkeitä ja huomataan hoitoon sitoutumattomuus.

Jokaiseen seurantakäyntiin kuuluu lisäksi verenpaine-arvojen mittaus ja seurantasitoilla kysytään potilaalta hänen itse mitaamansa arvo. Verenpaineiden tavoitetaso on potilaskohtaisesti määritelty, jos potilaalla

on todettu verenpainetauti ja hänellä on siihen lääkitys. Lahden keskustan sekä eteläisellä klinikalla on käytössä erikseen hoitajille ohjeistus siitä, kuinka poikkeavien verenpainearvojen kanssa tulee toimia.

Lääkehoitoisen verenpainepotilaan verenpainearvot saavat olla korkeintaan 140/85, jolloin verenpaine on hyvässä hoitotasapainossa. Tästä korkeampien arvojen kohdalla tulee edetä prosessin mukaisesti, eli keskustella elämäntavoista, konsultoida lääkäriä ja mahdollisesti tehostaa lääkitystä. Myös hoitoon sitoutuminen tarkistetaan tässäkin asiassa, eli syökö potilas hänelle määrättyjä lääkkeitä ja noudattaako hän terveellisiä elämäntapoja. Lisäksi kontrolloidaan laboratoriokokeet tapauskohtaisesti. (Verenpainepotilaan hoito 2007; Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Potilaiden, joilla ei ole verenpainelääkitystä, normaaliarvot ilman jatkotoimenpiteitä ovat yläpaineen ollessa 120–140 ja alapaineen ollessa 70–89. Tätä korkeampia arvoja havaitessa hoitajan tulee keskustella potilaan kanssa terveystottumuksista, mitata painoindeksi ja verenpaine sekä teetättää potilaalla kakkostyyppin diabeteksen riskitesti. Lisäksi kontrollikäyntejä hoitajalla sekä verenpainemittauksia lisätään. Mikäli verenpaine ei laske terveystottumuksien muuttamisen myötä, potilas käy laboratoriokokeissa ja hän saa mahdollisesti verenpainelääkityksen. (Verenpainepotilaan hoito 2007; Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus, 2014.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön idea tuli suoraan yhteistyötaholta, eli Lahden keskustan lähiklinikalta. Tavoitteena on tehdä hoitajille ohje siitä, kuinka uudet antikoagulanttilääkkeet otetaan käyttöön ja kuinka usein se vaatii asiakkaan seurantakäyntejä ensimmäisen vuoden ajan, sekä mitä asioita seurantakäynneillä seurataan. Ohje tehdään nimenomaan hoitajille hoidon toteutuksesta, eli kyseessä ei ole potilaille tarkoitettu potilasohje. Aihetta on lisäksi rajattu niin, että se koskee eteiväriäpotilaiden suoran antikoagulanttilääkityksen toteuttamista. Käytössä on tämän hetkinen luonnostelma uusien antikoagulanttien käyttöön ottoon, jota voi käyttää ohjenuorana ja pohjana uudelle ohjeelle.

Uudesta ohjeistuksesta tulee A4-kokoinen laminoitu ohjekaavio, josta on tarkoitus tulla selkeä, helposti ymmärrettävä ja käytännöllinen jokapäiväisessä hoitotyössä vastaanotolla. Opinnäytetyön tavoitteena on, että opas pääsee käyttöön Lahden alueella keskustan sekä Eteläisellä klinikalla sekä, että se koetaan hyvänä ja toimivana käytännössä. Mahdollisuus on myös siihen, että tuotos pääsee käyttöön koko Suomen mittapuulla eri avoterveydenhuollon yksiköissä, sillä kyseistä tarkkaa suorita antikoagulantteja koskevaa ohjeistusta ei ole vielä olemassa.

Avoterveydenhuollon sairaanhoitajille suunnatun ohjeen tarkoituksena on parantaa hoitajien lääkehoidon osaamista antikoagulanttien käytön ohjaamisessa sekä saada hoitajille varmuutta potilaan antikoagulaatiohoidon ohjaamiseen ja toteuttamiseen. Lisäksi tarkoituksena on vaikuttaa potilasohjaukseen positiivisesti, jotta potilaiden sitoutuminen pitkäaikaissairausten hoitoon paranisi sekä potilaat kokisivat hoidon ja ohjauksen hyvänä. Klinikalta saadun tiedon mukaan hoitajat ovat selkeämpää ohjetta kaivanneet antikoagulaatiolääkkeiden käytön ohjeistukseen asiakkaille, jotta hoidon toteutus olisi helpompaa, selkeämpää ja johdonmukaisempaa. Selkeän ohjeen avulla hoitajien olisi helppo kertoa asiakkaille antikoagulanttihoitoon liittyvistä seurantakäynneistä sekä niiden tarkoituksesta ja sisällöstä.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena, sillä siihen kuului konkreettisen ohjeen tekeminen yhteistyötaholle. Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi tapa toteuttaa ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Käytännössä se tarkoittaa ammatillisen toiminnan ohjeistamista, järjeistämistä tai opastamista. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapoja on monia. Se voi olla esimerkiksi opas, portfolio, kotisivut tai järjestetty tapahtuma. Sen tarkoitus yhdistää käytännön toteutus ja tutkimuksellinen raportointi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Toiminnallisella opinnäytetyöllä pyritään osoittamaan kyky yhdistää ammatillinen teoreettinen tieto kyseiseen alaan liittyvään käytäntöön (Vilkkä ym. 2003, 42).

Toiminnallinen opinnäytetyö on suositeltavaa toteuttaa toimeksiantajan kanssa, sillä se edesauttaa luomaan suhteita työelämään ja harjoittelemaan oman ammattialan työelämän kehittämistä (Vilkkä ym. 2003, 16). Näin ollen opinnäytetyön toteutustapa tulee valita toimeksiantajalle sopivaksi. Myös tuotoksen kohderyhmä on otettava huomioon toteutustapaa valitessa, sillä toiminnallisen opinnäytetyö tehdään aina jonkun käytettäväksi. (Vilkkä ym. 2003, 38.) Koska opinnäytteen tuotos tulee olemaan joku konkreettinen tuote, tulee sen raportissa ilmetä konkreettisen tuotoksen saavuttamiseksi käytetyt keinot (Vilkkä ym. 2003, 51). Ohjeiden ja oppaiden toteutuksessa on erityisen tärkeää kuvata tiedonhakua tarkasti ja lähdekritiikin merkitys korostuu (Vilkkä ym. 2003, 53). Hyvä tietoperusta ja käsitteiden selkeä määrittely toimivat hyvänä pohjana opinnäytetyölle (Vilkkä ym. 2003, 43).

6.1 Tiedonhaun toteutus

Tiedonhakua toteutettiin etukäteen suunniteltujen kriteerien mukaan ja kriteerit olivat valikoituneet opinnäytetyöhön rajatun aiheen mukaisesti, eli eteisvärinä ja suoriin antikoagulantteihin. Tiedonhaku oli lisäksi tarkasti rajattu siten, minkälaisista lähteistä tietoa haetaan. Koska opinnäytetyön aiheeseen kuului jatkuvasti kehittyvä hoitotyö, lääkehoito ja potilasohjaus,

varsinkin lääkehoitoa koskeva tieto tuli olla tuoretta. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit on eritelty taulukossa 4. Eteisvärinää ja antikoagulantteja käsittävien lähteiden oli oltava julkaistu vuosina 2011–2016. Lähteiden oli oltava joko suomen- tai englanninkielisiä, jotta niitä voitiin tulkita luotettavasti. Sisäänottokriteereiksi määriteltiin tiedonlähteet, jotka käsittelivät uusia antikoagulaatiolääkkeitä, potilasohjausta ja eteisvärinää, vuosina 2011–2016 julkaistut aineistot ja se että lähteiden oli oltava julkaistu joko suomen- tai englanninkielellä. Poissulkukriteereitä olivat pelkästään varfariinilääkitystä ja -hoitoa käsittelevät lähteet, ennen vuotta 2011 julkaistut aineistot ja muut kun suomen- tai englanninkieliset lähteet. Poikkeuksena sovittiin potilasohjausta käsittelevät aineistot, joista mukaan otettiin aineistot vuosilta 2003–2016.

