



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA MAREVAN- HOIDOSTA TAMMELAKESKUKSESSA

Lea Kultalahti

Kirsi-Marja Salmi

Opinnäytetyö
Lokakuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KULTALAHTI LEA & SALMI KIRSI-MARJA:
Asiakkaiden kokemuksia Marevan-hoidosta Tammelakeskuksessa

Opinnäytetyö 35 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Lokakuu 2017

Marevan-hoito on Suomessa hyvin yleistä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon on kehitteillä uusia digitaalisia palveluita, kuten valtakunnallinen ODA-hanke, joka keskittyy Tampereella Marevan-hoidon kehittämiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Tampereen kaupungin Tammelakeskuksessa Marevan-hoitoa saavan asiakkaan kokemuksia nykyisestä hoitomallista Tammelakeskuksen terveysasemalla. Työn tavoitteena oli saada tietoa Marevan-hoitoa saavien asiakkaiden kokemuksista ja tiedon avulla kehittää asiakkaan hoitomallia. Työn tutkimustehtävänä oli, millaisia kokemuksia Tammelakeskuksen asiakkailla oli nykyisestä hoitomallista. Työn toimeksiantajana oli Tampereen kaupunki. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla.

Työn tulosten perusteella asiakkaat olivat tyytyväisiä Tammelakeskuksen tämänhetkiseen Marevan-hoitomalliin. Vastaajat suhtautuivat sähköisten palveluiden ja omahoidon lisäämiseen pääosin myönteisesti. Tulosten mukaan asiakastyytyväisyys on suuri nykyistä hoitomallia kohtaan ja uusista sähköisistä palveluista ollaan kiinnostuneita. Koska tutkimukseen vastanneiden joukko oli pieni, tuloksista ei voida vetää täysin varmoja johtopäätöksiä.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että asiakkaat olivat tyytyväisiä samaansa Marevan-hoitoon, mutta osa suhtautui sähköisiin palveluihin vielä ennakkoluuloisesti. Taustalla saattoi olla pelko hoidon laadun heikkenemisestä ja nykyisten palveluiden katoamisesta kokonaan. Jatkossa on tärkeää kehittää asiakkaiden informointia sähköisten palveluiden käytöstä ja sisällöstä. Kun uudet sähköiset palvelut otetaan ODA-hankkeen myötä käyttöön, tulisi palveluiden toimivuutta ja asiakastyytyvää kartoittaa uudelleen.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

KULTALAHTI LEA & SALMI KIRSI-MARJA

The Customers' Experiences of Warfarin Therapy in Tammelakeskus Health Center

Bachelor's thesis 35 pages, appendices 7 pages
October 2017

Warfarin therapy is very common in Finland. There are new digital services to health care (ODA-project) and one of those is warfarin therapy. The aim of this study was to gather information about customer feedback about warfarin therapy at Tammelakeskus health center in the city of Tampere.

The respondents of the study consisted of five customers with warfarin therapy at Tammelakeskus health center. The data were collected with a questionnaire. The results indicated that warfarin therapy was of good quality. Almost all respondents considered increasing digital services and self-care as a positive thing.

Overall, the study suggests that customers are satisfied with their warfarin therapy. Some of the customers were still a bit prejudiced the introduction of new technology. The reason for that might be that customers were afraid of the decrease in quality of their care. They also might consider that present services are not available in the future. Further studies are needed to determine whether upcoming digital services are practical for customers.

Key words: warfarin, self-care, INR-level, ODA-project

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Marevan-hoitoa saava asiakas	8
	3.1.1 Marevan.....	9
	3.1.2 INR-arvo	10
	3.2 Omahoito	12
	3.3 ODA-hanke	14
	3.3.1 ODA-Tampere Marevan-malli.....	15
	3.3.2 Nykyinen Marevan-hoitomalli Tammelakeskuksessa	15
	3.3.3 Uudistuva Marevan-hoitomalli	16
4	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	18
	4.1 Tutkimusmenetelmä.....	18
	4.2 Aineistonkeruu	18
	4.3 Aineiston analysointi	20
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	21
6	POHDINTA.....	23
	6.1 Tutkimustulosten pohdinta	23
	6.2 Luotettavuus ja eettisyys.....	24
	6.3 Jatkotutkimukset	25
	LÄHTEET.....	27
	LIITTEET	29
	Liite 1. Kyselylomake	29
	Liite 2. ODA-materiaalia.....	30
	Liite 3. Tietoinen suostumus- lomake	34

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon on kehitteillä uusia digitaalisia palveluita. Palveluiden keskeisessä asemassa on tällä hetkellä Omaha- ja digitaaliset arvopalvelut, ODA-hanke, jolle Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt rahoituksen. Hankkeen tarkoituksena on luoda uudentyyppinen toimintamalli, jota tullaan käyttämään sähköisten hyvinvointipalveluiden perustana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Sähköisten palveluiden on tarkoitus lyhentää jonotusaikaa sekä poistaa turhia terveyskeskuskäyntejä. Ne tuovat sosiaali- ja terveyspalveluihin lisämahdollisuuksia hoitaa asiat sähköisesti, mikäli asiakkaalla on mahdollisuus ja kyky käyttää sähköisiä palveluita. Tämänhetkiset palvelut säilyvät silti ennallaan tulevaisuudessakin. (Suomalainen 2016.)

Kun palvelut ovat valmiita, niiden tarkoitus on jakaa hyvinvointitietoja tehokkaammin asiakkaan ja hänen salliessaan myös ammattilaisten välillä. Valmiissa palveluissa hyödynnetään niin asiakkaan itsensä tuottamia tietoja kuin myös asiakas- ja potilastietoja. Hankkeen on pitkällä tähtäimellä tarkoitus luoda pysyvä toimintamallin muutos ja saada aikaan huomattavia säästöjä sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksissa. Uudet digitaaliset palvelut on tarkoitus ottaa käyttöön kunnasta riippuen vuoden 2017 lopulla ja vuoden 2018 aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Yhtenä osana ODA-hanketta toimii Marevan-hoitoa saavan potilaan palveluiden kehittäminen, joka on keskitetty erityisesti Tampereen alueelle (ODA 2017). Oman opinnäytetyömme aiheena onkin toimintaprosessin muutoksen tarkasteleminen Marevan-hoitoa saavan asiakkaan näkökulmasta. Opinnäytetyössämme keskitymme asiakkaiden kokemuksiin nykyisestä toimintamallista kyselylomakkeen (Liite 1) kautta. Yhteistyötahonamme toimii Tampereen Tammelakeskuksen terveysasema, jonka Marevan-hoitoa saavien asiakkaiden kokemuksia kartoittamalla keräämme materiaalia opinnäytetyötämme varten.

Koska sosiaali- ja terveyspalveluita ollaan uudistamassa jatkuvasti muuttuvan yhteiskunnan mukana, on hyvä myös tulevana sairaanhoitajana olla tietoinen uudistuksista ja niiden tuomista mahdollisuuksista sosiaali- ja terveydenhoitoalalla. Opinnäytetyömme avulla saamme lisätietoa tulevista uudistuksista sekä asiakkaiden kokemuksista. Tämä antaa varmasti myös lisämahdollisuuksia ja intoa työhömmme tulevana sairaanhoitajina. Saamme

ammattillisesti opinnäytetyöprosessin kautta valmiuksia hyödyntää tehokkaammin sähköisiä palveluita heti niiden käyttöönoton jälkeen. Sairaanhoidajakoulutuksessa olemme molemmat opinnäytetyön tekijät valinneet vaihtoehtoisiksi ammattiopinnoiksi hoitotyö uudistuvassa perusterveydenhuollossa, joten opinnäytetyöstämme on meille hyötyä myös koulutuksen keskittyessä perusterveydenhuollossa tapahtuviin muutoksiin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Tammelakeskuksessa Marevan-hoitoa saavien asiakkaiden kokemuksia nykyisestä hoitomallista Tammelakeskuksen terveysasemalla. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa Marevan-hoitoa saavien asiakkaiden kokemuksista ja tiedon avulla kehittää Marevan-hoitoa saavan asiakkaan hoitomallia.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata Tammelakeskuksessa Marevan-hoitoa saavien asiakkaiden kokemuksia nykyisestä hoitomallista Tammelakeskuksen terveystasemalla.

