

Nina Sabri

## Tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle

Antikoagulaatiohoitoa saavan potilaan hoidossa

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Yamk  
Kliininen asiantuntija  
Opinnäytetyö  
27.03.2013

Tekijä Otsikko  Sivumäärä Aika	Nina Sabri Tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle. Antikoagulaatiohoitoa saavan potilaan hoidossa 34 sivua + 4 liitettä 25.3.2013
Tutkinto	Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntija
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja	Yliopettaja Liisa Kuokkanen
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä tehtävänsiirrosta lääkäriltä hoitajalle antikoagulaatiohoitoa saavan potilaan hoidossa. Tarkoituksena oli tuottaa terveysasemilla työskenteleville lääkäreille ja hoitajille tutkimustietoa tehtävänsiirtoon liittyvistä asioista sekä hankitun tiedon avulla kehittää antikoagulaatiohoitoa saavien potilaiden hoitoa. Aineisto kerättiin haastatteleamalla terveyskeskuslääkäreitä ja terveydenhoitajia omissa ammattiryhmissään. Haastatteluihin osallistui yhteensä 20 (=n) henkilöä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysi menetelmällä.</p> <p>Potilastyytyväisyys parani tehtävänsiirron myötä. Lyhentyneet jonotusajat puhelimesa ja puhelinlaskujen pieneneminen lisäsivät potilastyytyväisyyttä. Potilaat olivat tyytyväisiä myös omahoidon koulutuksiin, minkä jälkeen he ottivat vastuun omasta Marevan® hoidostaan. Hoitajien nopea yhteydenotto poikkeavissa International Normalized Rate (INR) arvoissa lisäsi myös potilastyytyväisyyttä. Potilasturvallisuuteen tuli kiinnittää erityistä huomiota ja huolellisuutta e-kirjeen lähettämisessä. Tietotekniset tekijät vaikuttivat sekä positiivisesti että negatiivisesti hoitohenkilöstön työskentelyyn. Tehtävänsiirto vaikutti hoitohenkilökunnan ammattitaitoon hoitajien kohdalla kohottavasti, kun taas lääkärit olivat huolissaan ammattitaitonsa säilymisestä Marevanin® määrittämisessä. Työn organisoinnilla oli merkitystä tehtävänsiirtojen onnistumisen kannalta.</p> <p>Yhteistyö hoitoketjussa työskentelevien kanssa vaatii vielä hiomista, siinä todettiin olevan epäselvyyttä. Tehtävänsiirron myötä tulleesta lisääntyneestä vastuusta koettiin, että hoitajien tulisi saada oikeudenmukaista palkkaa. Tietotekniikan jatkokehittämistä toivottiin mutkattommaksi ja nopeammaksi.</p>	
Avainsanat	tehtävänsiirto, antikoagulantti

Author Title Number of Pages Date	Nina Sabri Function transfer from doctor to nurse. Patient who use anticoagulation. 34 pages + 4 appendices 25 March 2013
Degree	Master of healthcare
Degree Programme	Clinical expert
Specialisation option	
Instructor	Liisa Kuokkanen, PhD,RN
<p>The purpose of this study was to describe the health workers' conceptions about function transfer from a doctor to a nurse in nursing of a patient who uses anticoagulation treatment. Another purpose was to provide research information for doctors and nurses in health centers about issues and action of function transfer and the research data can be used to improve the treatment of a patient who uses anticoagulation treatment. The research material was gathered by interviewing doctors and nurses in their own professional groups in health centers. 20 people participated in the study. Research data was analyzed by using content analysis.</p> <p>Improving the quality of patient satisfaction was the most important issue as far as function transfers are concerned. Shorter waiting time on the telephones and decrease on the telephone bills increased satisfaction. Patients were satisfied with their education. After education, they could take responsibility of their own Marevan® healing. Nurses' quick contact with abnormal results of International Normalized Rate (INR) rates also increased satisfaction. Special attention should be paid to the quality of patient safety when sending e-letters. Teleinformatic issues had both a negative and a positive impact on health workers' job. Function transfer had a positive impact for nurses by increasing their professional skills. On the contrary, the doctors worried about their professional skills. Organizing work had big impact on the successfulness of the function transfer.</p> <p>Co-operation still needs some work as some unclarity was detected. Increased responsibility should increase the nurses' salary. Further developing information technology should be faster and straightforward.</p>	
Keywords	function transfer, anticoagulant

## Sisällys

<b>1 Johdanto</b>	1
<b>2 Taustoitus</b>	2
2.1 Lait, organisaation ohjeistukset, suosituksia tehtävänsiirtoihin liittyen	2
2.2 Kohdeorganisaatio	4
2.3 Aikaisempia tutkimuksia tehtävänsiirrosta	4
2.4 Verisuonitukokset	6
2.5 Antitromboottinen lääkitys	7
<b>3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset</b>	9
<b>4 Menetelmät</b>	9
4.1 Aineisto	9
4.2 Aineiston analyysi	10
<b>5 Terveystenhoitohenkilöstön käsityksiä tehtävänsiirrosta lääkäriltä hoitajalle</b>	10
5.1 Johtaminen	12
5.1.1 Muutosprosessi	12
5.1.2 Työn organisointi	15
5.1.3 Tiedottaminen	17
5.2 Potilaaseen liittyvät seikat	19
5.2.1 Potilasturvallisuus	19
5.2.2 Potilastyytyväisyys	20
5.3 Henkilöstöön liittyvät tekijät	22
5.3.1 Ammattitaito	22
5.3.2 Vastuu	24
<b>6 Pohdinta</b>	25
6.1 Luotettavuus	25
6.2 Etiikka	28
6.3 Omat tulokset suhteessa aikaisempiin tutkimusten tuloksiin	28
<b>7 Päätelmät</b>	31

<b>Lähteet</b>	32
<b>Liitteet</b>	35
Liite 1. Saatekirje	
Liite 2. Suostumus haastatteluun	
Liite 3. Haastattelurunko 1: kysymykset lääkärille	
Liite 4. Haastattelurunko 2: Kysymykset terveyden-/ sairaanhoitajalle	

## 1 Johdanto

Kansallisen terveydenhoitoprojektin loppuraportissa esitettiin, että lääkärien ja hoitajien välistä työnjakoa tulisi arvioida uudelleen. Vaatimuksena oli terveydenhuollon laadukkaampi, tehokkaampi ja erikoistuneempi palvelu. Tämä edellyttää uudenlaista ajattelua sekä henkilökunnan korkeatasoista koulutusta ja osaamista erityisesti yliopistosairaaloissa. Sairaanhoidajien kansainvälisen järjestön tekemän selvityksen mukaan sairaanhoidajien tehtäväkuvaa on laajennettu neljässäkymmenessä maassa. Sairaanhoidajien tehtäväkuvan laajentamisesta on Suomessa keskusteltu varsinkin perusterveydenhuollossa. Siten myös muutoksia on ehdotettu selvästi enemmän perusterveydenhuoltoon kuin erikoissairaanhoidoon. Muutokset ovat koskeneet paitsi työtehtäviä ja hoitovastuita myös ammattiryhmien välistä yhteistyötä. (Kärkkäinen–Tuominen–Seppälä–Karvonen 2006: 2647-2652.)

Ammattihenkilöiden pulasta johtuen on jouduttu tilanteeseen, jossa palvelujen turvaamiseksi on esitetty tehtävien siirtämistä ammattiryhmältä toiselle. Erityisesti on keskusteltu joidenkin tehtävien siirtämisestä lääkäreiltä terveydenhoitajille ja sairaanhoitajille. Samalla kun mietitään työtehtävien ja vastuiden siirtämistä ammattiryhmältä toiselle, on tarkasteltava myös ammattiryhmien yhteistyötä. Vastuiden siirtämisessä hoitotyöntekijöille keskeisiä kysymyksiä ovat, millaiseen tietoon työ pohjautuu ja millaista osaamista työn tekemisessä tarvitaan. Lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden mahdollinen työtehtävien ja hoitovastuiden uudelleenjärjestely edellyttää huolellista valtakunnan tason valmistelua ja selkeitä linjauksia. (Leiwo–Papp–Heikkilä 2006: 932-933.)

Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittämisen tarkoituksena on, että hoito olisi potilaslähtöisempää ja potilaan ohjaus paranisi. Tavoitteena on laboratoriokokeiden kontrollivälin optimoiminen ja virhemahdollisuuksien väheneminen. Toiminnan kehittämisen myötä oletuksena on myös puhelinliikenteen väheneminen, kun Marevanpotilaat eivät kysy tuloksia ja Marevan® annostusta toimistosta. (Puhakka 2011.) Tämä tutkimus on osa Helsingin kaupungin terveysasemilla toteutettavaa projektia ”Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen.” Tämän tutkimuksen

tarkoituksena on kuvata tehtävänsiirtoa lääkäriltä hoitajalle antikoagulaatiohoitoa saavan potilaan hoidossa.

## **2 Taustoitus**

### **2.1 Lait, organisaation ohjeistukset, suosituksia tehtävänsiirtoihin liittyen**

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua, potilasturvallisuutta sekä vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä. Lain tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa, edistää terveystalouden saatavuutta, tehokasta tuottamista ja kehittämistä sekä vahvistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä ja asiakaslähtöisyyttä sekä potilaan ja asiakkaan asemaa. Potilaan hoito toteutetaan avohoidossa silloin, kun se on potilasturvallisuus huomioon ottaen mahdollista.

Terveydenhuoltolaissa määritellään, että kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Toimintayksikön johdon on tuettava eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä laadukkaan ja turvallisen hoidon turvaamiseksi. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994: 2§) antaa mahdollisuuden siirtää tehtäviä tarpeen mukaan ammattiryhmältä toiselle. Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua, varmistamalla ja valvomalla, että laissa tarkoitettulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus riittävä pätevyys toimia terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävissä sekä helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. (Laki 559/1994.)

Tehyn julkaisussa "Työnjakomallit" selvennetään käsitettä laajennetaanko tehtävänkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. Laajennettuihin tehtäväkuviin ja tehtäväsiirtoihin liittyvät muutokset ovat johdettavissa organisaatioiden palvelu- ja henkilöstöstrategioista ja ne koskettavat koko työyhteisöä. Tarkoituksena on työyhteisön toiminnan tehokkuuden ja suorituskyvyn lisääminen sekä työntekijän työssä jaksamisen tukeminen. Laajennetulla tehtäväkuvalla tarkoitetaan tietyn henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista laajentamalla tehtäväaluetta ja kehittämällä osaamista. Toimenkuvan edellyttämät tehtävät eivät sisälly peruskoulutukseen. Näitä on esimerkiksi lääkäreiltä siirretyt tehtäväkokonaisuudet. Tehtäväsiirrolla tarkoitetaan tietylle henkilöstöryhmälle aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä jonkun toisen henkilöstöryhmän tehtäviin. Nämä tehtävät sisältyvät osin peruskoulutukseen. Näitä ovat jonkun muun hoitohenkilöstön tehtävien siirtämistä toisen ammattiryhmän edustajalle. (Haapa-Aho–Koskinen–Kuosmanen 2009: 5–23.)

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä työnjaosta ja hoidon porrastuksessa on olemassa suosituksia. Avoterveydenhuollolla on päävastuu perussairauksien ja altistavien tekijöiden seulonnasta ja hoidosta. Valtaosassa eteisvärinää sairastavilla potilailla seuranta voidaan toteuttaa avoterveydenhuollossa. Erityistä huomiota on kiinnitettävä yleisimpien eteisvärinälle altistavien liitännäissairauksien hoitoon, kuten kohonnut verenpaine, diabetes, sepelvaltimotauti ja sydämen vajaatoiminta. Akuutin eteisvärinäkohtauksen hoito ja sähköinen rytminsiirto vaatii anestesian, minkä takia se soveltuu vain harvoin avoterveydenhuollossa tehtäväksi. Lääkkeellinen rytminsiirto voidaan tehdä hyvin varustetuissa terveyskeskuksissa. ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).) Antitrombootteja käyttävä potilas joutuu yhä useammin erilaisiin akuutteihin tilanteisiin ja ennalta suunniteltuihin toimenpiteisiin.



Hyvän potilasohjauksen on osoitettu vähentävän komplikaatioita ja kuolleisuutta. Potilasohjaus on todettu useimmiten olevan kuitenkin vaillinaista. (Karjalainen 2011.)