Taulukko 4. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • Tiedonlähteet, joissa käsitellään suoria ak-lääkkeitä. • Potilasohjausta käsittelevät tiedonlähteet, niin hoitajan, kun potilaan näkökulmasta. • Eteisvärinää käsittelevät lähteet. • Vuosina 2011–2016 julkaistut lähteet, kun ne koskevat antikoagulantteja tai eteisvärinää. • Vuoden 2003 jälkeen julkaistut lähteet, kun ne koskevat potilasohjausta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vain varfariini-lääkitystä käsittelevä lähteet. • Ennen vuotta 2011 julkaistut lähteet, jotka koskevat antikoagulantteja tai eteisvärinää. • Ennen vuotta 2003 julkaistut potilasohjausta koskevat lähteet. • Muut, kun suomen- tai englanninkieliset tutkimukset.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Joko suomen- tai englanninkieliset tutkimukset. | |
|---|--|

6.1.1 Tietokantojen ja hakusanojen käyttäminen

Tiedonhaussa käytettiin yleisesti hyväksytyjä ja hoitotieteessä käytössä olevia tietokantoja. Tiedonhaussa hyödynnettiin paljon Medic-tietokantaa, joka sisältää kattavasti viitteitä suomalaisista terveystieteiden tutkimuksista. Tietoa haettiin myös kansainvälisestä hoito- ja lähtitieteiden tietokannasta Cinalhista ja sekä yliopistojen väitöskirja ja opinnäytekirjasto Melindasta. Muita käytettyjä tietokantoja ovat Ebscho, Chocrane, Terveysportti, Pubmed ja Arto.

Eteisvärinästä ja antikoagulantteista käytettiin niitä kuvaavia hakusanoja "eteisvärinä" ja "antikoagulantti", sekä sanoja katkaistiin *-merkillä, jotta saadaan laajempi hakutulokset samasta sanasta ja esimerkiksi taivutetut sanat myös hakuun mukaan. Englanninkielisiä sanoja hauissa käytettiin "counselling", "medic", "drug therapy", "nursing" and "patient education", sekä "anticoagulants". Virallisten englanninkielisten asiasanojen oikeaoppisuus tarkistettiin Medicin asiasana hakukoneella. Hakuja toteutettiin yhdistämällä eri sanoja AND-merkillä, sekä sulkemalla esimerkiksi varfariini pois käyttämällä välisanaa NOT. Tarkemmin tietokannoista ja hakukoneista eri hakusanoilla löytyneistä lähteistä on merkitty liitteeseen 1., johon on merkitty hakutulosten määrä tietyillä sanoilla, sekä mukaan otetut aineistot. Hakuja toteutettiin useilla eri sanayhdistelmillä eri tietokannoissa, eikä taulukkoon ole kuvattu niitä hakuja, joista ei ole otettu yhtään aineistoa mukaan. Hakua lisäksi rajattiin vuosiluvuilla, esimerkiksi potilasohjaukseen liittyvät haut rajattiin vuosille 2003–2016 ja muut haut vuosille 2011-2016, jotta välttyttäisiin turhalta tätä vanhempien aineistojen lähemmältä tarkastelulta.

6.1.2 Lähteiden luotettavuus

Tietoa hakiessa on kiinnitettävä huomiota lähteiden luotettavuuteen. Lähde on yleensä luotettava, jos teos on julkaistu tieteellisessä julkaisusarjassa tai elektronista lähdettä käyttäessä tieto on viranomaisen, tutkimus- tai koulutusorganisaation tai tieteellisen julkaisijan sivuilla. Kirjoittajan luotettavuutta voi arvioida selvittämällä onko hänellä muita teoksia, ja minkälaisia ne ovat. Jos muut ovat viitanneet kirjoittajaan teoksissaan, on se merkki tämän luotettavuudesta ja tekstin käyttökelpoisuudesta. (LAMK 2016.)

Opinnäytetyöhön valittiin sellaisia tietokantoja, joita käytetään yleisesti sosiaali- ja terveysalan tieteellisten artikkelien julkaisukantoina. Aineiston luotettavuutta arvioitiin sen julkaisupaikan mukaan. Englanninkielisissä lähteissä käytettiin vertaisarviointia, joka lisää luotettavuutta.

6.2 Oppaan tarpeen kartoittaminen kyselyllä

Jotta työ vastaisi mahdollisimman hyvin oppaan käyttäjien toiveita Lahden Keskustan sekä Eteläisellä klinikalla, tehtiin kysely eteisvärinäpotilaiden ohjauksesta uusien antikoagulaatiolääkkeiden käytössä vastaaville sairaanhoitajille (Liite 2). Kyselyllä pyrittiin selvittämään mitä toiveita hoitajilla oli ohjeeseen kohdistuen, ja mitä epäkohtia he olivat aiemmassa epävirallisessa ohjakaaviossa huomanneet. Kysely lähetettiin hoitajille sähköpostissa sekä myöhemmin myös kirjallisena kyselynä postissa. Yhteyshenkilö keskustan lähiklinikan yksiköstä suositteli myös kyselyn tuottamista.

Kyselyn toimitimme 14 hoitajalle, joista kolme vastasi. Vastauksista tuli ilmi, että hoitajat toivoivat ohjeen tukevan hoitajan ja lääkärin välistä yhteistyötä. Oppaassa olisi hyvä olla muistutus siitä, että missä vaiheessa tulee konsultoida lääkäriä muun muassa b-lausuntoa koskien. Uusien antikoagulanttilääkitysten ohjauksesta potilaalle hoitajat kokivat hankalaksi lääkkeiden tauottamisen ennen toimenpiteitä, koska siihen ei ole ollut selkeää ohjetta. Lääkkeiden omissa ohjeissa on myös erilaisia ohjeita, kun

yksikön omassa ohjeessa. Haastetta ohjaukseen tuo myös asiakkaiden korkea ikä, raha-asiat suorien antikoagulaatiolääkkeiden ollessa kalliita ja lääkityksen vaihdon ollessa hankalaa.

Myös tietyt tietotekniikkaan liittyvät seikat toivat vastaajien mielestä hankaluuksia lääkeshoidon ohjauksessa. Joskus asiakas tulee vastaanotolle lääkeshoidon aloitukseen ilman lääkärin tekemää lääkemääräystä eikä sitä ole saatavilla, sillä Lahden kaupungin avoterveydenhuollon yksiköillä on eri potilaskirjausjärjestelmä kuin Päijät-Hämeen keskussairaallalla, jossa usein verenohennuslääkitys aloitetaan.

Hoitajat toivat kyselyssä ilmi myös sen, että ohje potilasohjauksen suorien antikoagulanttien käytössä on nyt jo toimiva. Hyvän siitä tekee selkeä pohja, ja se että kaikkia asiat tulee käytyä huolella läpi asiakkaan kanssa.

6.3 Oppaan tekeminen

Opasta tehdessä painotettiin toimeksiantajalta saatujen materiaalien merkitystä, koska opas tulee käyttöön kyseisissä yksiköissä. Hoitajille teetetyt kyselyn perusteella jo aiemmin käytössä ollut ohjekaavio oli ollut toimiva, joten vanhaa ohjetta päätettiin syventää ja selventää käyttämällä sitä pohjana uudelle ohjeelle. Asiakkaiden seurantakäynnit ja -soitot suunniteltiin pidettäväksi yhtä tiheästi kuin aiemminkin, sillä emme voineet vaikuttaa toimeksiantajamme hoitohenkilökuntaresursseihin. Emme myöskään voineet vaikuttaa vastauksissa esille tulleeseen tietoteknilliseen ongelmaan.

Opas on kaksipuoleinen ja sen etupuolella on kuvattu seurantakäyntien ja -soittojen ajankohdat sekä niiden sisällöt. Toisella puolella on yleistä tietoa tiivistetysti antikoagulaatiolääkkeistä, esimerkiksi milloin lääke tulee tauottaa, mikäli asiakkaalla on tulossa jokin leikkaus, sekä ohjeet siihen kuinka varfariinista vaihdetaan suoraan antikoagulanttiin tai toisin päin.

Visuaalisesti oppaasta haluttiin selkeä, helppolukuinen ja asiasisällöltään tiivis. Ylälaitaan valittiin Lahden kaupungin logo, sillä ohje tulee Lahden

kaupungin avoterveydenhuollon yksiköihin käyttöön, sekä Oma Lääkärisi - logo. Oma Lääkärisi kuuluu Mehiläisen konserniin, ja Oma Lääkärisi - terveysasemat toimivat osana julkista terveysasemaverkostoa (Omalaakarisi.fi). Oikeaan ylälaitaan on puolestaan laitettu antikoagulattivalmisteiden viralliset kauppanimi-logot.