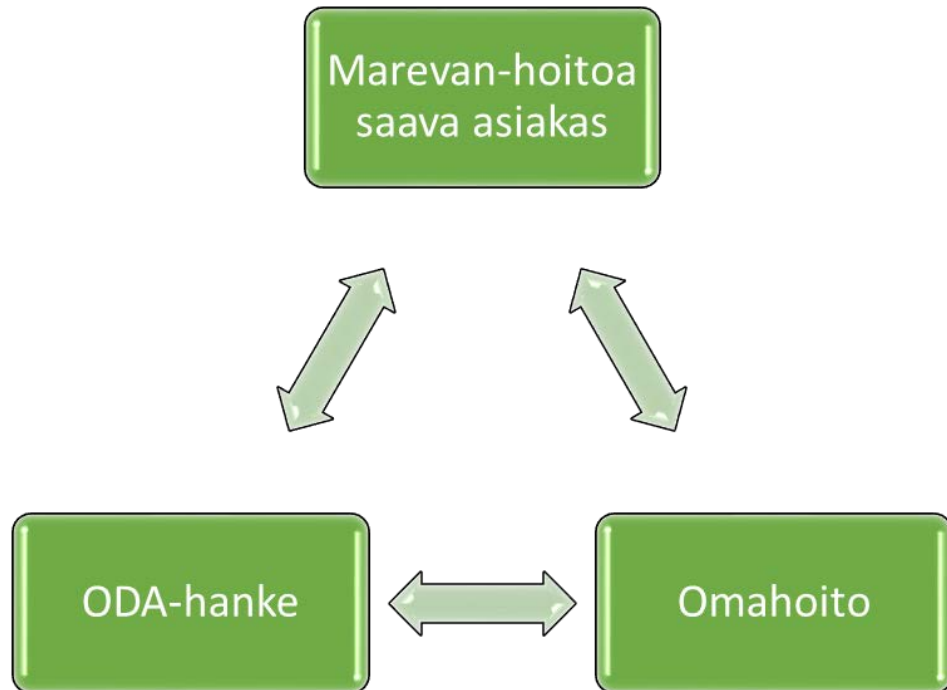
Opinnäytetyön tutkimustehtävä:

1. Millaisia kokemuksia Tammelakeskuksen asiakkailla on nykyisestä Marevan-hoitomallista?

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa Marevan-hoitoa saavien asiakkaiden kokemuksista ja tiedon avulla kehittää Marevan-hoitoa saavan asiakkaan hoitomallia.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat Marevan-hoitoa saava asiakas, omahoito ja ODA-hanke (KUVIO 1).



KUVIO 1. Keskeiset käsitteet

3.1 Marevan-hoitoa saava asiakas

Tavallisin verenhennuksessa käytetty lääke on varfariini, kauppanimeltään Marevan (Pellikka 2016). Varfariinia käytetään esimerkiksi tukosten ennaltaehkäisyyn. Sen verta ohentava vaikutus perustuu K-vitamiinia tarvitsevien hyytymistekijöiden syntymisen ehkäisyyn maksassa. (Mustajoki & Ellonen 2017.) Varfariinin käyttöaiheita ovat muun muassa eteisvärinä tai laskimotukokset, tekoläppä sekä sydämen vaikea vajaatoiminta (Lassila 2016).

Kun asiakkaalle aloitetaan Marevan-hoito, sovitaan aluksi hoidon pituus. Hoidon kesto voi olla elinikäinen tai väliaikainen sairaudesta riippuen. Marevan-lääkkeen annostelu ja lääkkeen käytön edellyttämät INR-arvojen mittaukset tapahtuvat oman terveyskeskuksen

kautta. Aluksi INR-arvoa seurataan tiheämmin ja hoitotasapainon vakiinnuttua mittausväliä voidaan harventaa. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2015.)

3.1.1 Marevan

Varfariinilla toteutettava antikoagulaatiohoito on tavallista terveydenhuollossa. Anti-koagulaatiohoidolla tarkoitetaan lääkkeellistä veren ohentamista, jolloin myös veren hyytymisnopeus hidastuu noin 2-3 kertaa normaalia hitaammaksi. Varfariinihoidossa pyritään vakaaseen lääkeannostukseen ja annostuksen muutokset tehdään INR-arvon perusteella. Varfariinia käytetäänkin usein esimerkiksi laskimoperäisten tukosten ennaltaehkäisyyn. (Ellonen & Mustajoki 2017.)

Varfariinihoidossa olevien asiakkaiden määrä kasvaa väestön ikääntymisen ja verenohennushoidon indikaatioiden kasvaessa vuositason 5-10%. Marevan-hoidossa oleva asiakas tarvitsee tarkkaa yksilöllisesti määriteltyä seurantaa ja säännöllisiä laboratoriokokeita. (Puhakka 2017.) Markkinoille on tullut myös uusia antikoagulaatio valmisteita, mutta Marevan on edelleen suosituin verenohennuslääke pitkäaikaiskäytössä. (Puhakka 2011,7; Pellikka 2016). Palveluiden yhä enemmän digitalisoiduttua myös terveydenhuollon puolella asiakkaan hoitopolut lyhenevät, jolloin myös terveydenhuollon resursseja säästyy (Roponen 2016).

Marevanin käyttöön liittyy tukosvaaran lisäksi myös vuotoriski, jos Marevan-annos on liian suuri. Tällöin veri ei hyydy juuri lainkaan ja INR-arvo on korkea (yli 4,5). Lievempi vuotovaara voidaan hoitaa keskeyttämällä hetkeksi Marevan-hoito tai antamalla asiakkaalle K-vitamiinia, jolla on vastakkainen vaikutus varfariiniin kanssa. Vakava vuoto hoidetaan puolestaan hyytymistekijätiivisteellä tai jääplasmalla. (Ellonen & Mustajoki 2017.)

Marevania käyttävällä potilaalla on oltava seurantakortti, josta käy ilmi hoidon syy, suunniteltu kesto, asiakkaan INR-arvon tavoitetaso, käytettävän Marevan-tabletin vahvuus, viikkoannos milligrammoina ilmoitettuna sekä kunakin päivänä nautittavien tablettien lukumäärä. Korttiin kirjataan aina myös seuraavan INR-kokeen kontrollipäivämäärä. Asi-

akkaan tulee pitää seurantakorttia mukanaan, sillä hoito on aina suunniteltava yksilöllisesti. Asiakkaan on tärkeä olla tietoinen myös itse omasta INR-tavoitetasostaan ja verenohennushoidon aloittamisen syistä. (Pellikka 2016.)

Marevan-annostuksen määrittää tilanteesta riippuen lääkäri tai sairaanhoitaja, joskus myös potilas itse. Lääkäri määrittää annostuksen aina hoidon alkuvaiheessa, potilaan valmistautuessa leikkaukseen tai toimenpiteeseen, jos on tehty päätös hoidon lopettamisesta tai kyseessä on potilas, jolla on mitraalitekoläppä. Myös sairaanhoitaja voi määrittää Marevan-annoksen suorittamaan antikoagulaatiohoitokoulutuksen ja annettuaan vastaavalle lääkärille näytön osaamisestaan. Jotta sairaanhoitaja voi tehdä määrityksen, tulee potilaan tilanteen olla vakaa, sekä potilaan INR-arvon pysyä riittävän usein viitealueella (2,0–3,0). Suosituksen mukaisen viikkoannoksen muutos ei saa myöskään ylittää 10 prosenttia. (Kunnamo 2011.)

Marevan-tabletteja on olemassa kahta eri vahvuutta: sininen 3 mg tabletti ja punainen 5 mg tabletti (Pellikka 2016). Marevanin päiväannos tulee pyrkiä pitämään tasaisena ja tabletit jaetaan tasaisesti eri päiville (Kunnamo 2011). Lääke tulee ottaa säännöllisesti samaan aikaan vuorokaudesta (Pellikka 2016). Annostelun helpottamiseksi kokonaista ja puolikasta tablettia tai yhtä ja kahta tablettia voidaan vuorotella (Kunnamo 2011).

Marevanin käyttöön liittyvä verenvuotoriski on korkein hoidon alussa, kun hoitotasapaino ei ole vielä löytynyt. On tärkeää, että potilas ottaa välittömästi yhteyttä hoitopaikkaansa, jos hänellä ilmenee lääkkeen käytön aikana verenvuotoa virtsassa, ulosteessa, ikenistä tai nenästä tavallista herkemmin, haavasta vuotava veri ei tyrehdy normaalisti tai mustelmat lisääntyvät huomaamatta ilman tapaturmia. Lisäksi kovan vatsakivun, päänsäryn, äkillisen ripulin tai oksentelun esiinnyttyä tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan. (Pellikka 2016.)