## 2.2 Kohdeorganisaatio

Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveysvirasto käsittää 25 terveysasemaa, joista kahdella haastattelut tehtiin. Helsingissä ollaan siirtymässä asiakkaiden antikoagulaatiohoidon omahoitoon sähköisen hoitopalautejärjestelmän turvin. Siirto tapahtuu kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa hoitajat koulutetaan antikoagulaatiohoidon toteuttamiseen ja toisessa vaiheessa hoitajat kouluttavat asiakkaita itse huolehtimaan omasta antikoagulaatiohoidostaan sähköisen hoitopalautejärjestelmän avulla. Tämän tutkimuksen haastattelujen tekovaiheessa Helsingin terveysasemilla oltiin jo siirrytty toiseen vaiheeseen, eli hoitajat olivat aloittaneet potilasryhmien kouluttamisen antikoagulaatiohoidon omahoitoon. Varsinainen tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle oli alkanut haastateltavilla terveysasemilla puolitoista vuotta aikaisemmin eli toisella terveysasemalla loppuvuodesta 2010 ja toisella alkuvuodesta 2011.

## 2.3 Aikaisempia tutkimuksia tehtävänsiirrosta

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (Hus) toteutetussa hankkeessa, Lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä, oli tarkoituksena muun muassa laatia malli ja suositukset, miten hoitajavastaanotto toiminta tulisi järjestää Hus:ssa ja miten työnjaon muutoksiin liittyvien toimintojen toteuttamiseen liittyvä koulutus tulisi järjestää sekä miten osaamisen, toimivaltuudet ja vastuut todennetaan. Lääkärien mielestä hoitajavastaanotolla toimiminen edellyttää hoitajalta motivaatiota, pitkää työkokemusta ja ammatillista lisäkoulutusta. Sairaanhoitajien nykyinen peruskoulutus arvioitiin olevan liian teoreettinen eikä sen katsottu kaikilta osin vastaavan käytännön tarpeita. Tutkimuksen mukaan lääkärit pitäisivät edelleen itsellään diagnostiikan, hoitomääräykset, hoidon vaikuttavuuden seurannan ja reseptien kirjoitusoikeuden. Tutkimuksessa todettiin hoitajavastaanotto toiminnan sekä helpottaneen, että vaikeuttaneen lääkärin työtä. Potilaan hoidon todettiin parantuneen, kun neuvontaa ja

ohjausta voitiin siirtää hoitajille. Tällöin lääkäreille jäi enemmän aikaa potilaan kanssa keskusteluun. Vastaanottotyö tuli joustavammaksi ja pysyi paremmin aikataulussa ja potilasjonot lyhenivät. Tutkimuksen mukaan lääkäreiden potilasaineisto muuttui vaikeammin hoidettaviksi kun helpompihoitoiset potilaat ohjautuivat hoitajille. Hoitajien tekemät konsultaatiot lisääntyivät, joka kuormitti osaa lääkäreistä. Työnjaon uudistaminen mahdollistaa työn kuormituksen tasaisemman jakautumisen eri henkilöstöryhmien välillä. Hyvällä yhteistyöllä on mahdollisuus päästä kaikkien osapuolten kannalta parhaisiin tuloksiin. (Kärkkäinen–Tuominen–Seppälä–Karvonen 2006: 2647-2652.)

Antikoagulaatiohoidon siirtyminen lääkäriltä hoitajalle projektin toisen vaiheen tarkoituksena oli, että hoitajat opettivat kaikki ne Marevania® käyttävät potilaat, jotka kykenivät, Marevan® lääkityksensä omahoitoon. Verovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto (VeTePO) hankkeessa selvitettiin näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistamista ja potilasohjauksen tuloksellisuuden parantamista siten, että potilas kykenee hallitsemaan omaa terveysongelmaansa, osallistumaan omaan hoitoonsa sekä tekemään terveyttään ja hoitoaan koskevia päätöksiä. Potilasohjaus on yksi hoitamisen ydintehtävistä. Se kuuluu potilaan oikeuksiin ja sen toteuttaminen hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen. Potilasohjaus vaatii henkilökunnalta osaamista hallita potilaan ohjausprosessin eri osa-alueet aina sairaalan tulovaiheesta jatkohoidon järjestämiseen. Ohjaustarpeen diagnostiikkaa kehittämällä on mahdollista luoda yhtenäiset ohjaustarpeen määrittelyyn sopivat menetelmät ja toteuttaa niiden perusteella potilasohjausta. (Lipponen 2009.)

Kahdella sivuterveysasemalla toteutetussa tutkimuksessa selvitettiin, kuinka terveysaseman hoitaja toimii, silloin kun terveysasemalle ei ole saatu lääkäriä. Tutkimuksessa muodostettiin lääkäri-hoitaja työparit, jotka sitoutuivat tehtävänsiirtoon. Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena. Tuloksista selvisi, että hoitajat pystyivät ainakin alustavasti toteuttamaan 70% kohtaamastaan asiointitarpeesta terveysaseman palvelupisteen työntekijöinä. Puhelimen käyttö etäasioinnissa oli yleistä, etenkin naiset, lasten vanhemmat, nuoret, nuoret aikuiset ja iäkkäät suosivat puhelimen käyttöä. (Jaatinen–Vanhatalo–Tasanko 2002: 2795-2799.)

Australiassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin puutteita laskimotukosten riskianalyysin teossa, koska potilaita hoitaa kirjava joukko eri ammattiryhmien edustajia. Riskianalyysin teko on kuitenkin tärkeää, sillä silloin voidaan estää vakavia, jopa kuolemaan johtavia haittoja. Australian sairaaloissa on aikaisemmin ollut puutetta systemaattisesta näkökulmasta laskimotukoksen ennaltaehkäisyssä. Akuuttihoitossa otettiin käyttöön hoitajajohteinen laskimoperäisen tukoksen riskianalyysin ja ennaltaehkäisyn huomioiminen. Tutkimuksen mukaan hoitajilla, jotka ovat sitoutuneet riskien arvioimiseen ja ennaltaehkäisyyn on suuri merkitys laskimoperäisen tukoksen ilmaantumisen ehkäisyssä sekä komplikaatioiden vähenemisessä. Hoitajien suorittama laskimoperäisen tukoksen ennaltaehkäisy vaati hoitokulttuurin muutoksen ja muutoksen hoitajan rooliin. (Collins–MacLellan L–Gibbs–MacLellan D–Fletcher 2010: 83-89.)

Englannissa on terveydenhuollossa tapahtunut suuria muutoksia, terveydenhuollon painopistettä on muutettu enemmän kuntien vastuulle. Hoitajalähtöinen palvelu on vakiintuneet koko maahan ja esimerkiksi syvien laskimotukosten ja keuhkoembolian hoidossa hoitajat ovat vahvasti mukana. (Bacon 2011:172–179.) Sairaanhoidajien vastaanotto toiminta käynnistyi ensimmäiseksi Iso-Britannian ja Yhdysvaltain perusterveydenhuollossa 1980 luvulla. Sairaanhoidajan vastaanotosta vastaa sairaanhoidaja tai terveydenhoitaja itsenäisesti. Näkökulma poikkeaa lääkärivetoisesta toiminnasta siten, että se on kokonaisvaltaisempaa, ennaltaehkäisevämpää ja ohjaavampaa. Hoitotyön toiminta on tällaisella vastaanotolla potilaan terveydentilan arviointia, seuranta, terveysterveystoimintaa ja ohjausta. (JBI The Joanna Briggs Institute 2010.) Hoitajan vastaanoton hoitotyön laadun on todettu olevan vähintään yhtä hyvää kuin lääkärin vastaanoton ja joiltakin osin jopa parempaa (Horrocks–Andersson–Salisbury 2002).

#### 2.4 Verisuonitukokset

Keuhkoembolia ja alaraajan syvä laskimotukos ovat saman sairauden ilmentymiä, joiden pahin komplikaatio voi johtaa jopa kuolemaan. Tyypillisiä keuhkoembolian oireita ovat hengenahdistus, rintakipu tai synkopee joko yksin tai yhdistelmänä. Laskimotukoksen tyypioire on paikallinen kipu, ja löydöksiä turvotus sekä lämpö- ja väriero oireettomaan raajaan verrattuna. Kun laskimotukos ja keuhkoembolia

diagnosoidaan ja asianmukainen hoito aloitetaan, uusiutuminen on harvinaista ja kuolleisuus pieni lukuun ottamatta niitä keuhkoembolia tapauksia, joissa verenkierto on alkuvaiheessa häiriintynyt. Valtaosa kuolemista liittyy diagnosoimattomiin tapauksiin. Keuhkoembolian ja laskimotukoksen yleisimpiä riskitekijöitä ovat yli 40 vuoden ikä, aiempi laskimotromboembolia, yli 30 minuutin anestesian vaativa leikkaus, pitkittynyt immobilisaatio, aivohalvaus, kongestiivinen sydämen vajaatoiminta, syöpä, lantion, reisi- tai sääriluun murtuma, alaraajan kipsi, liikapaino, raskaus tai äskettäinen synnytys, estrogeenihoito, tulehduksellinen suolisairaus ja perinnöllinen tai hankittu tukostaipumus. (Harjola 2005: 93–96.) Noin 10 % keuhkoembolioista johtaa kuolemaan tunnin kuluessa ja noin 5 % myöhemmin huolimatta oikeasta diagnoosista ja asianmukaisesta hoidosta. Keuhkoembolian aiheuttaa sydämen oikean puolen vajaatoimintaa noin puolella potilaista, mikä on yhteydessä viisinkertaiseen sairaalakuolleisuuteen. Puolet keuhkolaskimoiden tukoksista sulaa neljän viikon hoidon aikana ja verenvirtaus palaa normaaliksi kahdella kolmasosalla potilaista. Huolimatta antikoagulaatiosta noin 5 %:lle ilmaantuu keuhkoverenkierron hypertensio. (Ahonen 2009:514–20.)

## 2.5 Antitromboottinen lääkitys

Suomessa oraalista antikoagulaatiohoitoa (varfarin, Marevan®) käyttää noin 2% väestöstä, ja määrä kasvaa kymmenesosalla vuosittain. Lääkkeen pieni terapeuttinen leveys, annostarpeen huomattava vaihtelu ja erityinen potilasohjauksen tarve ovat varfariinin käytön ja hyvän hoitotuloksen saavuttamisen erityisiä haasteita. (Joutsikorhonen–Lassila–Savolainen 2010.) Väestön ikääntymisen myötä antikoagulaatiohoitoa saavien määrä on lisääntynyt 10 % viimeisen kymmenen vuoden aikana. Taustalla ovat lisääntynyt tieto antikoagulaatiohoidon hyödyistä ja väestön ikääntyessä yleistyvät antikoagulaatiohoidon indikaatioihin liittyvät sairaudet. Näistä tavallisin on eteisvärinä. (Åhman 2005: 19–22.)

Suomessa kirjoitettiin vuonna 2010 124 000 Marevan® reseptiä. Käytön odotetaan lisääntyvän viisi– kymmenen prosenttia vuodessa. Helsingissä arvioidaan olevan antikoagulaatiohoidon piirissä 10000 potilasta, joille tehdään vuosittain noin 124000 INR- koetta. Antikoagulaatiohoitoon lisäkoulutuksen saaneet lähihoitajat, perushoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat vastaavat niiden potilaiden hoidosta, joiden

hoitotasapaino on hyvä ja hoidon riskit pienet, mutta jotka eivät kykene annostelemaan Marevan®-lääkitystään itse. (Puhakka 2011:7.)

Antitromboottinen lääkitys koostuu antikoagulanteista ja verihiutaleiden estäjistä, joita käytetään tilanteesta riippuen erikseen tai yhdistelminä tromboosin estoon tai sen hoitoon. Peruseriaatteena on antikoagulaatiohoidon käyttö hitaan virtauksen alueella syntyneiden tukosten estossa ja verihiutaleita estävä lääkitys torjumaan valtimotukoksien syntyä suurten virtausvoimien suonissa. Tuoreen tukoksen hoito perustuu antikoagulaatioon laskimopuustossa tai eteisvärinän aiheuttamassa aivo- tai alaraajavaltimon embolisaatiossa. Akuutin tukoksen hoidon jälkeen jatkohoitoratkaisut tehdään etiologian perusteella ja ottamalla huomioon potilaan muut aikaisemmin sairastetut tukokset. (Lassila 2005: 36–40.)