Oppaan tekstiosuudet ovat selkeällä tummansinisellä Arial-fontilla ja tekstilaatikoiden pohja on puolestaan vaalean sininen. Koko oppaan pohja on valkoinen. Sininen teemasävy valittiin Lahti-logon sinisyyden vuoksi. Oppaasta haluttiin asiallisen, mutta kiinnostusta herättävän näköinen, minkä vuoksi mukaan haluttiin myös värejä. Oppaan etupuolella kuvatun seurantaohjeistuksen laatikoiden välissä olevat nuolet kuvastavat seurantakäyntien ja -soittojen etenemissuuntaa. Opas on kooltaan A4-kokoinen ja laminoitu.

7 POHDINTA

Suomalaisen terveydenhuollon niukat ja yhä pienenevät resurssit asettavat terveydenhuollon henkilöstön uusien haasteiden eteen. Säästämisen eri muotoja ovat muun muassa etähoito ja tehtävän siirrot lääkäreiltä hoitajille. Vaikka tehtävän siirrot aiheuttavat uusia haasteita, mahdollistavat ne sen, että kokeneet ja ammattitaitoiset sairaanhoitajat pystyvät hyödyntämään omaa osaamistaan ja samalla lääkärien työaika vapautuu vaativampaan hoitoon (Sairaanhoitajaliitto 2010). Muuttuvat tehtävänkuvat vaativat hoitajilta aiempaa enemmän lääketieteellistä ja farmakologista osaamista, unohtamatta pedagogisia taitoja. Esimerkiksi lääkehoidon ohjausta on aiemmin pidetty farmaseuttien tai lääkäreiden tehtävänä, mutta vastuu on siirtymässä yhä enemmän sairaanhoitajille. (Sneck 2016, 33.)

Onnistunut ja laadukas sairaanhoitajien toteuttama lääkehoidon potilasohjaus voidaan taata, kun hoitaja tuntee ohjattavan lääkkeen hyvin ja ohjaa potilasta sovitusti yksikön hoitosuunnitelman mukaisesti. Lääkehoidon jatkuvuus turvataan ohjaamalla potilasta koko hoitajakson aikana (Sneck 2016, 33), välillä kasvotusten ja välillä puhelimitse.

Opinnäytetyöraporttiin olisi voinut lisätä kappaleen suorien antikoagulanttien taloudellisesta hyödyistä terveydenhuollolle. Jätimme tietoisesti opinnäytetyöstä pois tämän aihealueen, sillä koimme työn rakenteen kannalta paremmaksi pitää aihe suhteellisen rajattuna ja tiiviinä. Lisäksi suorat antikoagulantit ovat olleet vasta niin vähän aikaa käytössä, ettei pidemmän ajan tuloksista tai vaikutuksista talouteen ole vielä tarpeeksi näyttöä. Tutkittua tietoa löytyy kuitenkin siitä, että lääkehoitoon sitoutumisella on merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia. Maailman terveysjärjestö WHO:n arvion mukaan vain noin puolet pitkäaikaislääkitystä tarvitsevista henkilöistä ovat sitoutuneita hoitoonsa. Hoitoon sitoutumattomuus on ongelma, mikä aiheuttaa haittaa niin potilaalle, kun yhteiskunnallekin. (Aarnio & Martikainen 2016, 48.)

Syitä, miksi hoitoon ei sitouduta, on useita. Osalla potilaista syy voi olla vähä-oireinen sairaus, jolloin lääkitystä ei koeta tarpeelliseksi. Toisilla syy on lääkkeen oton unohtaminen tai epätietoisuus lääkityksen tärkeydestä. Hoitoon sitoutumista on tutkittu potilaiden tiedon lisäämisellä, omavastuiden pienentämisellä ja muistutusten vaikutuksista hoitoon sitoutumiseen. Parhaimmillaan hoitoon sitoutumista parantavien interventtioiden kustannukset maksavat itsensä takaisin vältettyinä sairaslomina ja sairauksien pahenemisvaiheina sekä lyhentyneinä sairaalajaksoina. Kun terveydenhuollossa panostetaan hoitoon sitoutumisen kehittämiseen, voidaan parantaa sekä yksilön että väestön terveyttä, välttää turhia kustannuksia ja saada hyvä vastine lääkehoitoon käytetyille resursseille. (Aarnio & Martikainen 2016, 49.) Selkeän ja johdonmukaisen ohjauksen seurauksena on todennäköisempää, että potilas sitoutuu hoitoon. Tämä edellyttää hoitajilta yhtenäistä ja yleisesti hyväksyttyä linjausta potilasohjauksen toteutuksesta, joita opinnäytetyönä tehty opas pyrkii edistämään.

Uskomme, että perusteellinen perehtyminen uusiin antikoagulantteihin sekä samalla myös eteisvärinä ja potilasohjaukseen ovat hyödyksi valmistuvalle sairaanhoitajalle missä tahansa työssä.

Verenohennuslääkkeitä käyttävien keski-ikä on 75 vuotta, ja väestön ikääntyessä ja kansantautien lisääntyessä todella monella potilaalla on käytössä jokin verenohennuslääke. Tämän vuoksi onkin hyvä tietää erilaisista verenohennuslääkkeistä riittävästi turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi.

Opinnäytetyöprosessi kesti kokonaisuudessaan vuoden. Motivaatiota opinnäytetyöprosessiin löytyi mielenkiintoisesta ja uudesta aiheesta sekä hyvin toimineesta yhteistyöstä kaikkien osapuolien kesken. Opas otettiin hyvin vastaan molemmilla klinikoilla. Oppaan esittelyn jälkeen Lahden keskustan lähiklinikalla yhteistyötaho esitti toiveen, että saisivat ohjeita jokaisen hoitajan sekä myös lääkärin työhuoneisiin. Laminoituja oppaita tuotettiin yhteensä 50 kappaletta, keskustan lähiklinikalle 30 ja Eteläiselle klinikalle 20 kappaletta. Lahden kaupunki on tuottanut pilottiprojektia

suorien antikoagulanttien käyttöön otossa avoterveydenhuollossa ja toiminut edellä kävijänä antikoagulaatiolääkkeisiin liittyvän seurantamallin toteuttamisessa. Opinnäytetyönä tehdyllä oppaalla on mahdollisuudet päästä valtakunnallisesti käyttöön, sillä tämän tyyppistä ohjetta ei toistaiseksi ole ollut vielä käytössä.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys

Uudet suorat antikoagulantit jakavat lääkäreissä ja hoitohenkilökunnassa mielipiteitä, sillä esimerkiksi niiden kumoaminen elimistössä on vaikeampaa kuin perinteisen varfariinin. Tähän on kuitenkin tulevaisuudessa mahdollisesti tulossa muutos, sillä lääketiede kehittyy koko ajan. Lisäksi perinteinen Marevan on monella tapaa hyväksi koettu lääke, jolloin monen potilaan voi olla vaikea ymmärtää suorien antikoagulanttien ja varfariinin eroja. Varsinkin silloin, kun asiakkaan varfariini joudutaan vaihtamaan esimerkiksi heittelevien INR-arvojen vuoksi suoraan antikoagulanttiin, on hyvin suunnitellulla ja toteutetulla potilasohjauksella tärkeä rooli.

Opinnäytetyön ideana ei ollut vertailla varfariinia ja suorita antikoagulantteja keskenään, vaan hakea tietoa suorien antikoagulanttien käytöstä sekä tehdä niihin liittyvä ohjeistus hoitajille. Emme myöskään itse ole muodostaneet mielipidettä siitä, kumpi lääkitys on niin sanotusti parempi, emmekä tuoneet asiaa opinnäytetyössä millään tavalla esille. Suoria antikoagulantteja käsittelevä asiapohja on kirjoitettu täysin puolueettomasti. Tietenkin aineistoa läpi käydessä heräsi tiettyjä hyviä ja huonoja puolia liittyen molempien tyyppisiin verenohennuslääkkeisiin, tässä tapauksessa keskittyessä vain suoriin antikoagulantteihin olennaisesti löysimme niistä paljon hyviä puolia.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä hoitajien lääkehoidon osaamista antikoagulanttien käytön ohjaamisessa. Riittävän lääketuntemuksen ja suunnitelmallisen potilasohjauksen myötä myös lääkepoikkeamat vähenevät. Kansainvälisesti lääkityspoikkeamilla tarkoitetaan sellaista

virhettä, joka tapahtuu lääkkeen annostelussa tai lääkkeen määräämisessä, jonka vuoksi potilas ottaa kokonaan väärän lääkkeen tai väärän annoksen. Lääkityspoikkeama voi johtaa vaaratapahtumaan. (Sneck 2016, 34.)