3.1.2 INR-arvo

Verestä mitattavan INR-arvon avulla seurataan veren hyytymistä. Veri hyytyy sitä hitaammin mitä suurempi arvo on (Puhakka 2011,42). Normaali INR-taso Marevania käytettäessä on yleensä 2–3 (Kunnamo 2011). Hoidon alussa INR-arvoa mitataan useasti,

noin 2–3 vuorokauden välein. Pikkuhiljaa mittausväliä voidaan harventaa hoitotason löydyttyä ja arvojen vakiinnuttua tavoitetasolle. (Pellikka 2016.) INR-arvon kontrolliväli on yleensä korkeintaan 8 viikkoa riippuen INR-arvojen hoitotasolla pysymisestä (Puhakka 2011, 42).

INR-arvo voidaan mitata laboratoriossa otettavasta suoninäytteestä, mutta nykyään suositetaan paljon myös vieritestausten menetelmää eli pikamittaria. Tällöin INR-arvo tutkitaan pienestä verinäytteestä sormenpäältä testiliuskojen ja pikamittarin avulla. Myös monessa hoitopaikassa INR-hoitajan tehtäviin kuuluu INR-arvon testaus asiakkaalta pikamittaria käyttäen. (Mustajoki & Ellonen 2017.)

Tutkimusten mukaan INR-kotiseuranta tulisi harkita niille, jotka ovat kykeneviä itse mittaamaan INR-arvoaan. Kotimittaukset lisäävät potilaan omahoidon hallintaa sekä säästävät kustannuksia. Tällöin esimerkiksi turhat kulut potilaan matkakustannuksista laboratorioon jäävät kokonaan pois. Omahoito säästää potilaan aikaa sekä parantaa potilaan elämänlaatua. (Phibbs, Love, Jacobson, Edson, Su, Uyeda & Matchar 2016.) Kotiseuranta on kätevää etenkin ihmisille, jotka asuvat syrjäisemmillä alueilla. Koska mittari on suhteellisen pieni, se on helppo ottaa mukaan esimerkiksi matkoille eikä säännöllinen INR-arvon tarkkaileminen jää tällöin tekemättä. Koska mittaukseen riittää pikamittarin avulla vain pieni sormenpäältä otettu näyte, vieritestausten menetelmä sopii erityisesti asiakkaille, joilta on hankala saada suoninäytettä otettua. (Pence & McErlane 2005.)

Kaikille potilaille ei pystytä aikaansaamaan ja ylläpitämään vakaata INR-tasoa varfariinihoidon avulla. Tällöin Marevan-hoidosta saattaa olla jopa enemmän haittaa kuin hyötyä potilaalle. Lääkärille tulee varata aika lääkkeen hyöty- ja haitta-arviota varten, mikäli yli puolet mitatuista INR-arvoista on hoitoalueen ulkopuolella. (Pellikka 2016.) Jos INR-taso ylittää 4,0 lukeman, tulee potilasta neuvoa välittömästi pitämään kahden päivän tauko Marevan-lääkityksestä verenvuotovaaran takia (Kunnamo 2011). Lääkeannostuksen muutokset INR-tasossa näkyvät aikaisintaan parin vuorokauden kuluttua (Pellikka 2016).

INR-arvoa on syytä seurata normaalia useammin, jos potilaan voinnissa tapahtuu muutos tai jos potilaalle aloitetaan lääkitys, jolla on yhteisvaikutuksia varfariinin kanssa. Esimerkiksi tulehduskipulääkkeet sekä eräät sieni- ja masennuslääkkeet saattavat lisätä vuotoriskiä nostamalla INR-tasoa. (Kunnamo 2011.) INR-tasoon voivat vaikuttaa myös runsas

tupakointi, alkoholin käyttö, tulehdussairaus sekä ruokavalio. Elintapojen tuleekin pysyä mahdollisimman säännöllisinä käytettäessä Marevania, jotta INR-arvo pysyy hyvin tavoitetasolla. (Pellikka 2016.)

3.2 Omahoito

Terveydenhuollossa siirrytään jatkuvasti organisaatiokeskeisyydestä enemmän asiakas-keskeisyyteen. Muutos juontaa juurensa uudeltaisesta ajattelumallista, jonka mukaan asiakas itse tietää oman terveydentilansa parhaiten ja täten myös päävastuu terveydestä huolehtimisella on asiakkaalla itsellään. (Roponen 2016.) Omahoidolla tarkoitetaan asiakkaan itsehoitoa ja hänen itsensä ottamaa vastuuta sairauden hoitamisesta tai terveydentilastaan huolehtimisesta.

Aikaisemmin hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä on vallinnut auktoriteettisuhde, jossa lähtökohtana ajattelulle on ollut asiantuntijakeskeisyys. Hiljalleen tällaisesta hoitomallista on pyritty pääsemään asiakaskeskeisempään ja asiakaslähtöisempään ajattelutapaan. Asiakaslähtöisessä hoitomallissa hoito suunnitellaan yksilöllisesti yhteistyössä asiakkaan kanssa ja lopulta jää asiakkaan omaksi päätökseksi, jatkaako hän suunnitelman mukaan ja ottaa vastuun hoitonsa onnistumisesta. Ammattihenkilön tulee tukea asiakasta omahoidossa ja kulkea asiakkaan rinnalla, kun hän sitä tarvitsee. Ammatilaisen ei tule tehdä päätöksiä tai hoitotoimia asiakkaan puolesta, jos asiakas itse on niihin kykeneväinen, sillä se lisää potilaan passivoitumista eikä täten tue omahoidossa onnistumista. Asiantuntijan tulee myös kunnioittaa asiakkaan autonomiaa ja hoitopäätöksiä, vaikka näkemys eroaisi ammatilaisen omasta asiantuntijakeskeisestä näkemyksestä. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009.)

Asiakkaan itse toteuttama omahoito on tärkein osa koko hoitoa. Asiakkaan päivittäiset valinnat ovat suuressa roolissa sairauden paranemisessa ja terveydentilasta huolehtimisessa. Suurin osa tavallisista ja rajoittuvista sairauksista, kuten flunssa ja vatsatauti, hoidetaan kotona omatoimisesti ja ammatilaisiin otetaan yhteyttä vain, jos epäillään vakavampaa sairautta. (Saarelma 2017.) Onnistunut omahoito lisää asiakkaan pystyvyyden tunnetta, motivaatiota sekä saa hänet tuntemaan itsensä kykeneväksi elämään ja selviytymään sairautensa kanssa. Asiakaskeskeisen hoidon on todettu vaikuttavan positiivisesti myös asiakastyytyväisyyteen. (Routasalo ym. 2009.)

Omahoidon onnistumisen edellytyksenä on, että ammattihenkilö ymmärtää, kuuntelee, osaa tukea ja valmentaa sekä sallii asiakkaan olevan rehellinen kertoessaan omista kokemuksistaan, toiveistaan ja ajatuksistaan koskien hoitoaan. Omahoidosta on myös taloudellista säästöä, kun resurssit kohdennetaan oikein. Näin on kyetty vähentämään joidenkin asiakkaiden kokemia oireita, terveystalouden käyttötarvetta ja kohentamaan heidän terveydentilaansa. On siis merkittävää hyötyä siitä, että asiakkaan oman uskon vahvistaminen omiin voimavaroihinsa ja vaikuttamiseen omaan terveydentilaansa lisää asiakkaan pystyvyyttä, nopeuttaa paranemista ja tuo yhteiskunnallisesti taloudellista hyötyä. (Routasalo ym. 2009.)

Nykyisin antikoagulaatiohoidossa olevilla asiakkailla ei ole suurta mahdollisuutta omahoitoon ja sitä kautta vastuun ottamisen lisäämiseen. Omahoitoon sopivien asiakkaiden hoitotasapainon kohentumisen seurauksena kuitenkin jopa 30% komplikaatioista ja kuolleisuudesta väheni. (Puhakka 2011, 7.) Terveystaloulaki (1326/2010) määrittelee, että sairaanhoitopalveluihin kuuluu myös ohjaus, joka auttaa asiakasta sitoutumaan hoitoon sekä tuetaan asiakasta omahoitoon. Terveystaloulakikin siis kannustaa asiakkaan omaa osallistumista hoitoonsa ja vastuun ottamista.