Jos potilaalla on yksikin tromboembolisille komplikaatioille altistava riskitekijä suositellaan varfariinihoitoa. Varfariinia suositellaan aivohalvauksen estolääkkeeksi kaikille eteisvärinäpotilaille lukuun ottamatta alle 60 vuotiaita itsenäistä eteisvärinää sairastavia, joilla aivohalvauksen vaara on pieni. Sydänperäisen embolisaation ja aivohalvauksen vaara on yhtä suuri oireettomassa ja oireisessa eteisvärinässä, minkä takia antikoagulaatiohoitoa ei saa unohtaa oireettomissakaan tapauksissa. Kohtausittaisessa eteisvärinässä aivohalvauksen vaara on yhtä suuri ja liittyy samoihin riskitekijöihin kuin pysyvässä eteisvärinässä. Eteislepatuksessa tromboembolisten komplikaatioiden vaara on ilmeisesti hiukan pienempi kuin eteisvärinässä mutta kuitenkin niin suuri, että hoitosuositus on sama kuin eteisvärinässä. ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi))

Varfariini on yleisin suun kautta otettava K-vitamiinin vastavaikuttaja. Varfariinihoito on haastavaa annostella sen kapean terapeuttisen leveyden vuoksi ja yhteensopivuuden erilaisten lääkkeiden ja ruoka-aineiden kanssa, minkä vuoksi tarvitaan jatkuvia laboratoriokokeita otettavaksi. Yhdysvalloissa vuonna 2006 sai varfariinihoitoa 2.5 miljoonaa potilasta. (Cios–Baker–Sander–Coleman 2008.)

Sydänpotilaan pitkäaikainen antikoagulaatiohoito toteutetaan varfariinilla. Varfariini on K- vitamiinin vastavaikuttaja, jonka vaikutuksesta K- vitamiinista riippuvaisten hyytymistekijöiden synteesi häiriintyy ja toiminta heikkenee. Samalla estyy myös K-

vitamiinista riippuvaisten luonnollisten antikoagulanttien synteesi. Antikoagulaatiohoito estää n. 60 % eteisvärinäpotilaiden aivohalvauksista ja ASA 20 %. (Mustonen 2005:8–12.)

### **3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ja kokemuksia tehtävänsiirrosta lääkäriltä hoitajalle antikoagulaatiohoitoa saavan potilaan hoidossa. Tavoitteena oli hankitun tiedon avulla kehittää antikoagulaatiohoitoa saavien potilaiden hoitoa.

### **4 Menetelmät**

#### 4.1 Aineisto

Aineisto kerättiin haastattelemalla terveyskeskuslääkäreitä ja terveydenhoitajia omissa ammattiryhmissään. Haastattelut tehtiin neljässä ryhmässä, joista kaksi oli lääkäreiden ja kaksi hoitajien ryhmiä.

Haastateltavat kerättiin tutkimukseen siten, että projektin koordinaattori lähetti Helsingin terveysasemille tutkimussuunnitelman sekä tiedotteen, jossa kerrottiin tarkemmin haastattelun tarkoituksesta ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Projektikoordinaattori ilmoitti haastattelijalle, millä terveysasemilla haastattelut voitiin tehdä. Haastattelupaikkojen varmistuttua haastattelija antoi ennen haastattelun alkua kaikille osallistujille kirjallisen suostumuslomakkeen haastatteluun osallistumisesta, jonka he allekirjoittivat.

Haastatteluihin osallistui yhteensä 20 (=n) henkilöä, joista lääkäreitä oli 10 ja terveydenhoitajia 10 kahdelta terveysasemalta. Työkokemusta haastateltavilla oli 3 kk

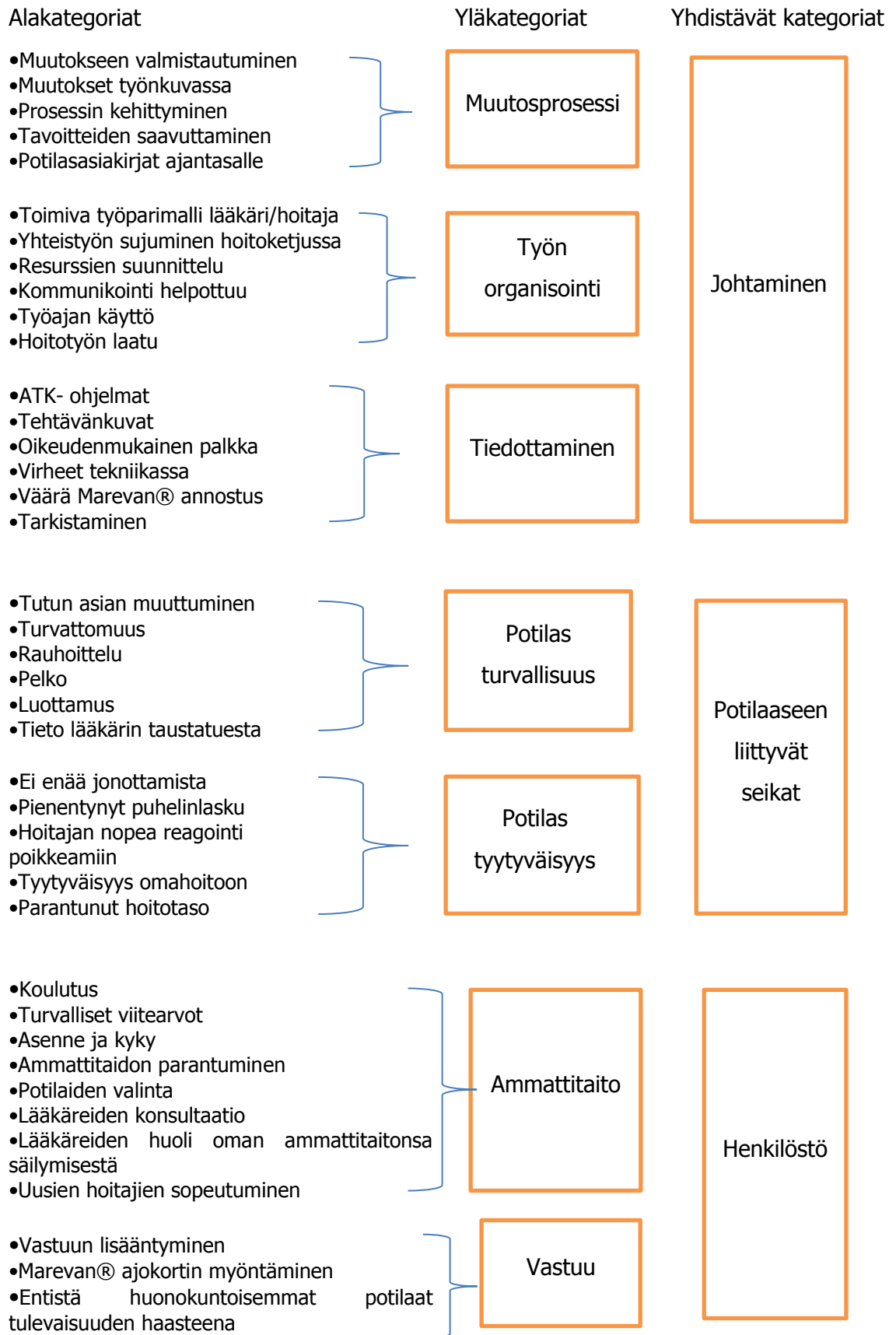
– 35 vuotta. Tutkimukseen osallistuvilla lääkäreillä kolmella oli työkokemusta alle 5 vuotta, kahdella 6–15 vuotta ja neljällä yli 20 vuotta työkokemusta. Terveystenhoitajista oli kuudella alle 5 vuotta, kolmella 6-15 vuotta ja yhdellä yli 20 vuotta työkokemusta.

#### 4.2 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysi menetelmällä. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanasta sanaan. Aineiston litteroinnin jälkeen aineisto redusoidtiin eli etsittiin pelkistettyjä ilmauksia. Tämän jälkeen ilmaukset klusteroitiin eli etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia ilmauksista. Analyysiyksikkönä käytettiin kokonaisia lauseita tai pieniä asiakokonaisuuksia. Nämä ryhmiteltiin alaluokiksi. Tämän jälkeen aineisto abstrahoidtiin eli käsitteellistettiin alaluokkia yhdistämällä yläluokiksi. (Tuomi–Sarajärvi 2004.) Aineiston litteroinnin jälkeen aineisto luettiin huolellisesti läpi moneen kertaan, kunnes tutkijalle muodostua käsitys sisällöstä. Tämän jälkeen kaikki pelkistetyt ilmaukset yhdisteltiin ja kerättiin samankaltaisia asioita omiin ryhmiinsä. Näille ryhmille eli alakategorioille annettiin niitä kuvaavia nimiä. Alakategoriat yhdistettiin suuremmaksi ryhmäksi, jotka ilmaisivat samankaltaisia asioita. Näin muodostuivat yläkategoriat.

### **5 Terveystenhoitohenkilöstön käsityksiä tehtävänsiirrosta lääkäriltä hoitajalle**

Tuloksina muodostui kolme yhdistävää kategoriaa. Nämä kategoriat nimettiin niitä kuvaavilla nimillä, joita olivat johtaminen, potilaaseen liittyvät seikat ja henkilöstö.



Kuvio 1 Tehtävänsiirtoon liittyviä tekijöitä kuvaavia kategorioita.



## 5.1 Johtaminen

Johtaminen koostui seuraavista alakategorioista: muutosprosessi, työn organisointi ja tiedottaminen.

### 5.1.1 Muutosprosessi

Ensimmäisessä vaiheessa hoitajavastuuseen siirrettiin ne potilaat, joiden INR arvot olivat olleet kolme perättäistä mittausta hyvällä hoitotasolla ja Marevan® hoito oli vakaalla pohjalla. Suurin osa näistä potilaista oli eteisvärinä eli flimmeripotilaita. Ensimmäisen kierroksen jälkeen siirrettäviin kuuluivat esimerkiksi keinoläppäpotilaat, joiden hoitotaso oli vakaa eikä heillä ollut mitään muitakaan hoitoon liittyviä ongelmia. Myös aktivoitu proteiini -C (APC)- resistenssipotilas, jonka INR oli tasainen voitiin siirtää hoitajalle. Niitä potilaita, joiden Marevan® hoito kesti vain kuusi kuukautta ei alussa siirretty hoitajille, mutta myöhemmässä vaiheessa myös ne voitiin siirtää. Sellaisia potilaita, joiden INR arvo vaihteli tai heillä oli jotain muuta erikoista ongelmaa ei voitu siirtää ollenkaan hoitajavastuuseen.

Ennen tehtävänsiirtoja lääkäreiden piti tarkistaa ja korjata potilaittensa lääkelistat ja tehdä tiivistelmät ja hoitosuunnitelmat potilaista ennen hoitajavastuuseen siirtämistä. Tämä vaihe työllisti lääkäreitä paljon. Siirto tapahtui pikkuhiljaa, eikä kaikkia Marevan® potilaita siirretty kerralla. Lääkärit siirsivät potilaita eri tahtiin, sillä alussa kaikki lääkärit eivät halunneet luopua Marevan® potilaistaan. Jotkut lääkärit halusivat siirtää liian herkästi, ja välillä potilaita jouduttiin palauttamaan takaisin lääkärille, koska kaikkia tarvittavia muutoksia ei oltu tehty.

Siirtovaihe työllisti hoitajia, sillä heidän piti muuttaa kaikkien Marevan® potilaiden laboratoriolähetteet niin, että niissä oli hoitaja vastauksen saajana lääkärin tilalla. Terveysasemilla oli useita satoja Marevan® potilaita, joten tämä työllisti hoitajia aika paljon. Laboratoriolähetteiden kanssa oli alussa ongelmia. Hoitajan tekemästä uudesta läheteestä huolimatta lääkärit saivat tuloksia omiin sähköposteihinsa hoitajan sijasta. Sekaannusta tapahtui, jos potilaalla oli samanaikaisesti voimassa jokin vanha lähete. Tämä työllisti lääkäreitä turhaan, kun heidän piti tarkistaa, oliko Marevan® annostus määrätty ja sen jälkeen poistaa tieto tulospostistaan.

Marevanin® annostelun siirtymistä lääkäriltä hoitajalle ei koettu taakkana silloin, kun siihen oli varattu riittävästi aikaa. Hoitajien työnkuva oli muuttunut selkeästi melko lyhyessä ajassa aikaisemmasta vastaanottotyöstä. Muutos koettiin positiiviseksi, sillä työ oli muuttunut sisällöltään vaihtelevammaksi. Hoitajat olivat tottuneet jatkuvaan muutokseen ja hyväksyneet sen, mutta Marevanin® annosteluun liittyvän tehtävänsiirron koettiin tulleen ”puun takaa”, eikä siihen oltu ehditty paneutua kunnolla, kun se jo oli käytännössä.