Yksi keskeisimmistä sairaanhoitajan tehtävistä lääkehoidon ohella on myös niihin liittyvien vaara- ja haittatapahtumien raportointi. Ilman haittatapahtumien raportointia lääkehoidon turvallisuuden kehittäminen olisi mahdotonta. (Sneck 2016, 36.) Jatkuvasti kehittyvän hoitotieteen vuoksi myös lääketurvallisuuden kehittäminen on avainasemassa.

Teknologian osuus hoitotyössä on koko ajan suurempi. Sen on oletettu parantavan potilasturvallisuutta, mutta myös sähköisten järjestelmien käytössä tapahtuu virheitä. Mikäli työyksikön perehdytys tietojärjestelmiin on puutteellista, voi teknologian käyttö lisätä virheriskiä esimerkiksi lääkehoidossa. (Sneck 2016, 36.) Ajantasaisten lääkelistojen ylläpito ja lääkkeen käyttöön liittyvien asioiden tarkka raportointi potilasasiakirjoihin voi pienentää lääkityspoikkeaman riskiä. Toisaalta hyvät teknologiataidot voivat nopeuttaa hoitoa, sillä keskeisimmät tiedot ovat oikein kirjattuna helposti ja nopeasti löydettävissä potilasasiakirjoista.

7.2 Kehittämisideoita

Kunnallisen avoterveydenhuollon lääkäreille ja hoitajille varattujen aikojen resurssit ovat tämän päivän Suomessa vedetty tiukalle, ja monia aiemmin perusteltuja seurantakäyntejä on vähennetty tai korvattu puhelinsoitolla. Myös uudenlaiset tapaamiskäynnit esimerkiksi Skypen tai jonkin muun sovelluksen video- tai ääniyhteyden välityksellä tekevät tuloaan. Tämä tuo varmasti haasteita niin hoitohenkilökunnalle kuin asiakkaillekin.

Tietotekniikka ja sen hyödyntäminen ovat yhä isompi osa hoitajan työpäivästä, ja se asia tulee myös jatkuvasti lisääntymään. Moni nykypäivän ikäihminen osaa käyttää internettiä asioiden hoitamiseen, mutta usealle ihmiselle perinteinen tapaaminen vastaanotolla tuo turvallisen ja luottavaisen olon. Tilanne mahdollistaa kiperienkin

kysymysten esittämisen tai aran asian esille ottamisen. Samalla hoitaja voi arvioida ihmisen eleistä ja olemuksesta jaksamiseen, mielenterveyteen tai päihteisiin liittyviä terveydellisiä seikkoja silloin kun toisen ihmisen tapaa kasvotusten.

Vastaanottokäyntien vähentyessä hoitajan resursseja potilasohjauksessa voitaisiin hyödyntää entistä enemmän ryhmäohjauksiin, sillä tehokkaan potilasohjauksen hyödyt tiedetään. Näin ollen asiakkaat pääsisivät tapaamaan samalla hoitajan kasvotusten sekä saamaan vertaistukea muista osallistujista. Uusien antikoagulanttilääkkeiden käytön lisääntyessä ryhmäohjauksia voitaisiin jakaa kolmeen erilaiseen ryhmään lääkkeen mukaan. Näin myös asiakkaalle tulisi olo, että hän saa tietoa juuri hänellä käytössä olevaan lääkkeeseen. Myös hoitaja voisi valmistautua ryhmän vetämiseen varaamalla riittävästi tietoa juuri kyseisestä lääkkeestä. Esimerkiksi opinnäytetyönä tehdyssä oppaassa esitettyjen seurantakäyntien ja -soittojen lisäksi avohoidon resurssien salliessa hoitajat voisivat lisätä suorien antikoagulaatiolääkkeiden käyttöön liittyvän ryhmätapaamisen.

LÄHTEET

Aarnio, E. & Martikainen, J. 2016. Lääkehoitoon sitoutumisella on merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia. Sic! Lisätietoa Fimeasta. [viitattu 30.10.2016]. Saatavissa:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130217/1_16%2048-49%20Laakehoitoon%20sitoutumisella%20on%20merkittavia%20yhteiskunnallisia%20vaikutuksia.pdf?sequence=1

Altiok, M., Yilmaz, M. & Rencüsoğullari, M. 2015. Asian Nursing Research. [Viitattu 23.9.2016]. Saatavissa: [http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(15\)00083-3/abstract?cc=y=](http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(15)00083-3/abstract?cc=y=)

Armstrong, E., Harjola, V-P., Harrison, L., Huhtakangas, J., Hyppölä, H., Kuitunen, A., Kärjä-Koskenkari, P., Lassila, R., Lauri, T., Mentula, P., Mustonen, P., Putaala, P., & Vesanen, M, 2015. Idarusitsumabi (Praxbind®): antidootti dabigatraanin (Pradaxa®) antikoagulaatiovaikutuksen kumoamiseen. Kansallinen suositus. [Viitattu 12.10.2016]. Saatavissa: http://www.hematology.fi/sites/default/files/uploads/idarusitsumabi_praxbind_suositus_12-2015.pdf

Bayerbayer, 2013. Eteisvärinäpotilaan antikoagulaatiohoito. Bayer Oy.

CHA2DS2VASc-pisteytys ja HAS-BLED-vuotoriski. 2015. Duodecim apuohjelma. [Viitattu 15.9.2016]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=pgr00058&p_haku=CHA2DS2-VASc

Duodecim-lääketietokanta. 2015. XARELTO 10MG TABL, KALVOPÄÄLL. Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica. [Viitattu 20.9.2016]. Saatavissa. http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti

Duodecim-lääketietokanta. 2016a. ELIQUIS 5MG TABL, KALVOPÄÄLL.
Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica. [Viitattu 20.9.2016]. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti

Duodecim-lääketietokanta. 2016b. MAREVAN FORTE 5 mg tabl.
Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica. [Viitattu 20.9.2016]. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti

Duodecim-lääketietokanta. 2016c. PRADAXA 75MG KAPS, KOVA.
Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica. [Viitattu 20.9.2016]. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Tammi, Helsinki.

EMA fast-tracks antidote to anticoagulant Pradaxa, 2015. European
Medicines Agency. Science Medicines Health. [Viitattu 12.10.2016].
Saatavissa:
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2015/09/WC500194183.pdf

Eteisvärinä (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran
Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä.
Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 [Viitattu 23.9.2014].
Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50036>

Ferguson, C., Inglis, S., Newton, P., Middleton, S., Macdonald, P. &
Davidson P. 2016. Education and practice gaps on atrial fibrillation and
anticoagulation: a survey of cardiovascular nurses. BMC Medical
Education. [Viitattu 23.10.2016]. Saatavissa:
<http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0504-1>

Huttunen, M.O. Suhtautuminen hoitoon. Lääkkeet mielen hoidossa.
Lääkärikirja Duodecim, Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 19.10.2016].

Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00006

Inkinen, R., Volmanen, P. & Haikoinen S. 2015. Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden – ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 4.10.2016]. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/129969>

Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Kayyali, R., Gomes, A., Mason, T., Naik, T. 2016. Patients Perceptions of Medication Counselling from Community Pharmacies. *Pharmacy & Pharmacology International Journal*.