Asiakas soveltuu omahoitoon, mikäli hän on hoitomyyntinen ja hänellä on hyvä hoitotasapaino. Ennen kuin asiakas voi alkaa vastata hoidostaan itsenäisesti, hänen tulee suorittaa AK-ajokortti (antikoagulaatiohoidon ajokortti) ja osallistua omahoidon ryhmäohjaukseen. Tämän jälkeen asiakas voi tietyissä rajoissa vastata itse lääkityksensä annostelusta INR-arvoihin perustuen. Asiakkaan omahoidosta voi vaihtoehtoisesti vastata myös omainen samoin edellytyksin. (Puhakka 2011, 7–11.) Mustajoen ja Ellosen (2017) mukaan asiakkailla, jotka ovat kovin omatoimisia, kiireisiä tai matkustelevat paljon, tulisi suosia vieritestausmenetelmää osana omahoitoa. Jokaisen on mahdollista hankkia oma testimittari ja liuskoja sekä ottaa verinäytteet omatoimisesti. INR-pikamittarin käyttö vaatii aina erillisen koulutuksen ja niin kutsutun antikoagulaatioajokortin. (Mustajoki & Elonen 2017.)

Asiakkaan tulee olla halukas omahoitoon ja hänellä tulee olla riittävästi informaatiota ja taitoa hoidon toteuttamiseen (Puhakka 2011, 11). Hoitotasapainon tulee olla vakaa vähintään kolmen peräkkäisen mittauksen ja ainakin kuukauden ajan ennen kuin asiakas soveltuu omahoitoon. Lisäksi hänen tulee käydä seurantakäynnillä vähintään kerran vuodessa

reseptin uusinnan yhteydessä, jolloin tarkistetaan omahoidon sujuvuus. (Puhakka 2011, 11.)

Palvelupäällikkö Jaana Myllymaan mukaan asiakkaan yksilökäynnille ei ole aina tarvetta, eivätkä resurssit riitä jokaisen asiakkaan kohtaamiseen vastaanotolla. Laajentamalla palveluvalikoimaa pyritään lisäämään kasvokkain kohtauksia sellaisten ihmisten kanssa, jotka sitä todella tarvitsevat. Välttämättömiin asiakaskohtauksiin jää enemmän aikaa ja resursseja, kun asiakas saadaan motivoitua itse huolehtimaan terveydestään ja ohjattua nopeampiin häntä hyödyttävien palveluiden pariin. (Roponen 2016.)

3.3 ODA-hanke

Tällä hetkellä hallituksen kärkihankkeisiin kuuluva ODA-hanke tähtää sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla tukemaan asiakkaiden omahoitoa. Mikäli sote-uudistus tulevaisuudessa kykenee luomaan siltaa perus- ja erikoispalveluiden välille, vähentää se osaltaan myös rajoja sähköisten palveluiden välillä. Hankkeen tarkoituksena on luoda kansalaisille yhtenäinen suunnitelmallinen hoito sekä saumattomuus sähköisten palveluiden välille. (Saarelma 2017.)

ODA-hankkeen tarkoituksena on antaa lisämahdollisuuksia sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttämiseen sekä lyhentää jonoja ja turhia terveystieteiskäyntejä. Sähköinen palvelu käyttää myös hyväkseen Kelan Omakanta.fi- palvelua, jonne asiakas voi halutessaan tallentaa tietoja itsestään. Myös perinteiset sosiaali- ja terveyspalvelut säilytetään silti ennallaan niitä tarvitseville. (Suomalainen 2016.)

ODA-palvelut ovat osa Kanta-palvelua, joten asiakkaat eivät niitä ODA-nimellä tunne. Omakanta on jo käyttäjien keskuudessa hyvin tunnettu, kuukausittain Kanta-palvelussa on noin puoli miljoonaa eri vierailijaa. Taloustutkimuksen tutkimuksessa (Verkkobrändin arvostus Suomessa 2016) selvisi vuoden 2016 lopulla, että Kanta.fi oli toiseksi arvostetuin verkkobrändi Suomessa. Käyttäjät pitävät siis palvelua luotettavana ja turvallisenä. (Latva-Rasku 2017.)

Kanta.fi palveluissa ODA-palvelut julkistetaan vaiheittain. ODA-palvelut testataan aluksi tarkasti ammattilaisten sekä ODA:n pilottiryhmien käyttäjien kanssa ennen kuin ne julkaistaan suuremmalle asiakasryhmälle. (Latva-Rasku 2017.)

Sähköisten palveluiden avulla voidaan tukea kansalaista itseään ja terveydenhuollon ammattilaisia arvioimaan hoidon tarvetta oireiden perusteella. Tällaisia sovelluksia löytyy jo paljon internetistä. (Saarelma 2017.) Saarelman (2017) mukaan arvioidaan olevan yli 160 000 erilaista terveyteen liittyvää mobiilisovellusta. Sovellukset tarjoavat mahdollisuuden oman terveydentilan arviointiin, sairauksien hoitoon ja elintapojen tukemiseen. Erityisesti pitkäaikaissairauksien hoitoon kehitetyistä sovelluksista on tutkimusten mukaan hyötyä etenkin silloin, kun niitä käytetään suunnitelmallisesti yhdessä ammattilaisen kautta tapahtuvan seurannan kanssa. (Saarelma 2017.)

Saarelman (2017) mielestä palveluiden kehittäminen tulee tapahtua asiakkaiden tarpeiden mukaisesti ja täysin uudenlaisten palvelukonseptien kautta. Palveluiden tulisikin toimia vain osana sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisiä palveluita ja ohjata asiakas nopeammin oikeanlaisten ammattilaisen tarjoamien palveluiden piiriin, oli se sitten chatti-, puhelin-, video- tai kasvotusten tapahtuva vastaanottokäynti. Tärkeintä on, että palvelu vastaa asiakkaan ongelman laatua ja kiireellisyyttä. (Saarelma 2017.)

3.3.1 ODA-Tampere Marevan-malli

Yhtenä ODA-hankkeen osana Tampereelle keskittyy erityisesti Marevan-hoitoa saavan asiakkaan palveluiden kehittäminen. Tammelakeskuksen terveysasemalla ODA-hankkeen tavoitteena on kehittää Marevan-hoidon prosessia. Tavoitteena on tukea asiakkaan omahoitoa sähköisillä palveluilla, parantaa asiakkaan INR-hoitotasoa sekä vähentää lääkäreiden ja sairaanhoitajien Marevan-hoitoon käyttämää aikaa. (Liite 2.)

3.3.2 Nykyinen Marevan-hoitomalli Tammelakeskuksessa

Tammelakeskuksen nykyisessä Marevan-hoitoa saavan asiakkaan hoitomallissa asiakas ohjataan terveyskeskukseen sairaanhoitajan vastaanotolle, jossa asiakas saa alkuohjausta

Marevan-hoitoon. Marevan-hoidon tarve voidaan todeta esimerkiksi Acutassa tai terveyskeskuksessa. (Liite 2.)

Asiakas saapuu sairaanhoitajan vastaanotolle alkuohjaukseen, kun diagnoosi on tehty ja Marevan-hoito on päätetty aloittaa. Alkuohjauksessa sairaanhoitaja opastaa asiakasta Marevan-hoidosta, antaa asiakkaalle kirjalliset ohjeet mukaan kotiin sekä sopii yhdessä asiakkaan kanssa yhteydenottotavasta. Yhteydenottotapa voi olla puhelimitse eli soittaminen, tekstiviesti tai web-viesti. Yleensä yhteydenottotapana on tekstiviesti. Asiakas käy myös laboratoriossa INR-kokeessa ja asiakas itse saa tiedon INR-arvostaan. Sairaanhoitaja arvioi INR-arvon perusteella annostuksen ja tarvittaessa konsultoi lääkäriä, mikäli INR on alle 1,8 tai yli 3,5. Tämän jälkeen sairaanhoitaja ilmoittaa asiakkaalle sovitulla yhteydenottotavalla Marevan-annostuksen ja seuraavan kontrollipäivän eli milloin asiakkaan tulisi käydä laboratoriossa seuraavan kerran. Sairaanhoitaja merkitsee asiakkaan INR-arvon Pegasoksen Marevan-korttiin. (Liite 2.)