*”Lisää työmäärää tulee, mutta toki se on sitten otettu huomioon meidän työlistoissa, että meillä on aikaa soittaa niitä annostuksia.”*

Omahoitoryhmien pitäminen koettiin mielekkäänä lisänä normaaliin vastaanottotyöhön. Hoitajat kokivat, että mitä enemmän potilaita on omahoidossa se helpottaa heidän työtään. Toisaalta hoitajat kokivat olevansa puristuksissa sekä ylhäältä että alhaalta tulevien tehtävänsiirtojen välissä. Heillä pitäisi olla mahdollisuus myös siirtää joitakin töitä muille ammattiryhmille. He kokivat, että työtehtäviä tulee lisää, mutta mitään ei lähde pois. Hoitajat totesivat, että vaikka tehtävänsiirroista saisi lisäkorvausta, niin kaikkea ei ehdi tehdä. Liiallisten tehtävänsiirtojen koettiin vaikuttavan hoitajien työn järjestelyyn ja mielekkyyteen sekä omaan jaksamiseensa.

*”Tehtävänsiirrot ylhäältä alaspäin, jos ajatellaan tällaista, niin sen pitäis näkyä, että jos vastuuta lisätään meille, niin meillä pitäisi olla mahdollisuus siirtää jotakin sitten alas päin, koska kaikkea ei voi kuormittaa tai kasata yhteen portaaseen.”*

Alussa, kun hoitajat opettelivat Marevanin® annostelua, lisääntyi lääkäreille tulevien konsultaatioiden määrä, mutta nykyisin se on helpottanut. Hoitajavastuuseen siirtyminen on vähentänyt lääkäreiden rutiinitöiden määrää ja helpottanut heidän työtään, kun enää ei ole niin paljoa tulospostin lukemista kuin aikaisemmin. Työtä on helpottanut myös se, että enää ei tarvitse selata sellaisten potilaiden tietoja, joita lääkäri ei tunne entuudestaan, kun ei tarvitse laittaa heidän Marevan® annostustaan.

*”No tietysti ainakin lääkärille postin lukemiseen, niitä ei tule, kun lääkäri on poissa, niin silloin helpottaa, kun ei tunne potilaita niin silloin vähän enemmän joutuu papereita lukemaan. Kun ne on siirretty hoitajalle, vähentää se lääkärin työtä.”*

Lääkärit kokivat, että Marevanhoidon siirtyminen hoitajalle teetti lääkäreille alussa lisätyötä, kun heidän piti tarkistaa kaikkien Marevan potilaiden lääkelistat ajantasalle, sekä käydä läpi potilaiden sairaskertomukset ja kirjoittaa tiivistelmät sekä puuttuvat hoitosuunnitelmat valmiiksi. Lääkärit kokivat sen kannattavaksi tehdä, sillä näin heidän tuli perehdyttyä ja tarkistettua paremmin potilaidensa asioita. Lääkärit arvioivat sen helpottavan työskentelyä tulevaisuudessa. Toiset lääkärit olivat sitä mieltä, että Marevanin® annostelu oli vaihtelua myös heidän työhönsä ja oli heiltä pois, kun se siirtyi hoitajalle. Jotkut olivat myös sitä mieltä, että aikaisemmin oli nopeaa vain laittaa Marevan® annostus, jonka jälkeen muut tahot hoitivat loput. Nyt he joutuivat myös laittamaan e-kirjeen niiden potilaiden osalta, jotka olivat edelleen lääkärivastuussa, ja se hidasti lääkärin työtä. Toisaalta kun e-kirjeen lähettämisen oppi, ei se vienyt enää niin paljoa aikaa, ja saattoi jopa nopeuttaa työtä. Lääkäreiden mukaan mitä enemmän potilaita saatiin hoitajavastuuseen, helpotti se lääkärin työtä niiltä osin. Lääkäreiden arvio oli, että hoitajat olivat ilmeisen tyytyväisiä tehtävänsiirtoon, koska eivät olleet kuulleet hoitajien yhtään valittavan asiasta.

Alussa tehtävänsiirron nähtiin kuormittavan puhelinliikennettä, kun potilaat soittivat ja varmistivat vastausten saamisen. Tämän arveltiin rauhoittuvan siinä vaiheessa, kun potilaat oppivat luottamaan e-kirjeen tuloon parin päivän kuluttua laboratoriossa käynnistä. Hoitajat arvioivat oman työajan hallinnan parantuneen, kun enää ei tarvinnut yrittää saada potilasta puhelimitse kiinni, vaan INR tuloksen voi katsoa tulospostista ja laittaa annostuksen e-kirjeellä potilaalle sopivassa välissä. Positiivisena koettiin, että Marevanin annostelu® menee yhden ihmisen kautta, kun siihen aikaisemmin saattoi mennä jopa kolmen ihmisen työpanos. Aikaisemmin lääkäri laittoi annostuksen potilastietojärjestelmään, potilas soitti annostuksen joko toimistosta tai hoitajalta ja tuli vielä hakemaan ohjeen kirjallisena toimistosta.

Eriyisen kuormittavana hoitohenkilöstö koki loma-ajat ja poissaolot, jolloin paikalla oleva henkilöstö joutuu katsomaan poissaolevienkin tulospostit ja laittamaan näidenkin potilaiden Marevan® annostelut. INR tulosten määrä saattoi jopa kaksinkertaistua normaaliin verrattuna, jolloin niitä ei enää ehtinyt tekemään missään välissäkään vaan niitä oli jäätävä tekemään työpäivän päätteeksi ylitöinä.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) määräyksen mukaan lääkäreiden tuli tarkistaa ja korjata potilaiden lääkelistat, sillä THL tarkkailee jatkossa suoraan potilaiden käyttämien lääkkeiden määriä. THL tarkkailee, kuinka moni potilas syö alle viisi tai yli 20 lääkettä. Lääkelistojen ”siivousta” ei siis tehty ainoastaan sen takia, että Marevan® hoito siirtyi hoitajavastuuseen. Muutoksen tavoitteena oli, että 30.9.2012 olisi terveysasemien Marevan® potilaista 60% hoitajavastuussa, 30% omahoidossa ja 10% lääkäriavustuksessa hoidossa. Joillakin Helsingin terveysasemista oltiin jo saavutettu tavoite, mutta joillakin alueilla oli ongelmaksi muodostunut hoitajien resurssipula, eivätkä kaikki hoitajat olleet läpäisseet vielä Marevanin® annostukseen liittyvää näyttökoetta. Haastattelujen teko hetkellä siirrot oli vasta menossa, joten siellä oli vaikea arvioida lukumääriä. Tavoitteena oli, että syksyllä 2012 valtaosa Marevan® potilaista sai INR vastauksen ja Marevan® annostuksen kotiin e-kirjeellä ja vain poikkeustapauksessa potilaalle soitettiin kotiin tai potilas soitti vastauksen terveysasemalta.

#### 5.1.2 Työn organisointi

Edellytyksenä tehtävänsiirron onnistumisessa olivat johdon selkeät ohjeet. Tutkimus osoitti, että johdon puolelta saatiin ristiriitaista informaatiota tehtävänsiirroista. Osa lääkäreistä oli siirtänyt koko ajan, kun osalla oli tieto, ettei toistaiseksi voitu siirtää. Ristiriitaista tietoa oli myös siitä, ketä voitiin siirtää hoitajavastuuseen. Toisaalta osalla lääkäreistä ei ollut hoitajaparia tai hoitajapari oli lähi- tai perushoitaja tai osa-aikainen hoitaja, mikä saattoi vaikuttaa siirtoihin. Silloin kun lääkärin työparina oli lähi- tai perushoitaja Marevanin® annostelun teki joku muu terveydenhoitaja.

Yhteneviä ohjeita kaivattiin tilanteessa, jossa potilas oli lääkäriavastuussa ja lääkäri laittoi vain vastauksen koneelle potilastietojärjestelmään, mutta ei lähettänyt e-kirjettä. Tämä lisäsi toimiston puhelintyötä, potilaiden soitellessa vastauksia toimistosta, koska he eivät saaneetkaan e- kirjettä kotiin. Lääkärit eivät alussa osanneet huomioda, että e-kirje piti lähettää kaikille potilaille ja vain poikkeustapauksissa potilas sai vastauksen jollain muulla tavalla.

Lääkäri-hoitajatyöparimallin kehittämistä pidettiin tärkeänä. Vastuita siirrettäessä oli tärkeää, että keskusteluyhteys toimi moitteettomasti ja se edellytti hyvää työparimallia. Hoitajat kokivat, että hyvässä työparimallissa voi kehittyä ammatillisesti.

*"Ja minusta se vaatii myös sen, että lääkäri-hoitaja työparimallia kehitetään, että jos tällaisia vastuita siirretään, niin meillä pitäisi olla hyvä työparimallista, että se keskustelu yhteys toimii ihan milloin vaan ja miten vaan."*

Selkeyttä kaivattiin, kuinka hoitajan poissa ollessa toimittiin, oli jonkin verran epäselvyyttä, kuka silloin hoiti Marevanin® annostelun. Etenkin silloin, kun tulokset vielä soitettiin potilaalle, ennen e-kirjeiden tuloa, saattoi puhelu jäädä tekemättä. Sama ongelma toistui lääkäreiden kanssa e-kirjeiden osalta. Omalääkärin poissa ollessa jäi sijaiselta e-kirje lähettämättä. Pääperiaatteena oli, että hoitajat katsoivat hoitajavastuisen potilaan Marevan® annostelun omahoitajan poissa ollessa ja lääkärit katsoivat lääkärivastuussa olevan potilaan Marevan® annostelun omalääkärin poissa ollessa.

Yhteistyön sujuminen kotihoidon kanssa todettiin tärkeäksi. Siinä esiintyi ongelmia, sillä lääkärit kokivat, että kotihoito kysyi paljon lääkäriltä vastauksia, vaikka potilas oli hoitajavastuussa ja sen koettiin työllistävän lääkäreitä turhaan. Etenkin, jos kotihoito ei tavoittanut potilaan omahoitajaa, konsultoivat he herkästi lääkäriä, vaikka tarkoituksena oli, että joku toinen hoitaja katsoi siinä tapauksessa vastauksen.

*"Kun kotihoidosta ne ottaa niitä ja sitten ne konsultoi meidän hoitajia niin, jos tää meidän hoitaja on poissa, niin siltä ne ei oo oikein tiennyt, että ketä ne konsultoi."*

Yleisesti hoitajat oli tyytyväisiä siihen, että lääkärit vastasivat konsultaatioihin ajoissa. Vain jonkin verran ilmeni ongelmia lääkäreiden vastaamisessa ajallaan konsultaatiopyyntöihin silloin kun potilaan INR arvo olisi sitä edellyttänyt ja hoitajat joutuivat kysymään useaan kertaan vastausta. Etenkin kesäaika koettiin haasteelliseksi, koska paikalla oli vain muutama lääkäri ja he vastasivat kaikkien poissa olevien tulosposteista. Kesäaikaa ennakoitiin siirtämällä mahdollisimman moni Marevan® potilas hoitajavastuuseen.

### 5.1.3 Tiedottaminen

Marevanhoitoon liittyvien turvallisuusriskien vähentämiseksi pidettiin hyvänä asiana, että mahdollisimman moni terveysasemalla tietää, kuinka Marevania® annostellaan. Tästä oli hyötyä virheen sattuessa tai läheltä piti tilanteessa, jolloin niihin voitiin puuttua jo ennen kuin mitään vakavampaa pääsi tapahtumaan. Näin voitiin pienentää vahinkojen mahdollisuutta. On kuitenkin inhimillistä, että vahinkoja voi sattua kenelle vaan. Potilasturvallisuuteen vaikuttavana tekijänä ilmaantui, että hoitohenkilökunta ei muistanut kääntää paperin tulostussuuntaa vaakatasoon, jolloin potilas ei nähnyt kaikkea hänelle tärkeää informaatiota, kuten seuraavan INR kontrollin päivämäärää. Tulostettaessa potilaalle e-kirjeenä hänen Marevan® annostusta, ei potilastietojärjestelmässä saanut tietoturva syistä olla huomiokentässä tallennettuna henkilötietoja. Osa hoitohenkilökunnasta olisi halunnut, että henkilötiedot ovat näkyvillä, mikä lisäsi potilasturvallisuutta, etteivät potilaat saa vääriä tulosteita. Tämä taas hidasti työtä, kun joutui jälkikäteen poistamaan potilaan tiedot listalta. Jos henkilötiedot eivät olleet näkyvillä, hoitohenkilökunnan täytyi varmistaa, että kyseessä oli varmasti oikea potilas, jolle Marevan® annostus lähetettiin e-kirjeellä.