Kela, 2016a. Apiksabaani, dabigatraani ja rivaroksabaani lyhytaikaisessa hoidossa. [Viitattu 23.9.2016]. Saatavissa: <http://www.kela.fi/laakeapi>

Kela, 2016b. Rajoitettu peruskorvausoikeus. [Viitattu 23.9.2016]. Saatavissa: http://www.kela.fi/laakkeet-ja-laakekorvaukset_rajoitettu-peruskorvaus

Kettunen, R. 2014. Tietoa potilaalle: eteisvärinä (flimmeri). Lääkärikirja Duodecim, Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 10.9.2016]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00015

Kohonnut verenpaine (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 [Viitattu 23.9.2014]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi04010>

LAMK. 2016. Reppu: Informaatio-osaaminen tutkimus- ja kehittämistoiminnassa. [Viitattu 5.6.2016]. Lahden ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://reppu.lamk.fi/course/view.php?id=8793>

Lassila, R., Armstrong, E., Halinen, M., Albäck, A., Asmundela, H., Backman, J., Groundstroem, K., Joutsu-Korhonen, L., Kalliokoski, A., Kastarinen, H., Niemi, T., Peltonen, S., Puhakka, J., Rossinen, J., Tatlisumak, T. & Väänänen, H. 2011. Uusien antikoagulanttien hallittu käyttöönnotto. *Lääkärilehti* 38, s. 2753-2762. [Viitattu 23.9.2016].

Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/uusien-antikoagulanttien-hallittu-kayttoonotto/>

Lassila, R., Laasila, K., Asmundela H. & Armstrong, E. Suorat oraaliset antikoagulantit - avoimia kysymyksiä. 2014. *Lääkärilehti* 69, s. 1885 – 1890. [Viitattu 20.9.2016]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/tyossa/laakeinfo/suorat-oraaliset-antikoagulantit-avoimia-kysymyksiä/>

Lehto, M. & Kiviniemi, T. 2015. Eteisvärinä, sepelvaltimotauti ja suorat antikoagulantit. *Lääkärilehti* 17, s. 1176-1180. [Viitattu 19.9.2016].

Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/tyossa/laakeinfo/eteisvarina-sepelvaltimotauti-ja-suorat-antikoagulantit/>

Lehto, M., Mustonen, P. & Tierala, I. 2014. Suorien antikoagulanttien käyttö eteisvärinässä. *Duodecim* 130, s. 1709-1717. [Viitattu 18.9.2016].

Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/xmedia/duo/duo11828.pdf>

Lehto, M., Raatikainen, P., Mäkynen, H., Peipponen, M., Kyhälä-Valtonen, H., Hartikainen, J., Lund, J., Ahonen, J. & Mäkijärvi, M. 2011. Eteisvärinän hoito Suomessa – Fin-Fib –tutkimus. *Lääkärilehti* 45, s. 3401-3407. [Viitattu 5.10.2016]. Saatavissa:

[Viitattu 5.10.2016]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/eteisvarinan-hoito-suomessa-finfib-tutkimus/>

Linnajärvi, U. 2010. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan

ohjauksessa. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. [Viitattu 17.10.2016].

Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81716/gradu04403.pdf?sequence=1>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, hoitotiede. [Viitattu 12.10.2016]. Saatavissa:

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala ja Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. [Viitattu 12.10.2016]. Saatavissa:

http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Lääketietokeskus, 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Lääketietokeskus Oy, Helsinki.

Mustajoki, P. & Ellonen, M. 2015. Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito). Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 21.10.2016].

Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00007

Mäkynen, H. & Raatikainen, P. 2014. Eteisvärinän pitkäaikaishoito. Lääkärilehti 69, s. 795-801. [Viitattu 15.9.2016]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi/aineistot.lamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/eteisvarinan-pitkaaikaishoito/>

Oma Lääkärisi, 2015. [Viitattu 16.10.2016]. Saatavissa: [Omalaakarisi.fi](http://omalaakarisi.fi)

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24, s. 216-231. [Viitattu 12.10.2016].

Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.aineistot.lamk.fi/se/h/0786-5686/24/3/puhelino.pdf>

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012b. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 24, s. 232-243. [Viitattu 12.10.2016].
Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.aineistot.lamk.fi/se/h/0786-5686/24/3/puheorav.pdf>

Patala-Pudas, L. 2005. Sisätautipotilaan ohjaus. Pro gradu, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Patel, R. 2016. Effective management of venous thromboembolism in the community: non-vitamin K antagonist oral anticoagulants. *International Journal of General Medicine*. [Viitattu 17.10.2016]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4862352/>

Pellikka, M. 2015a. Antikoagulaatiohoito. Sairaanhoidajan käsikirja, Duodecim. [Viitattu 13.9.2016]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk00483&p_haku=eteisv%C3%A4rin%C3%A4%20AND%20antikoagu*

Pellikka, M. 2015b. Suorat antikoagulaatiolääkkeet. Sairaanhoidajan käsikirja, Duodecim. [Viitattu 13.9.2016]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk00482

Pitkälä, K. & Savikko, N. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Luottamuksen rakentamisella paremmin yhteisiin tavoitteisiin. *Duodecim* 5/2007, s. 501-502. [Viitattu 19.10.2016]. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96322.pdf>

Potilaskortti suoran antikoagulantin käyttäjälle. 2016. Duodecim apuohjelma. [Viitattu 21.10.2016]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=pgr00459&p_haku=NOA
C

Praxbind: antidootti dabigatraanille (Pradaxa®), 2015. [Viitattu 12.10.2016]. Saatavissa http://www.tyoterveyskirjasto.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.lue_abstrakti2?iid=18510&iprint=4

Raatikainen, P. 2014. Eteisvärinän oireet ja seuraukset. Sydänsairaudet, Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 14.9.2016]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=syd00354&p_haku=eteisv%C3%A4rin%C3%A4

Sairaanhoitajat. 2010. Toimenkuvan laajentamisesta hyviä kokemuksia. [Viitattu 30.10.2016]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/toimenkuvan-laajentamisesta-hyvia-kokemuksia/>

Sneck, S. 2016. Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. [Viitattu 4.10.2016]. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210667.pdf>

Sulosaari, V. 2011. Sairaanhoitajan lääkehoito-osaamisen tulevaisuuden haasteet. Teoksessa R. Nurminen (toim.) Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Turku: Turun ammattikorkeakoulun raportteja 113, s. 115-124. [Viitattu 12.10.2016]. Saatavissa: <http://julkaisumyynti.turkuamk.fi/filemanager/productfiled/1101file1Upload.pdf#page=116>

Trailokya, A. 2016. Role of Patient Education and Counseling in Acenocoumarol Management. InternMed 6: 212. [Viitattu 23.10.2016]. Saatavissa: <http://www.omicsgroup.org/journals/role-of-patient-education-and-counseling-in-acenocoumarol-management-2165-8048-1000212.php?aid=67134>

Verenpainepotilaan hoito. 2007. Powerpoint –esitys.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. WSOY, Helsinki.

Villkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi, Jyväskylä.

Özlem, D. & Rengin, A. 2016. Evaluation of medication management safety in patients using oral anticoagulants. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016;19:3. [Viitattu 23.9.2016]. Saatavissa: <http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/5000121721/5000174099>

LIITTEET

Liite 1: Esimerkkejä tiedonhausta

Haun ajan-kohta	Tietokanta tai hakukone	Hakutermit	Hakutulos/ Valittu määrä	Valitut tiedon lähteet
5.9.2016	Terveysportti, sairaanhoitajan ja lääkärin tietokannat	Eteisvärinä AND antikoagu*	22/6	<p>Pellikka, M. 2015. Antikoagulaatiohoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim.</p> <p>Pellikka, M. 2015. Suorat antikoagulaatiolääkkeet. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim.</p> <p>Kauppinen, A. 2014. Eteisvärinä (FA). Sairaanhoitajan käsikirja.</p> <p>Mustajoki, P. & Ellonen, M. 2015. Tietoa potilaalle: Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito). Lääkärikirja Duodecim.</p> <p>Kettunen, R. 2014. Tietoa potilaalle: Eteisvärinä (flimmeri). Lääkärikirja Duodecim.</p>

				<p>Raatikainen, P. 2014. Eteisvärinän oireet ja seuraukset. Sydänsairaudet. Lääkärikirja Duodecim.</p>
5.9.2016	Medic	Antikoagulantti AND eteisvärinä	40/6	<p>Tiili, P., Lehto, M., Meretoja, A., Nieminen, T., Pakarinen, S., Tatlisumak, T. & Putaala, J. 2016. Eteisvärinäpotilaan aivoinfarkti ja varfariinihoidon toteuttaminen. Terveysportti.fi, alkuperäistutkimus.</p> <p>Winell, Klas., Mikkola, I., Korhonen., Hynninen., Lahtinen, P., Tuononen, R., Bjon, B-M., Ritala, S., Heinäaho, E. & Hartsenko, J. 2015. Eteisvärinäpotilaiden hoidon laatu ja seurannassa käytettävät indikaattorit. Terveysportti.fi, alkuperäistutkimus.</p> <p>Lehto, M. & Kiviniemi, T. 2015. Eteisvärinä, sepelvaltimotauti ja suorat antikoagulantit.</p>