Jos asiakkaalle tulee ongelmia Marevan-hoitoon liittyen, niin asiakas on ensisijaisesti yhteydessä sairaanhoitajaan puhelimitse eli asiakas varaa soittoajan sairaanhoitajalle. Sairaanhoitaja on yhteydessä potilaaseen puhelimitse aina, jos INR-arvo on alle 1,8 tai yli 3,5 sekä konsultoi lääkäriä. Tällöin selvitetään tarkemmin miksi INR ei ole hoitotasolla eikä tekstiviesti ole tarpeeksi kattava. (Liite 2.)

3.3.3 Uudistuva Marevan-hoitomalli

ODA-hankkeen myötä Marevan-hoitomalli muuttuu digitaaliseksi. Tällöin asiakas annostelee itse Marevan-lääkkeensä ja saa tarvittaessa yhteyden hoitajaan sähköisen palvelun kautta. Tammelakeskuksen terveysasemalla on tällä hetkellä asiakkaita, jotka hoitavat Marevan-hoitonsa itse. Jatkossa omahoidossa olevat asiakkaat saavat avukseen digipalvelun, josta voi nopeasti olla yhteydessä hoitajaan ja/tai lääkäriin. Tämä palvelu mahdollistaa yhä useamman Marevan-hoitoa saavan asiakkaan omahoidon. (Lydén 2017.)

Käytännössä asiakas kirjautuu omilla pankkitunnuksillaan sähköiseen palveluun, johon hän merkitsee INR-arvonsa sekä Marevan-annostuksensa. Edeltävästi asiakas on saanut tietää INR-arvonsa tekstiviestillä laboratorion kautta. Sähköisessä palvelussa on ohjeistus, opastus ja laskuri, jonka avulla asiakas kykenee omatoimisesti määrittelemään Marevan-

annostuksen. Jos INR-arvo on alle 1,8 tai yli 3,5 asiakas ottaa yhteyttä hoitajaan. Asiakas voi ottaa hoitajaan yhteyden sähköisen palvelun kautta aina kun kokee siihen tarvetta. Sähköisen palvelun kautta asiakas lähettää web-viestin tai chat-viestin hoitajalle, jonka hoitaja näkee työtietokoneeltaan välittömästi viestin tultua. (Lyden 2017.) Tämä nopeuttaa asiakkaan hoitopolkua ja säästää niin hoitajan kuin asiakkaan aikaa.

4 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmä on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavaa aihetta tarkastellaan tutkimukseen osallistujien omasta näkökulmasta, ja siitä muovataan teoria, joka kuvaa osallistujien näkemystä. (Kylmä & Juvakka 2007, 26–29). Vilkan (2015, 120) mukaan laadullisessa tutkimuksessa erityistä onkin se, että tutkimuksen tarkoituksena ei ole löytää totuutta aiheesta. Tutkittavassa aiheessa kiinnitetään enemmänkin huomiota laatuun kuin määrään (Kylmä & Juvakka 2007, 26).

Laadullista tutkimusta ohjaavia kysymyksiä ovat mitä-, miksi- ja miten-kysymykset, joilla halutaan tietää tutkimuksen aiheesta sekä osallistujien subjektiivinen näkemys aiheesta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät voivat olla laajoja ja ne voivat muuttua tai tarkentua tutkimuksen edetessä. On myös mahdollista, että kun tutkimusta tehdään, syntyy kokonaan uusia tutkimustehtäviä. Tutkimukseen valitaan sellaisia henkilöitä, joilla on tietoa tutkittavasta aiheesta. Usein laadullisessa tutkimuksessa osallistujia ei ole paljon. Tämä johtuu siitä, että halutaan tietää enneminkin tutkittavan aiheen laadusta kuin määrästä. (Kylmä & Juvakka 2007, 26–28.)

4.2 Aineistonkeruu

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään yleensä avoimin menetelmin eli haastattelulla, kuvaamalla, kirjallisesta materiaalista tai havainnoimalla. Aineistonkeruussa voidaan käyttää eri menetelmiä samanaikaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 27.) Näitä aineistonkeruumenetelmiä voi käyttää myös määrällisessä tutkimuksessa, joten ne eivät ole pelkästään laadullisessa tutkimuksessa käytettäviä aineistonkeruumenetelmiä. Tutkimusasetelma voi määrittää mitä menetelmiä käytetään aineistonkeruussa. Jos tutkimusasetelmaa ei ole kovin tarkasti määritelty on helppo ajautua käyttämään keskustelua, havainnointia tai omaelämäkertoja aineistonkeruumenetelmänä. Jos taas tutkimusasetelma on virallisempi ja strukturoitu niin oletetaan, että käytetään strukturoituja kyselyitä ja kokeellisempia menetelmiä aineistonkeruussa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.)

Opinnäytetyössämme käytimme aineistonkeruuseen kyselylomaketta (Liite 1). Jos halutaan tietoa miksi ihminen käyttäytyy niin kuin käyttäytyy tai miten hän ajattelee ja mitkä ovat hänen kokemukset asiasta, loogista on kysyä sitä häneltä itseltään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72). Kylmän ja Juvakan (2007, 64) mukaan taas on tärkeää miettiä, mitä halutaan tietää ja miten tämä tieto saadaan kerättyä onnistuneimmin. Opinnäytetyössämme haluamme kartoittaa ihmisten kokemuksia nykyisestä toimintamallista Marevan-hoitoon liittyen. Valitsimme siis aineistonkeruumenetelmäksi kyselyn, jotta saamme tietää ihmisten kokemuksia aiheesta. Aineistonkeruumenetelmän valinnassa on tärkeää miettiä myös, että menetelmä on sopiva tutkimukseen osallistujille (Kylmä & Juvakka 2007, 64). Kyselylomake sisälsi kahdeksan kysymystä. Suljettuja kysymyksiä oli viisi ja niillä haluttiin vastaajista täsmällisiä tietoja, esimerkiksi tietää kuinka kauan asiakas on käyttänyt Marevania. Lisäksi kyselylomakkeessa oli kolme avointa kysymystä, joissa haluttiin tietää vastaajien omia kokemuksia ja näkemyksiä aiheesta.

Tutkimuslupa aineistonkeruulle saatiin helmikuussa 2017 ja kyselylomakkeet vietiin maaliskuussa Tammelakeskuksen terveysasemalle sairaanhoitaja Varpu Lydénille, joka vastaa Tammelakeskuksessa ODA-hankkeeseen liittyvistä asioista. Aineistonkeruun ajaksi olimme miettineet yhtä kuukautta ja saimmekin tutkimusluvan 1.3-31.3.2017 väliselle ajalle. Kuukauden aikana saimme kuitenkin vain yhden vastauksen, joten oli selvää, että tarvitsemme aineistoa lisää opinnäytetyöhömmme. Haimme uutta tutkimuslupaa toukokuussa ja tällä kertaa aineistonkeruuaikaa pidennettiin. Saimme luvan aineistonkeruulle elokuun loppuun asti. Aineistonkeruajan loputtua meillä oli neljä uutta vastausta. Yhteensä saimme siis viisi kyselylomaketta takaisin.

Kysely ja haastattelu menetelmänä on saanut kritiikkiä, mutta haastattelijoiden koulutuksella, tarpeeksi hyvällä rahoituksella ja kokemuksella voi selvittää ongelmat. Kyselyn ja haastattelun eriyttäminen täysin toisistaan ei ole tarpeellista, mutta ne eivät kuitenkaan ole samanlaisia käsitteinä. Eskolan (1975) mukaan kyselyssä tutkittavat täyttävät itse heille annetun kyselylomakkeen kotona tai ryhmätilanteessa, joka on valvottu. Haastattelussa taas haastattelija kysyy henkilökohtaisessa haastattelutilanteessa kysymykset suullisesta ja kirjaa haastateltavan vastaukset ylös. Erona on siis tutkittavan toiminta, kun kerätään tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–73.)

Kysely ei ole yhtä joustava kuin haastattelu. Kyselylomakkeessa kaikki vastaavat samalaiseen kyselylomakkeeseen. Siinä ei voi keskustella vastaajan kanssa ja esimerkiksi selvittää väärinymmärryksiä. Kyselyssä on ennakko-oletus, että kyselyyn vastaajat pystyvät lukemaan ja kirjoittamaan sekä pystyvät ja haluavat tuoda itseään ilmi kirjallisesti niin kuin ovat tarkoittaneet. Kyselyissä vastaamattomuus osuus voi olla korkea ja vastaukset voivat olla lyhyitä. Tämä ei kuitenkaan ole merkittävää yleistettävyyden vuoksi laadullisessa tutkimuksessa, sillä laadullisen tutkimuksen tavoite ei ole yleistää asioita. Jos aineisto on pieni voi olla ongelmana, että kartoittaako tehty tutkimus yleensäkin mitään tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73–75.)