Muutamia vääriä Marevan -kortteja lähetettiin potilaille, mutta näissä tapauksissa vältyttiin vakavilta virheilta, koska potilaat olivat itse huomanneet virheen ja olivat ottaneet yhteyttä terveysasemalle. Tulostusteksti oli liian pienellä, eikä potilaat nähneet lukea sitä, minkä vuoksi potilaat joutuivat käymään terveysasemalla tarkistamassa, mitä kirjeessä luki. Puutteelliset potilastiedot aiheuttivat ongelmia tekstiviestijärjestelmässä, jolloin viestit eivät tavoittaneet potilaita. Postin jakeluongelmien vuoksi potilaat eivät saaneet e-kirjeitä. Virheiden minimoimiseksi jotkut lääkärit olivat laittaneet tietojärjestelmään koodiksi kaikki mahdolliset vaihtoehdot, eli terveydenhoitajavastuu, lääkärivastuu, e-kirje ja potilas kysyy vastauksen terveysasemalta. Tällä he halusivat varmistaa, että potilas varmasti sai tiedon Marevan® annoksesta.

INR tuloksen lähettäminen e-kirjeellä vei hoitohenkilökunnalta aikaa enemmän, kuin perinteinen vastauksen kirjaaminen tietokoneelle. Ohjelman avaaminen ja sisään kirjautuminen sekä potilastietojen esille saaminen tapahtuivat hitaasti. Lääkärit kokivat, että ennen e-kirjeen tuloa Marevan® annostelun siirto hoitajalle helpotti ja nopeutti

lääkärin työtä, mutta e-kirjeen tulon jälkeen oli hidastanut, koska myös lääkärit joutuivat lähettämään e-kirjeitä niille potilaille, joista lääkäri oli edelleen vastuussa. Tilanteissa, jolloin kollega oli poissa ja lääkärille, joka oli tulospostin luku vuorossa, tuli myös poissaolevan tulospostit. Tällöin e-kirjeen lähettäminen kuormitti ja vei enemmän aikaa.

*”No, ennen sitä e- kirjettä, sanotaan helpottavasti, että osa meni sinne hoitajille. Mutta sitten, kun tämä e-kirje tuli, niin on pieni rasite, jotka ei ole siirtänyt hoitajalle. Itse joutuu tekemään sen e- kirjeen, kun on kuitenkin vähän niin kuin hidas. Se on mun mielestä nykyään hidastunut, kun etsii sitä ihmistä sieltä.”*

Hoitohenkilöstö koki rasiitteena, etteivät saa INR tuloksia omiin henkilökohtaisiin tulosposteihinsa vaan erilliselle listalle, johon tuli kaikki terveysasemalla otetut laboratoriovastaukset. Tämän koettiin hidastavan toimintaa, kun potilaiden tulokset jouduttiin hakemaan listalta ja seuraavan potilaan tuloksia haettaessa selaamaan lista aina alusta alkaen uudelleen. Tähän toivottiin muutosta, että lista jatkuisi siitä, mihinkä edellinen haku oli päättynyt.

Osalla hoitohenkilöstöstä Pegasos tietojärjestelmä toimii Citrix ohjelmalla, jonka kautta ei voinut lähettää e-kirjeitä. Tämä tuotti ongelmia ja hankaloitti toimintaa, kun työntekijä joutui vaihtamaan huonetta lähettääkseen e-kirjeen. Hankaluutena koettiin, että e-kirjeen lähettäminen vaati PDF ohjelman ja, silloin kun PDF ohjelma oli auki, ei normaali tulostaminen onnistunut. Alkuvaiheessa joillekin koneille PDF:n asentaminen vei kauan ja potilaat olivat ärtyneitä, kun he eivät saaneetkaan e-kirjettä kotiin. Hoitohenkilökunta toivoi, että Marevan® kortista pääsisi suoraan e-kirjeen lähettämiseen, ettei tarvitsisi avata erillistä ohjelmaa sitä varten.

Ongelmia koettiin Marevan® kortin kanssa, sillä siinä oli liian vähän tilaa tuloksille ja suurimman osan tilasta vei graafinen osio, joka oli lääkäreiden mielestä aivan turha. He olivat sitä mieltä, etteivät hoitajat eivätkä potilaat katso graafista osiota, ja että se oli siinä mainostarkoituksessa myymään sovellusta. Lääkäreiden arvio oli, etteivät potilaat osanneet eikä heitä kiinnostanut lukea graafista muotoa. Siinä näkyivät poikkeamat INR arvossa eri väreillä. Ongelmana Marevan® kortissa oli myös, että siinä näkyi vain neljä viikkoa kerrallaan, kun laittoi annostuksen kuudeksi –kahdeksaksi viikoksi, se ei näkynyt kortissa. Marevan® korttiin piti lisätä erikseen maininta, että entinen annostus

jatkuu kuusi–kahdeksan viikkoa. Myös ensimmäisen päivän annosmuutos ei näkynyt kortissa, mikä koettiin puutteeksi.

## 5.2 Potilaaseen liittyvät seikat

Potilaaseen liittyvät seikat koostuivat seuraavista alakategorioista: potilastyytyväisyys ja potilasturvallisuus.

### 5.2.1 Potilasturvallisuus

Potilaiden turvallisuuden tunteen parantaminen muutosvaiheessa koettiin tärkeänä. Hoitajien kertomana jotkin potilaat kokivat turvattomuutta ja hämmennystä vanhan tutun asian muuttuessa. Potilaat olivat hämmentyneitä siitä, että INR tulosta ei enää kysytä toimistosta, vaan vastaus tulee kirjeellä kotiin. Joillekin potilaille muutos aiheutti epävarmuutta ja vaati hoitajilta potilaan rauhoittelua. Etenkin potilaiden saama informaatiokirje sähköisestä asioinnista aiheutti levottomuutta. Väärinkäsityksiä syntyi, jotkut luulivat, että pitää omistaa ja osata käyttää tietokonetta, vaikka kirjeessä mainittiinkin, että INR tulos tulee paperisena versiona postitse kotiin. Potilaiden keskuudessa syntyi käsitys, hoitohenkilökunnan välinpitämättömyydestä hoitaa Marevan® potilaiden lääkehoitoa ja hylkäämistä oman onnensa nojaan.

*”Ja silloin alussa vanhemmat ihmiset, jotkut olivat ihan hysteerisiä, kun ne säikähti, että mikä tämä on, kun ne ei heti ymmärtänyt. Jotkut oli ihan oikeesti, että piti rauhoitella.”*

*”Sitä, että säilytetään omalle vastuulle, että terveydenhuolto ei enää välitäkään hoitaa Marevania.”*

Potilaiden luottamuksen säilyttäminen koettiin tärkeäksi seikaksi osana potilasturvallisuutta. Alkuvaiheessa potilaat soittivat varmistuakseen INR tuloksen saamisesta postitse. Hoitajien kokemuksena potilaiden luottamus oli parantunut ja varmistussoitot olivat vähentyneet. Potilaat olivat tottuneet aikaisemmin saamaan INR tuloksen samana päivänä, kun olivat käyneet laboratorioissa. Uuden tavan oppiminen tuotti vaikeuksia joillekin potilaille, vaikka heitä oli ohjeistettu ottamaan Marevan® entisellä annoksella, kunnes uusi annostus tulee postissa kotiin.



Hoitajien tekemiin Marevan® annostuksiin luotettiin ja potilailla oli luonteva suhtautuminen siihen, että he saavat annostuksen hoitajilta. Potilaiden luottamuksen ja turvallisuuden tunteen lisäämiseksi potilaita informoitiin siitä, että hoitaja konsultoi tarvittaessa lääkäriä epäselvissä tilanteissa, ja silloin kun INR arvo ei ollut viitearvojen sisällä. Potilaille ei arveltu olevan merkitystä sillä, laittoiko annostuksen lääkäri vai hoitaja, kunhan se oli oikein laitettu.

*”Hirveen hyvin potilaat on ottaneet vastaan sen, että on hoitajavastuinen hoito. Päinvastoin, niillä on jotenkin sellainen hyvin luonteva suhtautuminen.”*

*”Mä uskoisin, että sille potilaalle on ihan se ja sama, kuka sen annoksen määrittelee, kunhan se vaan on oikein määritelty.”*

*”Lähinnä se, että ne saa sen tuloksen, sillä on merkitystä.”*

Turhien välikäsien puuttuminen Marevanin® määrääjän ja lääkkeen käyttäjän välillä todettiin vähentäneen virhemahdollisuutta sekä lisänneen potilasturvallisuutta. Marevanhoidon oikeanlainen toteutuminen oli aikaisemmin ollut sen varassa, mitä potilas oli kuullut puhelimesta ja mitä hän oli paperille laittanut. Ainoastaan yhdessä tapauksessa esiintyi potilaalla epäluottamusta hoitajien ammattitaitoon määritellä Marevan® annostus, jolloin potilas halusi ehdottomasti, että lääkäri määritteli hänen Marevan® annoksensa. Poikkeavissa INR arvoissa hoitajien tuli kysytyä potilaalta tarkkaan, mikä asia hänen elämäntavoissaan oli mahdollisesti muuttunut. Hoitajien paneutuminen huolellisesti Marevan® annostuksen laittamiseen tuotti jopa tarkempia annosteluja, kuin lääkärin kiireessä antama annostus.

### 5.2.2 Potilastyytyväisyys

Puhelinliikenne vähentyi terveysasemalle päin, kun potilaat eivät enää soittaneet ja kysyneet INR tulosta ja Marevan® annosta toimistosta tai terveydenhoitajalta. Myös potilaiden kannalta oli hyvä, ettei heidän enää tarvinnut itse yrittää soittaa terveysasemalle, vaan heille joko soitettiin tai vastaus tuli e-kirjeellä kotiin postitse. Potilaiden tulosten saaminen nopeutui, sillä hoitajat soittivat yleensä nopeasti, kun tulos oli tullut tulospostiin. Jos INR arvoissa oli poikkeavaa, potilaat saivat yleensä myös ohjeistuksen Marevan® annostukseen saman tien. Puhelinkontakti koettiin

hyväksi hoitajan ja potilaan välillä silloin, kun oli tarvetta kysyä tai tarkistella potilaalta jotakin muutakin asiaa.

*"Onhan se huomattava helpotus, kun ne tietää, että hoitaja soittaa, niin ne tietää odottaa, eikä sitt soittele tosiaan tänne päin parin tunnin kuluttua, kun ne on labrassa käynyt."*

*"No, ei ainakaan tarvitse enää puhelimesta roikkua ja kysyä, että joko annostus on tullut, kun ne tietää, että kirje tulee."*

Potilaat saivat vastaukset helpommin, kun heidän ei enää tarvinnut jonottaa puhelimesta tai terveysasemalla, vaan he saivat INR tuloksen ja Marevan® annostuksen kirjeellä kotiin. Mitä enemmän potilaita oli sähköisessä järjestelmässä se helpotti ja nopeutti toimintaa terveysasemalla, puhelinliikenteen vähennyttyä. Potilaisiin sai helpommin yhteyden e-kirjeellä muissakin asioissa esimerkiksi, jos halusi pyytää potilasta käymään kontroleissa terveysasemalla. Heitä pystyi pyytämään ottamaan yhteyttä terveysasemalle tavallisen kirjeen sijasta e- kirjeellä. Tavallisen kirjeen lähettäminen tällaisessa tapauksessa oli hoitohenkilökunnalle monimutkaisempaa ja postiliikenne hitaampaa kuin e-kirjeellä, joten potilas sai tiedon nopeammin. Poikkeuksena oli, jos potilas kävi laboratoriossa perjantaina, niin e-kirje lähti vasta maanantaina.

Hoitohenkilökunnan kokemuksena oli, että lyhentyneet jonotusajat puhelimesta ja potilaiden puhelinlaskujen pieneneminen lisäsivät potilastyytyväisyyttä. Potilaat olivat tyytyväisiä myös itsehoito koulutuksiin, missä he saivat valmiuden ottaa vastuuta omasta Marevan® hoidostaan. Potilaat suorittavat ajokortin, jonka jälkeen he alkoivat saada INR verikokeen tuloksen, joka kuvaa veren hyytymisaikaa, tekstiviestinä puhelimeensa ja tuloksen perusteella säätelevät oman Marevan®annoksensa. Hoitajilla säilyi edelleen hoitovastuu ja he seurasivat laboratoriotuloksia, jotka he saivat tulospostiinsa. INR tuloksen perusteella hoitajat pystyivät tarkkailemaan omasäätelyssä olevien potilaidensa hoidon kulkua. Hoitajien nopea yhteydenotto poikkeavissa INR arvoissa lisäsi potilastyytyväisyyttä.