				<p>Lääkärilehti 17, s. 1176-1180.</p> <p>Lehto, M., Mustonen, P. & Tierala I. 2014. Suorien antikoagulanttien käyttö ereisvärinässä. Terveysportti.fi.</p> <p>Savontaus, M. 2014. Eteisvärinäpotilaan tukos- ja vuotoriskin arviointi. Lääkärilehti 43, s. 2789-2793.</p> <p>Eteisvärinä. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014.</p>
5.9.2016	Medic	hoidonohj* AND lääkehoi*	113/2	<p>Krank, A. 2014. Onnistunut lääkehoito vaatii jatkuvaa keskustelua. Tesso, sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti.</p> <p>Luotonen, M. 2012. Täsmällinen lääketieto selkeyttää informaatiotulvaa. Tesso, sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti.</p>

6.9.2016	Manuaalinen tiedonhaku	Lääkärilehti	59/3	<p>Lassila, R., Laasila, K., Asmundela, H. & Armstrong, E. 2014. Suorat oraaliset antikoagulantit – avoimia kysymyksiä. Lääkärilehti 25-32, s.1885-1890</p> <p>Mäkynen, H. & Raatikainen, P. 2014. Eteisvärinän pitkäaikaishoito. Lääkärilehti 11, s. 795-801.</p> <p>Lassila, R., Armstrong, E., Halinen, M., Alback, A., Asmundela, H., Backman, J., Groundstroem, K., Joutsi-Korhonen, L., Kalliokoski, A., Kastarinen, H., Niemi, T., Seija Peltonen, S., Puhakka, J., Rossinen, J., Tatlisumak, T. & Väänänen, H. 2011. Uusien antikoagulanttien hallittu käyttöönotto. Lääkärilehti 38, s. 2753-2762.</p>
7.9.2016	EBSCO	Anticoagulants NOT warfarin AND atrial fibrillation	615/3	<p>Bo, M., Sciarrillo, I., Li Puma, F., Martini, M., Falcone, Y., Iacovino, M., Grisoglio, E., Menditto, E., Fonte, G., Brunetti, E., Maggiani, G., Carlo, G. & Gaita, Fiorenzo. 2016.</p>

			<p>Effects of Oral Anticoagulant Therapy in Medical Inpatients ≥ 65 Years With Atrial Fibrillation. <i>The American Journal of Cardiology</i> 117, julkaisu 4, s. 590-595.</p> <p>Concerns About the Use of New Oral Anticoagulants for Stroke Prevention in Elderly Patients with Atrial Fibrillation</p> <p>Speed, V. & Byrne, R., 2015. Improving safety for patients in a new era of anticoagulation. <i>British journal of healthcare management</i> 21, numero 8, s. 368-374.</p>
7.9.2016	Manuaalinen tiedonhaku, Google	Potilasohjaus väitös	<p>Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes Print.</p> <p>Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatu. Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.</p>

				<p>Kettunen, T, Liimatainen, L, Villberg, J & Perko, U. 2006. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu sairaalassa: alustavia tuloksia. Sairaanhoitaja 79(1); 19-22.</p>
8.9.2016	<p>Terveysportti, sairaanhoitajan ja lääkärin tietokannat</p>	CHA2DS2-VASc	7/3	<p>Raatikainen, P. 2015. Antikoagulaatiohoidon aiheet ja toteutus eteisvärinässä. Lääkärikirja Duodecim 131(2):177-81</p> <p>CHA2DS2-VASc-pisteytys ja HAS-BLED-vuotoriski laskuri. Duodecim apuohjelmat 2013.</p> <p>Raatikainen, P. 2014. Antikoagulaatiohoidon aiheellisuuden arviointi CHA2DS2-VASc-riskipisteytystä käyttäen. Duodecim kuvatietokanta.</p>
8.9.2016	<p>Manuaalinen tiedonhaku, Masto Finna.</p>	potilasohjaus		<p>Patala-Pudas, L. 2005. Sisätautipotilaan ohjaus. Pro gradu. Oulun yliopisto.</p> <p>Eloranta, T.& Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Tammi, Helsinki.</p> <p>Lääketietokeskus, 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä</p>

				toiminnan tueksi. Lääketietokeskus Oy, Helsinki.
8.9.2016	Manuaalinen tiedonhaku, Masto Finna.	lääkehoito		Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. WSOY, Helsinki.
8.9.2016.	Terveysportti, Duodecim lääketietokanta	rivaroksabaani	4/1	Duodecim lääketietokanta.2015d. XARELTO 10MG TABL, KALVOPÄÄLL. Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica
8.9.2016.	Terveysportti, Duodecim lääketietokanta	apiksabaani	2/1	Duodecim lääketietokanta. 2016a. ELIQUIS 5MG TABL, KALVOPÄÄLL. Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica
8.9.2016	Terveysportti, Duodecim lääketietokanta	dabigatraanieteksilaatti	3/1	Duodecim lääketietokanta.2016c. PRADAXA 75MG KAPS, KOVA. Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica. Saatavissa:
8.9.2016	Terveysportti, Duodecim lääketietokanta	varfariini	5/1	Duodecim lääketietokanta. 2016b. MAREVAN FORTE 5 mg tabl. Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica.

9.9.2016	EBSCO Cinahl	CHA2DS2VASc	20/1	Prevalence of Atrial Fibrillation in Patients with High CHADS2- and CHA2DS2VASc-Scores: Anticoagulate or Monitor High-Risk Patients
23.9.2016	Manuaalinen tiedonhaku	Kela		Kela, 2016. Apiksabaani, dabigatraani ja rivaroksabaani lyhytaikaisessa hoidossa. Kela, 2016. Rajoitettu peruskorvausoikeus.
6.10.2016	PubMed	Patient education AND anticoagula* NOT warfarin	11/3	Wong, PY., Schulman, S., Woodworth, S., Holbrook, A. 2013. Supplemental patient education for patients taking oral anticoagulants: systematic review and meta-analysis. International Society on Thrombosis and Haemostasis. Holbrook, A. Schulman, S., Witt, DM., Vandvik, PO., Fish, J., Kovacs, MJ., Svensson, PJ., Veenstra, DL., Crowther, M., Guyatt, GH. 2012. Evidence-based management of anticoagulant therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of

				<p>Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines.</p> <p>Patel, R. 2016. Effective management of venous thromboembolism in the community: non-vitamin K antagonist oral anticoagulants. Department of Haematological Medicine, King's Thrombosis Centre, King's College Hospital, London, UK.</p>
6.10.2016	EBSCO Cinahl	patient education AND anticoagulan* NOT warfarin	12/1	<p>Shaha, M., Wutrich, E., Stauffer, Y., Herczeg, F., Fattinger, K., Hirter, K., Papalini, M. Herrmann, L. 2015. Implementing evidence-based patient and family education on oral anticoagulation therapy: a community-based participatory project. Journal of Clinical nursing.</p>
6.10.2016	Medic	Drug therapy AND counselling	55/ 1	<p>Inkinen, R., Volmanen, P., Hakoinen, S. 2016. Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman</p>

				tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. THL.
6.10.2016	Medic	Drug therapy AND patient education AND anticoa*	12/1	Lehto, M., Raatikainen, P., Mäkynen, H., Peipponen, M., Kyhälä-Valtonen, H., Hartikainen, J., Lund, J., Ahonen, J. & Mäkijärvi, M. 2011. Eteisvärinän hoito Suomessa – Fin-Fib – tutkimus. Lääkärilehti 45, s. 3401-3407.
6.10.2016	Medic	Drug therapy AND patient education AND nursing	213/1	Sneck, S. 2016. Sairaanhoidtajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
8.10.2016	Arto	Counselling	38/3	Orava, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa 1, reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24, s. 216-231. Orava, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus . Osa 2 Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24, s. 232-243.