4.3 Aineiston analysointi

Tuomen ja Sarajärven (2009, 71) mukaan yleinen aineiston analysointiin käytetty menetelmä on sisällönanalyysi ja sitä voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen menetelmissä. Sisällönanalyysin tavoitteena on saadun aineiston perusteella tuoda tietoa tutkittavasta aiheesta (Kylmä & Juvakka 2015,112). Sisällönanalyysi on käsittelytapa, jolla voidaan puolueettomasti sekä kokonaisvaltaisesti tarkastella kirjallista tietoa, esimerkiksi haastattelut, artikkelit ja keskustelut. Menetelmä sopii myös analysoimaan jäsentämättömiä aineistoja. Sisällönanalyysin tavoitteena on saada tutkittavasta aiheesta tiivistetty sekä yleinen kuvailu. (Tuomi & Sarajärvi 2009,103.)

Tarkoituksenamme oli analysoida opinnäytetyömme aineisto sisällönanalyysillä. Ongelmaksi muodostui se, että myös avoimiin kysymyksiin vastaajat olivat vastanneet ”kyllä” tai ”ei”. Saamamme vastaukset eivät olleet sisällöltään tarpeeksi informatiivisia, jotta olisimme voineet tehdä sisällönanalyysin. Perehdyimme aineistoon lukemalla vastaukset huolellisesti läpi ja muodostamalla käsityksen kokemuksista tällä tavoin.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeeseen (Liite 1) vastasi viisi Tammelakeskuksen terveysaseman asiakasta, jotka käyttävät Marevania. Kohderyhmänä tutkimuksessa olivat alle 75-vuotiaat asiakkaat, joista tavoittelimme 10–15 vastaajaa. Yksi vastaajista ilmoitti olevansa iältään alle 55-vuotias, yksi 60–65-vuotias, yksi 65–70-vuotias sekä yksi 70–75-vuotias. Vastausten vähäisyyden vuoksi otimme tutkimusaineistoon mukaan myös yhden 80-vuotiaan vastaajan. Vastaajista kolme olivat miehiä ja kaksi naisia. Kaikki vastaajat ilmoittivat käyttäneensä Marevania viisi vuotta tai pidempään.

Kyselyyn vastanneista viidestä henkilöstä jokainen ilmoitti olevansa tyytyväinen tämän hetkiseen Tammelakeskuksen Marevan-hoitomalliin. Kolme vastaajaa eivät eritelleet mikä hoitomallissa on erityisesti ollut toimivaa tai hyvää. He vastasivat, että tämänhetkessä hoitomallissa kaikki on ollut hyvin. Yksi vastaaja jätti kohdan kokonaan tyhjäksi. Vain yksi vastaajista kuvasi tarkemmin, mikä hänen mielestään hoitomallissa on ollut hyvää. Hän oli erityisen tyytyväinen siihen, että on saanut ja pystynyt seuraamaan INR-laboratoriotuloksia itse puhelimellaan. Hän oli kokenut helpoksi ja vaivattomaksi ottaa tarvittaessa hoitajaan yhteyttä. Lisäksi hän koki hyväksi, että hoitaja on soittanut hänelle INR- tuloksista.

Kysyttäessä, mitä kehittämistä hoitomallissa vastaajien mielestä olisi, vain yksi vastaaja kuvaili kehittämistarvetta tarkemmin. Hän koki, että hänen osaltaan yhteistyö lääkärin ja hoitajan kanssa on sujunut hyvin. Tämä vastaus ei suoranaisesti ole kehittämissuositus hoitomalliin vaan vastaajan oma kokemus hoitomallista. Kaksi vastaajaa jättivät vastamatta kehittämissuositukseen kokonaan, ja kahdella vastaajalla ei ollut kehittämissuositusta lainkaan.

Vastaajista kaksi eivät olleet kiinnostuneita sähköisten palveluiden lisäämisestä osaksi Marevan-hoitoa. Kaksi vastaajaa ilmoitti sähköisten palveluiden lisäämisen erittäin hyväksi asiaksi tai sähköisten palveluiden olevan hyviä. Yksi vastasi, että on hyvä, kun vastaukset saa puhelimeen itselleen. Hän on ”vanha käyttäjä” ja osaa tarvittaessa olla yhteydessä hoitohenkilökuntaan.

Kyselylomakkeessa halusimme tietää myös asiakkaiden halukkuutta ottaa enemmän vastuuta Marevan-hoidosta ja sen toteuttamisesta omatoimisesti. Neljä vastaajaa viidestä olivat halukkaita lisäämään Marevan-omahoitoa. Yksi vastaaja ilmoitti, että ei ole halukas omahoitoon.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten pohdinta

Kaikki kyselyyn vastanneet ilmoittivat käyttäneensä Marevania 5 vuotta tai kauemmin. Voidaankin ajatella, että vastaajilla oli jo valmiiksi olemassa kattava käsitys hoitomallista, kun hoito oli ehtinyt tulla tutuksi ennen kyselyyn vastaamista. Asiakkaat osasivat täten ehkä muodostaa paremmin mielipiteensä hoidon laadusta, kuin sellaiset asiakkaat joille Marevan olisi ollut vastikään aloitettu uusi lääke. Vastaukset olisivat voineet olla hyvinkin erilaisia, mikäli vastaajilla olisi ollut Marevan käytössään eri ajan.

Kyselyymme vastanneiden asiakkaiden vastaukset olivat hyvin suppeita, osittain vain yhdellä sanalla vastattuja ja osa oli jättänyt joihinkin kysymyksiin vastaamatta kokonaan. Tämä heikensi myös tutkimusaineiston laatua. Laadullisessa tutkimuksessa laatu ratkaisee määrää enemmän, joten tutkimusaineisto voi silti olla luotettava ja kattava vaikkei vastaajia olisikaan montaa (Vilka 2015, 150). Omassa opinnäytetyössämme myös tutkimustulokset olisivat voineet olla kattavampia ja enemmän uutta informaatiota antavia. Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan syynä aineiston vähäisyyteen voi olla se, että vastaajilla ei ole tietoa kysytystä aiheesta tai heillä on vaikeuksia tuoda ajatuksiaan ilmi kirjoittaen.

Osaan kyselyn vastauksista jäi myöskin epäselväksi se, olivatko kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt ymmärtäneet kysyttävän asian oikein. Kysyttäessä, mitä kehittämistä hoitomallissa mielestänne olisi, yksi vastaajista kirjoitti: ”Osaltani sujunut hyvin yhteistyö lääkärin ja hoitajan avulla”. Tämä jätti hieman tulkinnan varaa tarkoittaako asiakas nimenomaan lääkärin ja hoitajan välistä yhteydenpitoa, vai yhteydenpitoa laboratorioon, kun hoitaja on ilmoittanut asiakkaalle verikoevastaukset. Myös kysymykseen, mitä mieltä olette sähköisten palveluiden lisäämisestä osaksi Marevan-hoitoa, eräs vastaajista oli vastannut: ”Tulokset hyvät, kun vastaukset puhelimella itselle ja vanhana käyttäjänä osaan ottaa yhteyttä tarvittaessa hoitohenkilökuntaan”. Vastauksesta ei tule ilmi vastaajan omaa mielipidettä sähköisten palveluiden lisäämisestä osaksi hoitoa, vaan pikemminkin asiakkaan mielipide tämänhetkisen hoitomallin sujuvuudesta.

Kyselyihin vastanneiden määrä poikkesi paljon siitä, mitä aluksi odotimme. Tähän saattoi osaltaan vaikuttaa työyhteisössä informaation puute hoitajien välillä tekemästämme tutkimuksesta. Koko hoitohenkilökunta ei välttämättä tiennyt jakaa kyselylomakkeita asiakkaille, vaikka olisivatkin kohderyhmään sopivaa asiakasta hoitaneet. Koska kyselylomakkeet jaettiin vastaanottokäyntien yhteydessä asiakkaille täytettäväksi, saattoi vastaajien osuus jäädä pieneksi tästä syystä. Asiakkaat käyvät usein vastaanotolla myös muista syistä kuin Marevan-hoitoon liittyvissä asioissa. Koska vastaanottoajat ovat melko lyhyitä, saattoi kyselyyn vastanneiden määrä jäädä pieneksi myös hoitajien kiireellisyyden vuoksi.