E-kirjeen tulo helpotti puhelinliikennettä ja hoitajan työ nopeutui lähettämällä e-kirjeellä tulokset, sillä usein potilaat halusivat kysyä tai kertoa muutakin asiaa samalla kertaa puhelimesta. Puhelut saattoivat venyä jopa kahdenkymmenen minuutin pituisiksi eikä tunnin aikana ehtinyt soittamaan montaakaan puhelua. Usein työpäivän

loppupuolella soitettu puhelu venyi ylitöiksi. Hoitajat kokivat, jos he eivät hoida puhelun aikana muita asioita, soittavat potilaat sitten kohta itse uudelleen ja kysyvät asiaansa hoitajalta päin. Potilaan kokonaisvaltainen hoito koettiin olevan laadukasta hoitotyötä, jota haluttiin ylläpitää, eikä vaan kiireesti ilmoitettu Marevan® annostusta. Puhelintunnilla hoitajan puhelin soi edelleen runsaasti, mutta Marevan® annoksia ei enää kysytty niin paljoa.

Etenkin nuoret Marevan® potilaat olivat tyytyväisiä, että voivat itse säädellä Marevan® annostaan. Tutkimusten mukaan ihmisillä, jotka olivat omahoidossa, oli INR arvot paremmalla hoitotasolla. He kiinnittivät enemmän huomiota elintapoihinsa ja ottivat Marevan® lääkkeensä oikein, kun olivat siitä itse vastuussa. Myös iäkkäämmät ihmiset oli tyytyväisiä koulutukseen, mutta joillekin tuottivat prosenttilaskut vaikeuksia, eikä heitä voitu siirtää omahoitoon. Toisaalta heillä oli usein taustalla monia vuosia jatkunut Marevan® lääkkeen käyttö ja sen myötä tuoma kokemus.

### 5.3 Henkilöstöön liittyvät tekijät

Henkilöstöön liittyvät tekijät koostuivat seuraavista alakategorioista: ammattitaito ja vastuu.

#### 5.3.1 Ammattitaito

Ennen tehtävänsiirtoa hoitajat kävivät koulutuksen, jossa opeteltiin sekä teoriassa, että käytännössä näyttöjen avulla 10% sääntö, minkä puitteissa Marevan® annosta joko nostettiin tai laskettiin. INR rajat hoitajille olivat 1.8–3.5. Hoitajavastuuseen siirrettiin potilaita vasta sen jälkeen, kun hoitaja oli läpäissyt vaadittavat perustiedot. Hoitajat kokivat, että Marevan® annostelu sujui, kun oli saanut riittävän koulutuksen. Marevan® annostelu koettiin melko yksinkertaiseksi silloin, kun INR tulos oli viitearvolla ja pysyi siinä. Sekä lääkärit, että hoitajat kokivat turvallisiksi viitearvot, joiden sisäpuolella hoitajat voivat määrätä Marevania® ja viitearvojen ulkopuolella olevissa arvoissa he konsultoivat lääkäreitä. Potilaita informoitiin e-kirjeellä siitä, että hoitaja oli koulutettu Marevanin® annosteluun.

*”Tottakai se alussa tuntuu aina, että tulee taas yksi vastuu tavallaan lisää ja näin, mutta kyllähän se, kun koulutus on, niin kyllähän se hoituu.”*

Marevanin® annostelun todettiin olevan tarkkuutta, huolellisuutta ja ammattitaitoa vaativa asia. Hoitajalta vaadittiin kykyä huomioida, ettei potilas itse omalla toiminnallaan vaarantaisi lääkkeen käyttöä esimerkiksi alkoholin nauttiminen ja tarvittaessa uskaltaa puuttua siihen. Hoitajat kokivat ammattitaitonsa kohentuneen Marevanin® annosteluun liittyvän tehtävänsiirron myötä. Nykyään hoitajat osaavat paremmin kysyä potilaalta asioita, mikä mahdollisesti oli vaikuttanut potilaan INR arvon heilahteluun.

*”Kyllähän se sillä tavalla on iso asia ja vaatii huolellisuutta ja ammattitaitoa, että sen tekee. Ja just tää, että että potilas itse ei tee mitään sellaista, mikä vaarantaa sen lääkkeen käytön.”*

Lääkärit olivat tyytyväisiä hoitajien työskentelyyn ja siihen, että Marevan® hoito siirrettiin hoitajavastuuseen. Potilaat valittiin hoitajavastuuseen kriteerien ja soveltuvuuden mukaan. Lääkärit luottivat hoitajien tekemiin annostuksiin ja siihen, että hoitajat konsultoivat herkästi epävarmoissa tilanteissa. Joitakin lääkäreitä huolestutti, Marevanin® annostelujen kohdalla, oman ammattitaitonsa säilyminen, kun heiltä tulevaisuudessa vähenevät Marevan® potilaat. Uudet työntekijät, jotka olivat työskennelleet alle vuoden, kokivat, että oli helppo sopeutua kaikkeen vastaantulevaan, koska alussa kaikki oli uutta, eivätkä he osanneet verrata aikaan ennen Marevanin® määräämistä. Heidän mielestään Marevanin® annostelu oli aivan sopiva asia hoitajalle.

*”Niin, tulevaisuudessa, jos meille tulee vähemmän niitä, niin miten meillä säilyy tää tatsi.”*

*”No, mun mielestä se on ihan OK. Ja sitt kun kaikki muukin on uutta, niin sitten on helppo sopeutua ihan mihin vaan, mikä tulee vastaan.”*

Vastuun kannalta hoitajat kokivat alussa, että heille lisättiin jälleen yksi vastuu lisää, mutta tehtävänsiirron käynnistyttyä hoitajien asenne muuttui positiivisemmaksi ja hoitajat kokivat, ettei Marevanin® annostelu ollut suurimpia vastuita mitä hoitajalla on, sillä hoitajalla on ylipäättään paljon vastuuta. Marevanin® annostelua ei koettu rasitteena vaan sen koettiin olevan samanlaista vastuunkantamista, kuin muukin hoitotyö ja sen koettiin olevan yksi osa hoitajan työtä. Hoitajalla todettiin olevan kyky tällaiseen tehtävänsiirtoon, sillä heidän ammattitaitonsa oli korkea. Hoitajat paneutuivat

hyvin vastuuntuntoisesti tämänkaltaisiin asioihin. Hoitajat kokivat nykyisen viitealueen sopivaksi, sillä laajempi viitealue lisäisi hoitajan vastuuta enemmän. Marevan® miellettiin, sen kapean terapeuttisen leveyden vuoksi, vaativaksi lääkkeeksi, joka voi jopa tappaa potilaan, jos arvioi pahasti väärin ja/tai tekee virheen annostelussa. Marevan® annostelu todettiin lääkevastuuksi, johon terveydenhoitajalla eikä sairaanhoitajalla ollut peruskoulutuksessaan saatua koulutusta eli määrittelemään lääkkeen annostusta, vaan työnantaja oli järjestänyt koulutuksen Marevanin® määrittämiseksi työpaikkakoulutuksena.

*"No, mä en ainakaan kokenut, sen vastuun kannalta mitenkään sellaista. Se on ihan samanlaista vastuunkantamista, kuin muukin hoitotyö."*

*"Ei se ole isoimpia vastuita, mitä terveydenhoitajalla on, paljon on ylipäättään vastuuta."*

Perusterveydenhuollon tai terveysasemien ongelmana oli, että sisätautipoliklinikalta ja Hus:ista kotiutettiin potilaat entistä aikaisemmin ja huonokuntoisempana terveysasemien vastuulle. Tämä koettiin suureksi haasteeksi tulevaisuudessa. Hoitajia huolestutti, mitä he seuraavaksi määrittelevät, kun tehtävänsiirtoja tulee koko ajan lisää. Omasäätelyryhmien pitämisen ei koettu lisäävän työn vastuullisuutta. Opetustilanteessa hoitaja huomasi, kuka potilas oli kykenevä omahoitoon ja kuka ei, ennen kuin hoitaja hyväksyi potilaalle ajokortin Marevanin® omäsäätelyn aloittamiseksi.

### 5.3.2 Vastuu

Hoitajat toivat esille, että tehtävänsiirto, johon liittyi lisääntyneitä vastuun ottamista, pitäisi näkyä työn vaativuuden arvioinnissa ja siitä pitäisi saada rahallista korvausta. Muualla Suomessa esimerkiksi Kotkassa ja Haminassa terveydenhoitajat saivat sata – kaksisataa euroa palkanlisää siitä, että hoitajille oli siirretty lääkäreiden tehtäviä. Tällaista ei Helsingissä ole käytössä. Palkanlisä toimisi kannustimena hoitajille tehtävänsiirroissa.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Luotettavuus

Yksi tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012.)

Tässä tutkimuksessa on noudatettu tieteellisen käytännön edellyttämiä ohjeita. Tutkimuksen teossa on noudatettu rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa on noudatettu tieteelliselle tutkimukselle asetettuja vaatimuksia työn suunnittelu, toteutus ja raportointi vaiheessa.

Aineistonkeruunmenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu, sillä sen etuna oli, että haastateltaville annettiin mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Ryhmähaastattelu sopi hyvin tämän tutkimuksen haastattelumenetelmäksi, sillä tulos haluttiin sisällyttää laajempaan kontekstiin. Haastateltavilla oli mahdollisuus kertoa itsestään ja aiheesta laajemmin. Haastattelu mahdollisti sen, että vastauksia voitiin selventää tarvittaessa tai, jos haluttiin syventää saatavia tietoja. Haastattelun aikana voitiin pyytää perusteluja mielipiteelle tai esittää lisäkysymyksiä tarpeen mukaan. Ryhmähaastattelu antoi informaatiota miten ja miksi, sekä minkälaisia näkemyksiä, kokemuksia, asenteita ja odotuksia osallistujilla liittyi aiheeseen. (Hirsjärvi–Remes–Sajavaara 2007: 199–200)

Haastatteluja varten varattiin jokaisesta työyksiköstä rauhallinen paikka, joko kahvihuone tai erillinen kokoushuone. Haastattelut pyrittiin tekemään mahdollisimman häiriöttömästi. Ennen haastattelujen aloittamista käytiin osallistujien kesken läpi ryhmähaastattelun kulku menetelmänä. Ennen haastattelujen aloittamista kerrattiin myös tutkimuksen tarkoitus ja siinä yhteydessä sovittiin haastattelujen nauhoittamisesta. Haastattelujen aikana tuli joitakin häiriötekijöitä, kuten ulkoa kuuluvaa työmaan meteliä ja huoneen oven avaamista kesken haastattelujen. Yhdessä haastateltavista paikoista oli levoton ilmapiiri ja siellä näkyi hoitohenkilökunnan kiire. Osalla paikallaolijoista oli uhkana joutua lähtemään kesken haastattelun ja osa tuli

paikalle, kun haastattelu oli jo käynnissä. Tämä heikensi ryhmädynamiikkaa ja vastaajien keskittymistä tutkimusaiheeseen. Moilasan (1995) mukaan ryhmähaastatteluun liittyy myös uhkia, minkä vuoksi on tärkeää, kertoa selkeästi haastattelun erityinen tavoite, mitä tietoa halutaan ja mihin tietoa käytetään. Tavoitteiden selkeys on tärkeää, ettei ryhmässä tule harhakäsitystä siitä, että asioita aiotaan parantaa. Tavoitteiden määrittelyssä on myös tärkeää, ettei prosessin kuluessa muuteta keskustelun sisältöä tai käsitejärjestelmää esim. arkikäsitteistä lääketieteellisiksi. (Moilanen 1995: 56.)

Ryhmähaastattelu voi olla erittäin strukturoitu, jolloin haastattelija esittää saman kysymyksen kaikille osallistujille tai se voi olla ryhmässä tapahtuvaa enemmän tai vähemmän ohjattua keskustelua. Ohjattu keskustelu muistuttaa ryhmässä tapahtuvaa teemahaastattelua. Vähemmän ohjatussa keskustelussa haastattelijan rooli on tehdä havaintoja. (Krueger–Casey 2000.) Tässä ryhmähaastattelussa esitettiin kysymys kerrallaan, joihin osallistujat saivat keskustelemalla kertoa mielipiteitään vapaassa järjestyksessä. Haastattelija osallistui vain tarvittaessa täydentävin kysymyksin. Haastattelija teki haastattelun aikana havaintoja ryhmädynamiikasta ja ryhmän ilmapiiristä, sekä pyrki ottamaan mukaan myös hiljaisemmat osallistujat.