				<p>Kähkönen, O. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. <i>Hoitotiede</i> 24, s. 201-215.</p>
9.10.2016	Melinda	Counseling AND nursing	94/2	<p>Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet: käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala.</p> <p>Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto.</p>
10.10.2016	Manuaalinen tiedonhaku, Google	Idarusitsumabi		<p>Armstrong, E., Harjola, V-P., Harrison, L., Huhtakangas, J., Hyppölä, H., Kuitunen, A., Kärjä-Koskenkari, P., Lassila, R., Lauri, T., Mentula, P., Mustonen, P., Putaala, P., & Vesanen, M, 2015. Idarusitsumabi (Braxbind®): antidootti dabigatraanin (Pradaxa®) antikoagulaatiovaikutuksen kumoamiseen. Kansallinen suositus.</p>

			<p>EMA fast-tracks antidote to anticoagulant Pradaxa, 2015. European Medicines Agency. Science Medicines Health</p> <p>Idarusitsumabi, 2015. Duodecim lääketietokanta.</p> <p>Praxbind®: antidootti dabigatraanille (Pradaxa®), 2015. Duodecim lääketietokanta.</p>
12.10.2016	Manuaalinen tiedonhaku, Google Scholar	Lääkehoidon ohjaus	<p>Sulosaari, V. 2011. Sairaanhoitajan lääkehoito-osaamisen tulevaisuuden haasteet. Teoksessa R. Nurminen (toim.) Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Turku: Turun ammattikorkeakoulun raportteja 113, s. 115-124.</p> <p>Linnajärvi, U. 2010. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohajauksessa. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto.</p>

19.10.2016	Manuaalinen tiedonhaku, Google Scholar	counselling, medicine, nursing, anticoagulation (2015-2016)	1630/5	<p>Kayyali, R., Gomes, A., Mason, T., Naik, T. 2016. Patients Perceptions of Medication Counselling from Community Pharmacies. <i>Pharmacy & Pharmacology International Journal</i>.</p> <p>Ferguson, C., Inglis, S., Newton, P., Middleton, S., Macdonald, P. & Davidson P. 2016. Education and practice gaps on atrial fibrillation and anticoagulation: a survey of cardiovascular nurses. <i>BMC Medical Education</i>.</p> <p>Trailokya A (2016) Role of Patient Education and Counseling in Acenocoumarol Management. <i>InternMed 6: 212</i></p> <p>Altıok, M., Yılmaz, M. & Rencüsoğulları, M. 2015. <i>Asian Nursing Research</i>.</p> <p>Özlem, D. & Rengin, A. 2016. Evaluation of medication management safety in patients using oral anticoagulants.</p>
------------	--	---	--------	---

				Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19:3.
19.10.2016	Manuaalinen tiedonhaku, Google Scholar	hoitomyönteisyys		Huttunen, M.O. 2015. Suhtautuminen hoitoon. Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim. Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 5/2007. S. 501-502.

Liite 2: Kysely avoterveydenhuollon hoitajille ohjeistuksesta

Hei,

Olemme tekemässä opinnäytetyötä eteisvärinäpotilaan antikoagulaatiohoidon toteutuksesta uusilla ak-lääkkeillä avoterveydenhuollossa. Opinnäytetyöstämme tulee ohje hoitohenkilökunnalle, miten ak-hoitoa toteutetaan, kun marevan-hoidosta on siirrytty uusiin antikoagulaatiolääkkeisiin. Opinnäytetyö ei siis käsittele marevan-lääkityksen potilasohjausta.

Yhteyshenkilönämme toimii Meri Karppinen, jonka tekemän tämän hetkisen ak-hoidon ohjeistuksen pohjalta teemme uuden päivitetyn version, jossa vaiheet on selitetty hieman tarkemmin.

Halusimme kysyä ak-ohjausta antavien sairaanhoitajien mielipiteitä ja kehitysideoita työtämme varten, jotta siitä varmasti tulee hyödyllinen ja käytäntöön sopiva. Kiitämme jo etukäteen kyselyyn vastaamisesta. Kysely tulee palauttaa 26.8. Mennessä Meri Karppiselle.

Ystävällisin terveisin,

Sairaanhoitajaopiskelijat Lahden ammattikorkeakoulusta,

Ronja Junkkari ja Anna Kuronen

ronja.junkkari@student.lamk.fi p. 0407770108

anna-kaisa.kuronen@student.lamk.fi p. 0405038795

Kysely uuden ak-hoidon toteuttamisesta avoterveydenhuollossa

1. Mitä puutteita olet huomannut nykyisessä avoterveydenhuollon ohjekaavassa uusien ak-lääkkeiden potilasohjauksessa? Mitä asioita haluaisit lisätä tai poistaa ohjeeseen/ohjeesta?

2. Mitkä asiat koet haastaviksi eteisvärinäpotilaan ak-hoidon potilasohjauksessa uusien ak-lääkkeiden käytössä?

3. Mitä hyötyä ak-hoidon toteutuksessa apuna käytettävästä ohjekaavasta on työssäsi?

4. Sana on vapaa! Mikäli jotakin mielessä olevaa asiaa et saanut vastattua edellä mainittuihin kysymyksiin tai sinulla heräsi jotain kysymyksiä meille, niin laita sähköpostia meille. Lisäksi, jos on jotakin muita ehdotuksia/vinkkejä liittyen ak -lääkkeiden potilasohjaukseen, ne voi laittaa tähän.

Kiitos.

Liite 3: Potilaskortti suoran antikoagulantin käyttäjälle (Potilaskortti suoran antikoagulantin käyttäjälle, 2016.)

POTILASKORTTI SUORAN ANTIKOAGULANTIN KÄYTTÄJÄLLE

Pidä tämä kortti aina mukanası tapaturman tai äkillisen sairastumisen varalta ja näytä se hoitavalle lääkäriille.

Sinulle on määrätty veren hyytymistä vähentävä eli veritulpan muodostumista ehkäisevä lääkitys lääkeyhmästä, jota kutsutaan suoriksi antikoagulanteiksi. Samoihin käyttötarkoituksiin voidaan käyttää myös varfariinia (Marevan®). Tärkein käytännön ero varfariinin ja suorien antikoagulanttien välillä on, ettei

jälkimmäisten tehoa tarkisteta toistuvilla verikokeilla (INR-mittaus). Lääkärisi valitsee sinulle sopivan lääkkeen ja annostelun, jota noudatetaan, elleivät muutokset terveydentilassasi anna aiheutta muuhun. Ruokavalio ei vaikuta lääkkeen tehoon. Voit siis syödä sinulle sopivaa terveellistä monipuolista ruokaa.

TURVALLISEN HOIDON ONNISTUMISEKSI:

- **Pidä** tämä kortti aina mukanası tapaturman tai äkillisen sairastumisen varalta ja näytä se hoitavalle lääkäriille.
- **Ota** lääke määräyksen mukaan äläkä lopeta käyttöä omatoimisesti.
- **Ilmoita** käyttämäsi lääke aina lääkäriille tai hammaslääkäriille.
- **Käytä** tulehduskipulääkkeitä tai asetyylisalisyylihappoa (ASA, "aspiriini") vain lääkärin määräyksestä. Tilapäisiin kipuihin voi käyttää parasetamolia.
- **Vältä** luontaistuotteita (rohdosvalmisteita ja ns. luonnonlääkkeitä), myös kalaöljyvalmisteita ("omega-

kapseleita"), koska niillä voi olla arvaamattomia yhteisvaikutuksia käyttämäsi lääkkeen kanssa.

- **Ota** yhteys hoitavaan lääkäriin tai ensiapuun ripuli- ja oksennustaudeissa (lääkkeen imeytyminen häiriintyy) sekä odottamattomissa verenvuodoissa ja vammoissa.
- **Soita** hätänumeroon 112, jos saat runsaan verenvuodon, erityisesti jos siihen liittyy heikotusta.
- **Huolehdi** säännöllisistä lääkärintarkastuksista ja siitä, että sinulta määritetään 1–4 kertaa vuodessa veren hemoglobiini, trombosyytit sekä munuaisten ja maksan toimintakoe.

Nimi: _____

Lääkevahvuus: ___ mg. Annos ___ tablettia ___ kertaa vrk:ssa

Henkilötunnus: _____

Hoidon aloituspäivä: _____

Hoitopaikka: _____

Hoidon suunniteltu kesto

Hoitopaikan yhteystiedot: _____

Pysyvä

6 kk

3 kk

1 kk

Rytminsiirtoon asti ja sen jälkeen 1 kk

Muu: _____

Hoidon aihe

Etelväärinä

Syvä laskimotukos

Keuhkoembolia

Muu: _____

Laboratorioarvot hoitoa aloitettaessa

B-Hb _____ g/l P-ALAT _____ U/l

B-tromb _____ x 10⁹/l P-TT _____ %

P-krea _____ µmol/l P-APTT _____ s

GFR_e _____ ml/min/1,73 m² P-INR _____

Määrätty antikoagulantti

Apiksabaani (Eliquis®)

Dabigatraani (Pradaxa®)

Rivaroksabaani (Xarelto®)

Muu: _____



Suomen Sydänliitto ry
Finlands Hjärtförbund rf

TÄRKEÄÄ TIETOA LÄÄKÄRILLE

Suoran antikoagulantin aloitusta harkitessasi ja annosta määrittäessäsi ota huomioon

- potilaan ikä
- tunnettu vuototaipumus
- muut vuotoriskiä lisäävät seikat
- munuaisten ja maksan toiminta.

Järjestä kontrollikäynnit vähintään vuosittain. Käyntien yhteydessä tarkista

- hoidon toteutuminen ja säännöllisyys
- mahdolliset tromboemboliset tapahtumat
- mahdolliset vuototapahtumat
- muut sairaudet ja lääkeinteraktioihin
- verenpaineen hyvä hoito
- peruserienkuva ja trombosyytit
- P-krea, GFR_e, ALAT.

Tiheimpien kontrollien aiheita ovat

- GFR_e 30–60 ml/min/1,73 m², yli 75-vuotias tai hauras potilas: munuaisten toiminnan ja muiden peruskokeiden tarkistus vähintään 6 kk välein
- GFR_e 15–30 ml/min/1,73 m²: munuaisten toiminnan ja muiden peruskokeiden tarkistus 3 kk välein
- tapauskohtaisesti muu sairaus, joka on saattanut vaikuttaa munuaisten tai maksan toimintaan
- anemia. Selvitä anemian syy ja korjaa raudanpuute
- antitromboottisten lääkkeiden yhteiskäyttö.

Menettely kirurgisten tai invasiivisten toimenpiteiden yhteydessä perustuu potilaan yksilölliseen vuoto- ja tukosriskin arvioon. Osa pientoimenpiteistä ei edellytä antikoagulaation keskeyttämistä. Tarkista yksityiskohtaiset ohjeet lääkkeen valmisteyhteenvedosta. Ongelmatilanteissa ota yhteys asiantuntijaan.

LISÄTIETOA: www.fincardio.fi (Suorien antikoagulanttien käyttö etelväärinässä, EHRA:n keskeiset ohjeet)

Liite 4: Opas avoterveydenhuollon hoitajille antikoagulaatiohoidon toteutuksesta.

LAHTI

oma
LÄÄKÄRISI



Opas suorien antikoagulaatiolääkkeiden seurantakäynneistä

1. Ensikäynti

- Informaatio lääkkeestä sanallisesti ja esitteen avulla, lääkityksen indikaatio ja ohjeet vuoto-oireissa
- Hoitoon sitoutumisen varmistaminen ja erilaisista hoidon apuvälineistä informointi
- Tromboembolisten tapahtumien arvioiminen, verenpaineen mittaus ja CHA2DSVAsc-riskipisteet
- Verenvuototapahtumien arviointi, HAS-BLED-vuotoriskipisteet
- Arvioi lääkityksen hyödyn ja haittojen välinen suhde, tarvittaessa konsultoi lääkäriä
- Lääkelistan tarkistus ja antikoagulaatiohoitoon vaikuttava lääkitys
- Potilaskortin antaminen ja ohje sen täyttämistä
- Seuraavan seurantakäynnin ajankohta ja ohjeet ajan varaamiseen
- Laboratoriokokeet ovat kontrolloitu 6 kk sisään (GFR, PVK ja ALAT) sekä tuore INR arvo
- Kirjataan: hoidon aloituspäivä ja suunniteltu kesto, asiakkaan yhteystiedot, riskipisteet ja päiväannos tableteina

2. 1kk aloituksesta – soitto

- Hoitoon sitoutumisen varmistaminen
- Lääkelistan tarkistus
- Asiakkaan mittaama verenpaine
- Tarkistetaan riskipisteet (CHA2DSVAsc & HAS-BLED)

3. 3kk aloituksesta - hoitajan vastaanotto

- Hoitoon sitoutumisen varmistaminen, lääkelista tarkistus
- Tromboembolisten tapahtumien arvioiminen, verenpaineen mittaus ja CHA2DSVAsc-riskipisteet
- Verenvuototapahtumien arviointi, HAS-BLED-vuotoriskipisteet
- Arvioi lääkityksen hyödyn ja haittojen välinen suhde, tarvittaessa konsultoi lääkäriä.

4. 6kk aloituksesta - soitto

- Hoitoon sitoutumisen varmistaminen
- Lääkelistan tarkistus
- Asiakkaan mittaama verenpaine
- Tarkistetaan riskipisteet (CHA2DSVAsc & HAS-BLED)

Jatkossa hoitajan tai lääkärin kontrollikäynti tai -soitto 6-12 kk välein

5. 12kk aloituksesta - hoitajan vastaanotto

- Hoitomyöntyvyyden varmistaminen ja lääkelistan tarkistus
- Tromboembolisten tapahtumien arvioiminen, verenpaineen mittaus ja CHA2DSVAsc-riskipisteet. Verenvuototapahtumien arviointi, HAS-BLED-vuotoriskipisteet
- Arvioi lääkityksen hyödyn ja haittojen välinen suhde, tarvittaessa lääkärin kons.

Lääkkeen tauottaminen ennen invasiivisia tai kirurgisia toimenpiteitä

- **Pradaxa** - hoito on tauotettava vähintään 24 ennen toimenpidettä. Korkeamman verenvuotoriskin potilailla tai täydellistä hemostaasia vaativan leikkauksen yhteydessä, pitää harkita Pradaxa-hoidon keskeyttämistä 2-4 vuorokautta ennen leikkausta. Munuaisen vajaatoimintapotilailla lääkeaine saattaa poistua elimistöstä hitaammin, mikä täytyy myös ottaa huomioon toimenpidettä suunnitellessa. (3)
- **Xarelto** - lääkitys tulee keskeyttää vähintään 24 tuntia ennen toimenpidettä. (1)
- **Eliquis** - lääkitys tulee tauottaa vähintään 24h ennen pienen verenvuotoriskin sisältävää toimenpidettä. Jos toimenpiteeseen liittyy kohtalainen tai suuri verenvuotoriski, tulee lääke tauottaa 48 tuntia ennen toimenpidettä. (2)

Lääkkeen vaihtaminen

- Kun vaihdetaan suora antikoagulantti varfariiniin, suoraa antikoagulanttia ja varfariinia käytetään saman aikaisesti, kunnes INR-arvo on riittävällä tasolla (yleensä 5-10 päivää).
- Siirtyessä varfariinista suoraan antikoagulanttiin,
 - Suora antikoagulantti voidaan aloittaa heti kun INR on alle 2.
 - Jos INR on 2,0–2,5 niin suora antikoagulantti voidaan aloittaa joko heti tai seuraavana päivänä.
 - Jos INR on yli 2,5 arvioidaan aika, jolloin INR-arvo todennäköisesti putoaa ko. kynnyksarvon alle. Tarvittaessa otetaan varmistukseksi uusi INR-arvo.
- Kun vaihdetaan lääkitys suorasta antikoagulantista toiseen suoraan antikoagulanttiin, voidaan vaihtaa heti ja toinen lääke voidaan aloittaa, kun olisi lopetettavan lääkkeen seuraavan annoksen vuoro.

Lähteet: 1) Duodecim lääketietokanta.2015. XARELTO 10MG TABL, KALVOPÄÄLL. Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake_koti

2)Duodecim lääketietokanta. 2016a. ELIQUIS 5MG TABL, KALVOPÄÄLL. Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica. [viitattu 20.9.2016] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake_koti

3) Duodecim lääketietokanta.2016c. PRADAXA 75MG KAPS, KOVA. Lääketietokeskus Oy: Pharmaca Fennica. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake_koti

LAMK Opinnäytetyö 4.11.2016. Ronja Junkkari & Anna-Kaisa Kuronen.