Yhtenä syynä kerätyn aineiston suppeuteen saattoi vaikuttaa kohderyhmälle asetettu ikä (alle 75-vuotiaat, jotka käyttävät Marevania). Alle 75-vuotiaista moni saattaa käyttää Marevania, mutta ei välttämättä käy hoitajan vastaanotolla lähes lainkaan. Moni saattaa olla vielä niin hyvävointinen, että ei käytä säännöllisesti terveystaloutta, ainakaan Marevanhoidon suhteen. Koska aineistonkeruu-aika oli rajattu ja kyselylomakkeet jaettiin asiakkaille vastaanottokäynnin yhteydessä, jäi näiden henkilöiden kokemus saamastaan Marevan-hoidosta kartoittamatta kokonaan.

Myös vastaajien omat käsitykset ja ennakkoluulot saattoivat vaikuttaa kyselyyn vastaamiseen. Osa saattoi ajatella, ettei kyselyyn vastaamisesta ole mitään hyötyä ja jätti sen vuoksi vastaamatta kokonaan. He saattoivat ajatella, että kyselyyn vastaaminen olisi vain ajan haaskausta. Osa taas ei ehkä halunnut kertoa omaan hoitoonsa liittyvistä asioista kyselyn kautta hoitoonsa liittymättömille ihmisille lainkaan, vaikkakin kyselyyn vastaaminen tapahtui täysin anonymisti.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa siirrettävyys, vahvistettavuus, uskottavuus ja refleksiivisyys kertovat tutkimuksen luotettavuudesta. Näitä kutsutaan tutkimuksen luotettavuuskriteereiksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128.) Vilkan (2015, 194) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuus voi vähentyä, jos esimerkiksi tutkimukseen osallistuja käsittää asian eri tavalla kuin tutkija. Opinnäytetyössämme vastaaja saattoi käsittää eri tavalla kysymyksen, miten olimme itse ajatelleet.

Vilkan (2015, 41) mukaan tutkimuksen tekemiseen kuuluu oleellisesti hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 133) määrittävät taas, että huonoa tieteellistä käytäntöä on esimerkiksi huono viittaustapa tutkimusaiheen aikaisempiin tuloksiin. Etiikka ja tutkimuksen eettisyyden pohtiminen ovat tärkeitä laadullisessa tutkimuksessa, koska yleensä ollaan lähellä niitä henkilöitä, jotka ovat tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 27). Tutkimus, joka on noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä, on luotettava, eettinen ja sen tuottamiin johtopäätöksiin voi luottaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta).

6.3 Jatkotutkimukset

Opinnäytetyömme aihe on vielä kovin tuore, eikä sähköisten palveluiden käytön kokemuksista ja ODA-hankkeesta löydy vielä laajasti luotettavaa tutkimustietoa. Lisäksi ODA-hanke on vasta kehitteillä valtakunnallisesti käyttöön otettavaksi, joten on vielä hankalaa ennustaa etukäteen asiakkaiden kokemuksia tulevista palveluista. Koska palvelut ovat vielä kehitteillä, asiakkailta saattaa olla paljon ennakkoluuloja ja asenteita uusia sähköisiä palveluita kohtaan. Kun palvelut ovat tulleet käyttöön, asiakkaiden asenteetkin osittain varmasti muuttuvat. Asiakkaat saattavat huomata, että sähköiset palvelut ovatkin käteviä ja aikaa säästäviä. Todennäköisesti myös hoitajilla on ennakkokäsityksiä uusien hoitomallien käyttöönottoa kohtaan.

Onkin siis tärkeää jatkaa tutkimusaineiston keräämistä myös myöhemmässä vaiheessa ja palveluiden kehittämistä lisäksi silloin, kun palvelut on jo otettu käyttöön. Tällöin niin asiakkailta kuin hoitajillakin on jo hyvä käsitys siitä, mikä sähköisissä palveluissa on hyvää ja toimivaa, ja mikä taas vaatisi vielä kehittämistä. Saatava tutkimusaineisto olisi silloin todennäköisesti laajempi, kun vastaajat osaisivat muodostaa realistisemmän mielipiteen kokemukseensa perustuen uusien sähköisten palveluiden käyttäjinä.

Tutkimusaineiston laadun ja kyselyyn vastanneiden määrän saisi suuremmaksi, jos aineistonkeruu-aika olisi pidempi ja kohderyhmään voisi kuulua myös yli 75-vuotiaat. Jatkotutkimuksia ajatellen tulisi pohtia myös aineistonkeruumenetelmän sopivuutta asiakkaiden kokemusten kartoittamiseen. Kyselylomake ei välttämättä tuo informatiivista tietoa samalla tavoin kuin haastattelu. Kyselylomake ei tavoita kaikkia potentiaalisia vastaajia, joten menetelmän vaihtaminen saattaisi lisätä tutkimustulosten luotettavuutta ja

informatiivisuutta. Haastattelun voisi toteuttaa esimerkiksi puhelinhaastatteluina, jolloin kerätystä aineistosta tulisi laajempi.

LÄHTEET

Kunnamo, I. 2011. Varfariinihoito. Duodecim. Luettu 15.8.2017.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lassila, R. 2016. Antikoagulaatiohoidon aiheet ja käytettävät valmisteet. Duodecim. Luettu 15.8.2017.

http://www.oppiportti.fi/op/kar01609/do?p_haku=omahoito#q=omahoito

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 anti-koagulanttien hallittu käyttöönotto. Lääkärilehti 66(38), 2753–2762. Luettu 18.7.2017.

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

Latva-Rasku, L. 2017. Omat digiajan hyvinvointipalvelut. ODA-projektin blogi. Luettu 15.8.2017.

<https://oda-projekti.blogspot.fi/>

Lydén, V. Sairaanhoidtaja. 2017. ODA-opinnäytetyö. Sähköpostiviesti. varpu.lyden@tampere.fi. Luettu 24.10.2017.

Mustajoki, P. & Ellonen, M. 2017. Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito). Duodecim. Luettu 2.8.2017.

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

ODA. 2017. ODA- Omat digiajan hyvinvointipalvelut. Luettu 19.10.2017.

<http://www.pirkanmaa.fi/wp-content/uploads/ODA-esittely-HYTE-16.3.2017.pdf>

Pellikka, M. 2016. Varfariinihoidon ohjaus. Duodecim. Luettu 15.8.2017.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Pence, C. & McErlane, K. 2005. Anticoagulation Self-Monitoring: Portable devices are enabling patients to monitor anticoagulant levels on their own. American Journal of Nursing 105(10), 62–65. Luettu 18.10.2017

http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.26.1a/ovidweb.cgi?&S=OCPOFPFMJIDDIBDENCCKIALBKLIAAA00&Link+Set=S.sh.22%7c1%7csl_10

Phibbs, C., Love, S., Jacobson, A., Edson, R., Su, P., Uyeda, L., & Matchar, D. 2016. At-Home Versus In-Clinic INR Monitoring: A Cost-Utility Analysis from The Home INR Study (THINRS). Journal of General Internal Medicine 31(9), 1061–1067. Luettu 15.8.2017.

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-016-3700-8#Sec7>

Puhakka, J. 2011. Antikoagulaatiohoidon käsikirja. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 14.12.2016.