Ryhmähaastattelu vaatii sen toteuttajalta perinteisten haastattelutaitojen lisäksi myös ryhmädynamiikan hallintaa, sillä haastattelun sujuva eteneminen vaatii kokemusta erilaisista ryhmä- ja vuorovaikutustilanteista. Haastattelutilanteessa on otettava huomioon haastateltavien toisilleen antamat ärsykkeet, päälle puhumiset, hetkellisten tilanteiden kiihkeys ja osallistujien äänen sävyt. Poikkeavat mielipiteet tai mielipiteiden yhtenäisyys tulee ottaa huomioon, samoin sanaton viestintä, naurahdukset ja ryhmässä vallitseva hiljaisuus. (Krueger 1994; Pötsönen–Pennanen 1998: 1–18.) Kun arvioidaan haastattelutilanteeseen liittyvän vuorovaikutuksen rikastuttavan tutkittavan ilmiön kuvaamista, kannattaa valita ryhmähaastattelu. Ryhmähaastattelu edellyttää tutkijalta erityisiä taitoja, jotta koottava aineisto olisi luotettavaa. (Turunen–Paukkunen–Tossavainen–Taskinen 1996: 194–195.) Ennen tähän tutkimukseen liittyviä haastatteluja käytiin läpi ryhmähaastatteluun liittyviä käytännön seikkoja, kuten samaan aikaan puhuminen ja toivottiin, että osallistujat pyrkisivät puhumaan yksi kerrallaan mutta vapaassa järjestyksessä. Päälle puhumiset muodostuivat kuitenkin haasteeksi sillä niitä oli hankala käsitellä aineistoa litteroitaessa. Asiakokonaisuudet

tulivat kuitenkin hyvin selville, vaikka päälle puhumista tapahtuikin. Hiljaisten osallistujien mielipiteiden saaminen oli myös haasteellista. Joitakin osallistujia oli vaikea saada mukaan haastatteluun, sillä heillä ei ollut mielipidettä tai heitä ujustutti, koska haastattelut nauhoitettiin. Jotkut osallistujat puolestaan puhuivat melko paljon ja heillä oli paljon sanottavaan aiheesta. Haastattelija kysyi jokaisen kysymyksen kohdalla mielipidettä myös niiltä henkilöiltä, jotka olivat hiljaa.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että opinnäytetyön tekijä oli perehtynyt huolellisesti ryhmähaastattelun tekniseen tekemiseen, sekä se, että haastattelussa käytettävät kysymykset oli huolellisesti mietitty, jotta saataisiin vastauksia niihin asioihin, joihin haluttiin vastauksia. Huolellinen perehtyminen aiheeseen oli tärkeää, jotta opinnäytetyön tekijä tiesi riittävästi tutkittavasta asiasta, että hän pystyi haastattelutilanteessa ohjaamaan keskustelun oikeaan fokukseen. Opinnäytetyön tekijän vuorovaikutustaidoilla ja ryhmänohjaustaidoilla oli myös merkitystä tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Tutkimuskysymyksiä laadittaessa tehtiin ensin esihaastattelut kahdelle ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijalle. Heidän vastaustensa ja mielipiteidensä perusteella muokattiin kysymysten järjestystä ja selkeyttä. Sen jälkeen kysymykset testattiin vielä kymmenen hengen seminaariryhmässä, jolloin niitä vielä muokattiin lopulliseen muotoonsa.

Aineiston analyysin luotettavuutta lisäsi se, että opinnäytetyön tekijä tutustui aineistoon huolellisesti lukien sen läpi monta kertaa ennen varsinaista analyysiä. Luotettavuutta korostaa, että aineistosta saatiin samankaltaisia tuloksia, kuin mitä oli saatu aikaisemmissakin samankaltaisissa tutkimuksissa liittyen tehtävänsiirtoon lääkäriltä hoitajalle. (Kärkkäinen–Tuominen–Seppälä–Karvonen 2006: 2047–2652.) Tässä tutkimuksessa saatiin selville myös uusi näkökulma, mikä ei ollut tullut esille aikaisemmissa tutkimuksissa, eli lääkäreiden huoli oman ammattitaitonsa säilymisestä, kun tehtäviä siirretään hoitajille. Jotkut lääkärit suhtautuivat vastahakoisesti potilaidensa siirtoon hoitajalle.



## 6.2 Etiikka

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan sitä, että tutkimus on tehty ihmisarvoa kunnioittaen. Itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan siten, että annetaan ihmisille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. (Hirsjärvi–Remes–Sajavaara 2007: 25.) Ennen haastattelun toteuttamista lähetettiin haastateltaville saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyöstä (liite 1). Saatekirjeessä selvitettiin opinnäytetyön tarkoitus sekä toteutukseen liittyvät seikat. Haastateltaville kerrottiin etukäteen, että haastattelu nauhoitetaan aineiston myöhempää käsittelyä varten. Heille kerrottiin myös, että aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Saatekirjeessä pyydettiin haastateltavalta tietoisesti annettu suostumus (informed consent) haastatteluun osallistumisesta (liite 2). Tietoisesti annettu suostumus on keskeinen käsite länsimaisessa lääketieteessä ja hoitotyössä. Se muodostuu kahdesta erillisestä käsitteestä: tietoisuudesta ja suostumuksesta. Kun ihminen on tietoinen jostakin, hän on perehtynyt asioihin. Suostumus merkitsee samanmielisyyttä, myöntymistä tai luvan antamista omien tuntemusten perusteella. Se tarkoittaa lisäksi, että pyyntöön tai toivomukseen suostumista. (Leino-Kilpi–Välimäki. 2006: 138.)

Aineisto säilytettiin huolellisesti ja oli vain opinnäytetyön tekijän hallussa. Aineiston analyysivaiheen jälkeen haastattelumateriaali tuhottiin silppuamalla kaikki paperiset tulosteet ja poistamalla nauhoitukset sekä nauhurista, että tietokoneelta.

## 6.3 Omat tulokset suhteessa aikaisempiin tutkimusten tuloksiin

Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että ennen Marevan® hoidon siirtämistä lääkäriltä hoitajalle tuli hoitajille järjestää koulutus ja varmentaa hoitajien osaaminen, ennen kuin he saivat valtuudet Marevanin® annosteluun. Myös Hus:ssa toteutetussa hankkeessa oli tarkoituksena laatia malli ja suositukset miten hoitajan osaaminen, toimivaltuudet ja vastuut todennetaan, ennen kuin hoitajalle siirrettiin lääkärille kuuluvia tehtäviä. (Kärkkäinen–Tuominen–Seppälä–Karvonen 2006: 2647–2652.)

Tässä tutkimuksessa todettiin lääkäreiden työn lisääntyneen alussa, kun he joutuivat käymään läpi Marevan® potilaidensa sairaskertomukset ja ”siivoamaan” ne. Lääkäreiden tuli laittaa ajantasalle potilaan lääkitystiedot, tiivistelmät, Marevan® kortit

ja hoitosuunnitelma. Toisaalta taas lääkäreiden rutiinityö helpottui, kun hoitajat alkoivat antamaan Marevan® annostuksia. Hus:ssa toteutetussa tutkimuksessa todettiin hoitajavastaanottoiminnan sekä helpottaneen, että vaikeuttaneen lääkärin työtä. Potilaan hoidon todettiin parantuneen, kun neuvontaa ja ohjausta voitiin siirtää hoitajille. (Kärkkäinen–Tuominen–Seppälä–Karvonen 2006: 2647–2652.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajien tekemät Marevan® annostukset ovat jopa tarkempia, kuin lääkäreiden kiireessä tekemät. Hoitajat paneutuvat huolellisesti potilaan tilanteeseen ja selvittävät tarkemmin, mikä potilaan elämässä on muuttunut, jos INR arvot ovat poikkeavia. Samankaltaisia tuloksia oli saatu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Hoitajavastuuseen vastaanoton hoitotyön laadun on todettu olevan vähintään yhtä hyvää kuin lääkärivastuuseen hoidon ja joiltakin osin jopa parempaa (Horrocks–Andersson–Salisbury 2002). Sairaanhoitajat voivat vaikuttaa potilaan riskitekijöiden vähentämiseen, koska he tuntevat potilaan ja heillä on tarvittaessa mahdollisuus konsultoida muita terveydenhuollon ammattilaisia (JBI 2010).

Tässä tutkimuksessa todettiin hoitajien lääkäreille tekemien konsultaatioiden alussa lisääntyneen, mutta myöhemmin, kun hoitajille kehittyi ammattitaitoa ja varmuutta Marevanin® annostelussa, konsultaatioiden määrän arveltiin vähentyneen. Tämän tutkimuksen perusteella koettiin hyvänä asiana hoitajan tekemä konsultaatio epävarmoissa tapauksissa. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan hoitajien tekemät konsultaatiot alussa lisääntyivät, joka kuormitti osaa lääkäreitä.

Tämän tutkimuksen mukaan hoitajavastuuseen siirrettiin Marevan® potilaat, joiden INR taso oli ollut jo pidempään hoitotasolla ja viitearvot asetettiin turvalliselle tasolle. Viitearvojen ulkopuolisissa arvoissa hoitajat konsultoivat lääkäriä. Hoitajille ohjautui sellaiset Marevan® potilaat, joiden hoitotasapainon oletettiin pysyvän melko tasaisena. Myös Hus:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan lääkäreiden potilasaineisto muuttui vaikeahoitoisemmaksi, kun helpompihoitoiset potilaat ohjautuivat hoitajille. Työnjaon uudistaminen mahdollisti työn kuormituksen tasaisemman jakautumisen eri henkilöstöryhmien välillä. Hyvällä yhteistyöllä oli mahdollisuus päästä kaikkien osapuolten kannalta parhaisiin tuloksiin. (Kärkkäinen–Tuominen–Seppälä–Karvonen 2006: 2647–2652.)

Tämä tutkimus osoitti, että hoitajien suorittamat Marevan® potilaiden koulutukset omahoitoon lisäsivät potilaiden hallintaa omasta hoidostaan ja heidän INR-taso pysyi tasaisempana, kun potilaat itse olivat vastuussa omasta ruokavaliostaan sekä lääkkeiden oikeanlaisesta annostelusta. Myös VeTePO -hankkeen tarkoituksena oli potilasohjauksen tuloksellisuuden parantaminen siten, että potilas kykeni hallitsemaan omaa terveysongelmaansa, osallistumaan omaan hoitoonsa sekä tekemään terveyttään ja hoitoaan koskevia päätöksiä.

Tämän tutkimuksen mukaan toimiva lääkäri- hoitajatyöparimalli oli tärkeä tekijä Marevan® potilasta hoidettaessa. Hoitajat kokivat, että heidän ammattitaitonsa jopa kohentui hyvässä lääkäri- hoitajatyöparimallissa. Hoitajavastuuseen oli tavoitteena siirtyä 60%, omavastuuseen 30% ja lääkärivastuussa 10%. Aiemmassa kahdella sivuterveysasemalla toteutetussa tutkimuksessa (Jaatinen–Vanhatalo–Tasanko 2002: 2795–2799.) selvitettiin, kuinka terveysaseman hoitaja toimii, kun terveysasemalle ei ole saatu lääkäreitä. Tutkimuksessa muodostettiin lääkäri- hoitaja työparit, jotka sitoutuivat tehtävänsiirtoon. Tulosten mukaan hoitajat pystyivät toteuttamaan 70 % kohtaamistaan terveysaseman potilaista.

Sairaalat lähettävät entistä aikaisemmin ja huonokuntoisempia potilaita terveyskeskusten hoidettavaksi. (Kärkkäinen–Tuominen–Seppälä–Karvonen 2006:2047–2652). Suomessa ollaan siirtymässä enemmän hoitajavastuuseen hoitokulttuuriin. Hoitajilla on entistä enemmän vastuuta Marevan® potilaiden riskien ennaltaehkäisyssä. Hoitajat tarkkailevat omahoitopotilaiden INR arvoja ja ottavat nopeasti yhteyttä, jos on poikkeavia tuloksia. Potilaat suhtautuvat luontevasti hoitajien antamiin Marevan® annostuksiin. Myös muissa aikaisemmissa tutkimuksissa ilmeni samankaltaisia asioita. Australiassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin puutteita laskimotukosten riskianalyysin teossa, koska potilaita hoitaa kirjava joukko eri ammattiryhmän edustajia. Hoitajajohteinen laskimoperäisten tukosten ennaltaehkäisy vaatii hoitokulttuurin muutoksen ja muutoksen hoitajan rooliin. (Collins–MacLellan–Gibbs–MacLellan–Fletcher 2010: 83–89.) Englannissa on terveydenhuollossa tapahtunut suuria muutoksia, jossa terveydenhuollon painopistettä on muutettu enemmän kunnan vastuulle. Hoitajat ovat vahvasti mukana syvien laskimotukosten ja keuhkoembolian hoidossa ja hoitajalähtöinen palvelu on vakiintuneet koko maahan. (Bacon 2011:172–179.)

## 7 Päätelmät

Tässä tutkimuksessa saatiin tulokseksi hoitohenkilökunnan ja lääkärien näkemyksiä siitä, minkälaisia seikkoja liittyy tehtävänsiirtoon lääkäriltä hoitajalle Marevania® saavan potilaan hoidossa. Tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa terveysasemilla, kun mietitään tehtävänsiirtoja ja työn uudelleen järjestelyä. Tuloksia voidaan käyttää myös muualla mietittäessä tehtävänsiirtoja lääkäriltä hoitajalle. Tämä tutkimus osoitti, että hoitajat ovat hyvin vastuuntuntoisia ja tekevät huolellisesti heille siirrettyjä tehtäviä. Tulokset osoittivat, että hoitajilla on kykyä ja he suoriutuvat hyvin heille siirretyistä tehtävistä, kun he ovat saaneet siihen riittävän koulutuksen ja heidän osaamisensa on ensin varmennettu.

Tehtävänsiirron myötä toiminta terveysasemalla oli muuttunut sujuvammaksi, mutta tulosten tarkastelu osoitti, että ongelmia esiintyi lähinnä tietoteknisellä puolella. Teknisten laitteiden ja niiden käytössä oli ongelmia, joten jatkossa voisi olla hyödyllistä kiinnittää huomiota tekniikan kehittämiseen sujuvammaksi potilaan Marevan® hoidossa. Se lisäisi potilasturvallisuutta ja potilastyytyväisyyttä ja työn sujuvuutta entisestään.

Myös henkilöstöresursseihin olisi hyvä kiinnittää jatkossa huomiota, että jokaisella olisi mahdollisuus hyvään toimivaan lääkäri-hoitaja työparimalliin. Silloin kun vastuita siirretään lääkäriltä hoitajalle, tulee henkilöstöresursseja miettiä myös siltä kannalta, että hoitajille on varattu riittävästi aikaa ja riittävästi henkilöresursseja uusien lisääntyneiden tehtävien suorittamiseen. Tutkimuksessa kävi ilmi myös, että jotain tehtäviä voisi mahdollisesti jatkossa miettiä siirrettäväksi terveydenhoitajalta muille ammattiryhmille, ettei ainoastaan yksi ammattiryhmä kuormitu liikaa.

## Lähteet

- Ahonen, Jouni. 2009. Tromboemboliset komplikaatiot päiväkirurgiassa. Katsausartikkeli. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2009. 125 (5). 514-520.
- Bacon, Sue. 2011. The management of VTE: a practical guide for nurse prescribers. Nurse Prescriber. 2011(4). 172-179.
- Cios, Deborah – Baker, William – Sander, Stephen – Phung, Olivia – Coleman Craig. 2009. Evaluating the impact of study-level factors on warfarin control in U.S.-based primary studies: A meta-analysis. American J Health System Pharmacists. 2009 (66) 5. 916-925.
- Collins, Renea – MacLellan, Lorna – Gibbs, Harry – MacLellan, Donald – Fletcher, John. 2010. Venous thrombolism prophylaxis: the role of the nurse in changing practice and saving lives. Australian Journal of Advanced Nurseing. 2010. 27 (3). 83-89.
- Haapa-Aho, Marja – Koskinen, Marja-Kaarina – Kuosmanen, Irja 2009. Työnjakomalli: Laajennetaanko tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. Tehyn julkaisusarja 2009.3.
- Harjola, Veli-Pekka. 2005. Syvän laskimotukoksen ja keuhkoembolian diagnostiikka ja hoito. Katsausartikkeli. Erikoislääkärilehti 2005 (15) 3. 93-96.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. 2007. 13. Osin uudistettu painos. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.
- Horroc, Sue – Anderson, Elizabeth – Salisbury, Chris. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ British Medical Journal 2002. 324. 819-823.
- Jaatinen, Pekka T – Vanhatalo, Riitta – Tasanko, Anne 2002. Miten terveysaseman hoitaja toimii, jos terveysasemalle ei ole saatu lääkäriä. Artikkel. Suomen Lääkärilehti 2002 (57) 25-26. 2795-2799.
- JBIC The Joanna Briggs Institute 2010. Nurse-led clinics to reduce modifiable cardiac risk factors in adults. Best Practice 14 (2) 2010. 1-3.
- Joutsu-Korhonen, Lotta – Lassila, Riitta – Savolainen, Eeva-Riitta. 2010. Varfariinihoidon INR-seuranta vieritestauksena- uusi kansallinen suositus. Suomen Lääkärilehti 2010 (65) 42. 3434-3437.
- Karjalainen, Tuula 2011. Hoitajien AK-koulutus 9.2.2011.
- Kärkkäinen, Oili – Tuominen, Juha A – Seppälä, Anja - Karvonen, Jaakko. 2006. Lääkärin ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Artikkel. Suomen Lääkärilehti. 2006 (61) 24. 2647-2651.

- Krueger, Richard A. – Casey, Anne 2000. Focus group: A practical guide for applied research. Third edition. London. Sage Publications.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:2§.
- Lassila, Riitta. 2005. Antitromboottisen hoidon periaatteet. Modern medical practice. 2005 (13) 1. 36-40.
- Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta. 2006. Etiikka hoitotyössä. 1-3.s painos.WSOY. Juva.
- Leiwo, Tiina – Papp, Inkeri – Heikkilä, Johanna. 2002. Terveydenhuollon johtajien ja esimiesten näkemyksiä tehtävien siirtämisestä lääkäreiltä hoitajille. Suomen Lääkärilehti. 2002 (57) 8. 932-933.
- Lipponen, Kaija 2009. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2011. VeToPO- hanke.
- Moilanen, Liisa 1995. Ryhmähaastattelu työyhteisössä- tiedonkeruun ja vaikuttamisen väline. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Mustonen, Pirjo 2005. Sydänpotilaan antikoagulaatiohoidon ongelmatilanteita avoterveydenhuollossa. Katsausartikkeli. Kunnallislääkärilehti 2005 (29). 8-12.
- Puhakka, Jaana(toim.)2011. Antikoagulaatiohoidon käsikirja: Ohjeistus varfariinihoidon toteutuksesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere.
- Pötsönen, Riikka – Pennanen, Pirjo 1998. Ryhmähaastattelu ja sen käyttömahdollisuudet terveystutkimuksessa. Teoksessa Pötsönen Riikka – Välimaa, Raili (toim.) Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998. Jyväskylän yliopisto.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Päivitetty 10.06.2010. Luettu 17.11.2012.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä Gummerus Kirjapaino Oy.
- Turunen, Hannele – Paukkunen, Leena – Tossavainen, Kerttu – Taskinen, Leena 1996.Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä; osallistujien näkemyksiä haastattelujen toteutumisesta. Hoitotiede 1996 (8)4:195-195.
- Åhman, Tapio. Oraalisen antikoagulanttihoito seuranta hoitajälhtöisesti kotisairaanhoidossa. Kunnallislääkäri. 2005 (20) 2. 19-22.  
www.tenk.fi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Opas. Edita Prima Oy. Helsinki 2012.
- www.kaypahoito.fi. Duodecim 2005 (121) no 22. 2491-2494.

www.tenk.fi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Opas. Edita Prima Oy. Helsinki 2012.

## **Liitteet**

Saatekirje

liite 1

Opinnäytetyön tekijä Nina Sabri, nina.sabri@metropolia.fi

Tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle - Antikoagulaatiohoidon omahoito ja sähköinen hoitopalautejärjestelmä terveysasemilla

Ohjaaja Yliopettaja, TtT, dosentti Kirsi Johansson

Metropolia Ammattikorkeakoulu, terveys- ja hoitoala

Tämä opinnäytetyö on osa Helsingin kaupungin terveysasemilla toteutettavaa AK-projektia, "Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen."

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella hoitajien ja lääkäreiden tehtävänsiirtoon liittyviä seikkoja terveysasemilla, joissa ollaan siirtymässä tai ollaan siirrytty hoitajavastuuseen Marevanin annosmäärittelyyn.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu tullaan nauhoittamaan myöhemmin tehtävää aineiston analyysia varten. Lopulliseen raporttiin ei tule haastateltavien nimiä eikä muitakaan tunnistetietoja.

Haastattelu tapahtuu ryhmähaastatteluna.



Suostumus haastatteluun

liite2

Opinnäytetyö:

Nina Sabri; Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Metropolia Ammattikorkeakoulu, terveys- ja hoitoala, nina.sabri@metropolia.fi

Tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle - Antikoagulaatiohoidon omahoito ja sähköinen hoitopalautejärjestelmä terveysasemilla

Olen saanut tietoa yllä mainitusta opinnäytetyöstä ja sen tavoitteista. Annan suostumukseni haastatteluun.

Minulle on luvattu, että haastattelussa antamiani tietoja käsitellään seuraavasti:

1. Haastattelu kirjoitetaan raportin muotoon siten, ettei yksittäisiä henkilöitä voi tunnistaa. Haastattelun äänitallenne hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

2. Opinnäytetyössä käytettyjen terveysasemien nimiä ei tule esille, vaan maininta, että haastattelut on tehty kahdella Helsingissä sijaitsevassa terveysasemalla.

3. Olen tietoinen siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä osallistumasta haastatteluun. Minulla on oikeus myös keskeyttää osallistuminen silloin kun haluan.

-----

Allekirjoittanut antaa luvan opinnäytetyön aineistonkeruun haastatteluun.

Tämän sopimuksen alkuperäiskappale jää opinnäytetyön tekijälle, kopio sopimuksesta toimitetaan haastattelun yhteydessä allekirjoittaneelle.

Allekirjoitus -----

Nimen selvennys -----

Virkanimike -----

Työpiste -----

Helsinki \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2012

Haastattelurunko 1

(liite 3)

Kysymykset lääkärille:

Taustatietoja: ikä sukupuoli, koulutus, työkokemus vuosina?

1. Kuinka kauan yksikössä on toteutettu hoitajavastuista antikoagulanttihoitoa?

2. Keskustellaan aluksi siitä, minkälaisia asioita tehtävänsiirtoon lääkäreiltä hoitajille on liittynyt?

Kuvailisitteko ensin käsityksiänne siitä, mitä se on vaikuttanut omaan työhönne työn sisällön kannalta?

3. Entä työn vastuun kannalta?

4. Mitä tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle on mielestänne vaikuttanut hoitajan työhön?

5. Minkälaisia asioita tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle on tarkoittanut potilaan kannalta?

6. Minkälaisia hyötyjä on saavutettu hoitajavastuisessa antikoagulanttihoidossa?

7. Onko tehtävänsiirtoon lääkäreiltä hoitajille liittynyt jotakin ongelmia? Minkälaisia ongelmia?

8. Mitä ajatuksia teille on muodostunut tehtävänsiirrosta lääkäriltä hoitajalle?

Haastattelurunko 2

(liite 4)

Kysymykset terveyden-/ sairaanhoitajalle:

Taustatietoja: ikä sukupuoli, koulutus, työkokemus vuosina?

1. Kuinka kauan yksikössänne on toteutettu hoitajavastuista antikoagulanttihoitoa?

2. Keskustellaan aluksi siitä, minkälaisia asioita tehtävänsiirtoon lääkäreiltä hoitajille on liittynyt?

Kuvailisitteko ensin käsityksiänne siitä, mitä se on vaikuttanut omaan työhönne työn sisällön kannalta?

3. Entä työn vastuun kannalta?

4. Mitä tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle on mielestänne vaikuttanut lääkärin työhön?

5. Minkälaisia asioita tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle on tarkoittanut potilaan kannalta?

6. Minkälaisia hyötyjä on saavutettu hoitajavastuisessa antikoagulanttihoitossa?

7. Onko tehtävänsiirtoon lääkäreiltä hoitajille liittynyt jotakin ongelmia? Minkälaisia ongelmia?

8. Mitä ajatuksia teille on muodostunut tehtävänsiirrosta lääkäriltä hoitajalle?