<https://www.thl.fi/documents/10531/125056/Muu%202011%20283.pdf>

Roponen, M. 2016. Henkilöstö mukaan muutokseen. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti TESSO 8(4), 16–21.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T., & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Aikakauskirja Duodecim 125(21), 2351–2359. Luettu 18.7.2017.
<http://www.duodecimlehti.fi.elib.tamk.fi/lehti/2009/21/duo98401>

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2015. Marevan-potilasohje. Luettu 17.10.2017.
<https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiSATSHP/Marevan-ohje.pdf>

Saarelma, O. 2017. Omahoito sähköistyy. Aikakauskirja Duodecim 133(6), 531–532. Luettu 18.7.2017.
<http://www.duodecimlehti.fi.elib.tamk.fi/lehti/2017/6/duo13624>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 11/2016. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kehitetään uusia sähköisiä palveluja. Luettu 4.11.2016.
http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveydenhuoltoon-kehitetaan-uusia-sahkoisia-palveluja

Suomalainen, T. 2016. ODA- hanke muuttaa toimintamallia. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti TESSO. Luettu 6.11.2016.
<https://tesso.fi/artikkeli/oda-hanke-muuttaa-toimintamallia>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. N.d. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 17.10.2017.
<http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

1. Sukupuoli mies nainen

2. Ikä alle 55 55-60 60-65 65-70 70-75

3. Kuinka kauan olette käyttäneet Marevania?
Alle vuoden 1-5 vuotta 5 vuotta tai pidempään

4. Oletteko olleet tyytyväinen tämän hetkiseen Tammelakeskuksen Marevan-hoitomalliin?
kyllä en

5. Mikä hoitomallissa on ollut toimivaa/ hyvää?

6. Mitä kehittämistä hoitomallissa mielestänne olisi?

7. Mitä mieltä olette sähköisten palveluiden lisäämisestä osaksi Marevan-hoitoa?

8. Olisitteko halukas ottamaan enemmän vastuuta Marevan-hoidosta ja sen toteuttamisesta omatoimisesti?
kyllä en

Kiitämme teitä kyselyyn vastaamisesta!

Liite 2. ODA-materiaalia

A3 1. Seminaarin jälkeen täytetään kohdat **1-3**, 2. Seminaarin jälkeen **4-6**, 3. Seminaarin jälkeen ja ODA-palvelujen ollessa käytössä **7-9**

1. Kehittämiskohde (myös organisaatio ja pilotin nimi)	5. Tavoite
<p>Marevan-hoidon prosessin kehittäminen; asiakkaan omahoidon tukeminen sähköisillä menetelmillä, hoitotason parantaminen, ammattilaisten ajan käytön vähentäminen Marevan-hoittoon liittyen</p> <p>Kohderyhmä: Marevan-hoidossa olevat Tammelakeskuksen terveysaseman Marevan-potilaat</p> <p>Paljon palveluja käyttävien tampere-laisten palvelusuunnittelun tukeminen ODA:n avulla.</p> <p>Hyvinvointisuunnitelma ja hyvinvointivalmennukset sekä hyvinvointitarkastus paljon palveluita käyttävien asiakkaiden palveluissa Pegasoksen Marevan-seurantalehden käyttö, sähköisten palveluiden käyttö</p>	

<p>2. Taustatiedot</p> <p>Marevan on edelleen paljon käytetty anti-koagulantti, vaikka uudet lääkkeet ovat valtaamassa alaa. Annoksen määrittäminen ja yhteydenotot vievät runsaasti terveydenhuollon ammattilaisten aikaa. Annoksen säätäminen perustuu kokemukseen nojautuvien ohjeiden käyttöön. Näiden ohjeiden tulkintaan ei tarvita terveydenhuollon koulutusta vaan ovat ns. perusmatematiikkaa. Asia on helposti omaksuttavissa tavallisella tietotaidolla. Annosmääritys olisi näin helposti potilaan itsenäisesti toteutettavissa ja vain ongelmien ilmetessä on tarpeellista käyttää tähän ammattilaisen aikaa. Toisaalta verenohennushoidon turvallinen toteuttaminen on erittäin tärkeää, koska ongelmat hoidossa voivat olla potentisti vaarallisia. Tämän vuoksi välitön ammattilaisen tuki on varmistettava kaikissa olosuhteissa, vaikka ohjeistus olisi potilaan itsensäkin käytettävissä.</p>	<p>6. Kokeiltavat muutokset / testit</p>
---	---

<p>3. Nykytilan kuvaus</p> <p>ALKU: Hoidon tarve todetaan: tk/acuta/sairaala/muu -> ohjataan tk hoitajan vastaanotolle alkuohjausta varten.</p> <p>DIAGNOOSI tehty ja päätetty Marevan hoidon aloittamisesta --> ottaa yhteyttä / ajanvaraus</p> <p>MIKSI: Marevan-lääkitys --> annostelu ja turvallinen käyttö</p> <p>LOPPU: Suunnitelman mukaisen hoidon piirissä / hoitotasapaino</p> <p>Terveyskeskuksessa = omalla terveysesemalla lääkäri varaa ajan hoitajalle itse tai pyytää varaamaan ajan toimistosta. Acutasta pyydetään ottamaan yhteys omaan terveyskeskukseen: joko kävelee sisään tai soittaa. -> Hoitaja ohjeistaa potilaan Marevanin käyttöön, ohjeet annetaan myös kirjallisena, Marevan-opas, sovitaan yhteydenottotavasta: puhelin/txt-viesti/web-viesti (yleensä tekstiviesti) -> potilas käy laboratoriossa, INR-vastaus myös potilaalle -> hoitaja arvioi annostarpeen, tarvittaessa lääkärin konsultaatio, -> hoitaja ilmoittaa potilaalle seuraavan annoksen ja kontrollipäivän, merkitään pegasoksen marevan-korttiin. tämä toistuu x kertaa hoidon aikana.</p>	<p>7. Implementointisuunnitelma</p> <hr/> <p>8. Tulokset</p>
--	--

<p>Ongelmatilanteissa potilas on yhteydessä esisijaisesti hoitajaan yleensä puhelimitse eli varaa soittoaajan.</p> <p>Jos INR on <1,8 tai >3,5 niin hoitaja on aina yhteydessä potilaaseen. Lääkəriä konsultoidaan näissä tilanteissa.</p> <p>Jos hoitotaso ei ole tyydyttävä, ollaan yhteydessä puhelimitse (selvitetään tarkemmin, viesti ei riittävä).</p> <p>Hoito loppuu sovittuna ajankohtana, jos hoitaja muistaa tästä mainita tai potilas tietää milloin hoito tulee lopettaa.</p> <p>Mahdollisuuksien ja potilaan halun mukaan hänet ohjataan myöhemmin Marevanryhmäohjaukseen.</p> <p>Omaseuranta on mahdollinen potilaan niin halutessa, kun:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Säännöllisesti toteutunut INR-seuranta • Hyvä INR-tasapaino (väh. kolme peräkkäistä hoitotasolla ja kesto yli 3kk) • Marevan-hoidon käyttöaiheena eteisvärinä • Omahoidon koulutukseen osallistuminen ja ajokortin suorittaminen. 	
<p>4. Ongelman analysointi</p>	<p>9. Jatkosuunnitelma</p>

Liite 3. Tietoinen suostumus- lomake



Liite 1: 1 (2)

TIEDOTE 17.01.2017

Hyvä Marevan-hoitoa saava asiakas!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöme, jonka tarkoituksena on kuvata Tammelakeskuksessa Marevan-hoitoa saavan asiakkaan kokemuksia nykyisestä hoitomallista Tammelakeskuksen terveysasemalla, sekä tuottaa esimerkkikuvaukset asiakasprosessista nykyisestä ja uudistuneesta hoitomallista. Terveystieteiden kehittämisessä uusia sähköisiä palveluita lyhentämään jonotusaikoja ja poistamaan turhia terveyskeskuskäyntejä. Tämänhetkiset palvelut säilyvät silti ennallaan tulevaisuudessakin.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Tampereen kaupungilta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutetaan kyselylomakkeen avulla. Saatte sairaanhoitajalta kyselylomakkeen, sekä tämän Tietoinen suostumus- lomakkeen, joihin toivomme teidän vastaavan rehellisesti. Kyselylomake sisältää 8 kysymystä, eikä siihen vastaaminen vie kauan aikaa. Kyselyyn voitte vastata sairaanhoitajan vastaanotokäynnin aikana ja palauttaa lomakkeet sairaanhoitajalle käynnin päätteeksi. Kyselymme kohderyhmänä toimii Tammelakeskuksen alle 75-vuotiaat Marevan-hoitoa saavat asiakkaat.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuna tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa, ellei Tampereen kaupungin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijät

Lea Kultalahti
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
lea.kultalahti@health.tamk.fi

Kirsi-Marja Salmi
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
kirsi-marja.salmi@health.tamk.fi

SUOSTUMUS

Marevan- hoitoa saavan asiakkaan toimintaprosessin muutos asiakkaan näkökulmasta

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata Tammelakeskuksessa Marevan-hoitoa saavan asiakkaan kokemuksia nykyisestä hoitomallista Tammelakeskuksen terveysasemalla, sekä tuottaa esimerkkikuvaukset asiakasprosessista nykyisestä ja uudistuneesta hoitomallista. Olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus