SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - **AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO**
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

ASIAKASTYYTYVÄISYYS PIELAVEDEN TERVEYSKES-KUKSEN INR-POLIKLINIKALLA

TEKIJÄT: Härkönen Sara
Järvinen Anne
Mustonen Mia

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Tiivistelmä

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Sara Härkönen, Anne Järvinen, Mia Mustonen			
Työn nimi Asiakastyytyväisyys Pielaveden terveyskeskuksen INR-poliklinikalla			
Päiväys	17.2.2016	Sivumäärä/Liitteet	51/4
Ohjaaja(t) THM, lehtori Arja Kemiläinen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Pielaveden terveyskeskus, INR-hoitaja Anne Jäntti			

Tiivistelmä

Varfariini on tällä hetkellä yleisin Suomessa käytössä oleva antikoagulantti, ja sen kauppanimi on Marevan®. Antikoagulanttihoidon tavoitteena on ehkäistä verihyytymien paikallinen kehittyminen tai estää jo syntyneen hyytymän kasvua ja kulkeutumista muualle elimistöön. Sydämen eteisvärinä eli flimmeri on yleisin syy säännölliseen antikoagulanttihoitoon. Varfariinihoidossa olevia asiakkaita on Suomessa koko väestöstä 2 % ja väestön ikääntyessä asiakkaiden määrä kasvaa 5 – 10 % vuosittain.

Suomeen on perustettu INR-poliklinikoita, joiden tarkoituksena on Marevan® -asiakkaiden hoidon keskittäminen lääkäriltä sairaanhoitajalle. Poliklinikalla työskentelevä INR-hoitaja suorittaa yleensä INR-vieritutkimuksen eli ottaa näytteen sormenpäästä. INR-hoitaja seuraa asiakkaiden INR-arvoja ja hoitotasapainoa. Kun INR-tutkimuksen tulokset saadaan asiakkaan läsnäollessa, asiakas saa välittömästi asianmukaisen ohjauksen ja Marevan® -annostuksen mukaansa. Tällä hetkellä Suomessa on yhteensä 110 INR-poliklinikkaa ja kotihoidon yksikköä, joissa käytetään INR-pikamittausta. Arvioidaan, että INR-pikamittausta käyttäviä poliklinikoita ja kotihoidon yksikköjä tulee vuodessa noin 10 – 15 uutta.

Toimeksiantaja opinnäytetyössä oli Pielaveden terveyskeskus, jossa on aloitettu syksyllä 2014 INR-poliklinikka. Koska poliklinikka on uusi, opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden kokemuksia INR-poliklinikan toiminnasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla poliklinikan toimintaa voidaan kehittää. Opinnäytetyössä tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen. Poliklinikan asiakkaille laadittiin kyselylomake, jossa selvitettiin asiakkaiden tyytyväisyyttä poliklinikan toimintaa kohtaan. Vastauksia kerättiin 33 INR-poliklinikan asiakkaalta, ja aineisto analysoitiin induktiviisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan INR-poliklinikan asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja uuteen toimintamalliin Marevan® -hoidon seurannassa. Suurin osa vastaajista kertoi INR-arvojen hoitotasapainon parantuneen. Jatkossa olisi hyvä selvittää myös kehitettäviä asioita INR-poliklinikan toiminnassa, koska niitä ei tullut esille. Muita jatkotutkimusaiheita voisivat olla antikoagulanttihoidon komplikaatioiden ja hoidon kustannusten vertailu entisen lääkärivetoisen toimintamallin ja nykyisen INR-poliklinikan toiminnan aikana.

Avainsanat
asiakastyytyväisyys, antikoagulanttihoito, varfariini, INR-poliklinikka

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
Abstract

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Sara Härkönen, Anne Järvinen, Mia Mustonen			
Title of Thesis Customer satisfaction on the anticoagulation clinic in the Health Center of Pielavesi			
Date	17.2.2016	Pages/Appendices	51/4
Supervisor(s) MSc, RN, Senior Lecturer Arja Kemiläinen			
Client Organisation /Partners Pielavesi Health Center, Anticoagulation nurse Anne Jäntti			

Abstract

Currently warfarin is the most common anticoagulant in Finland and its trade name is Marevan®. The aim of the anticoagulant treatment is to prevent the local progress of thrombosis or to block the growth transmission of an existing thrombosis to the rest of the body. Atrial fibrillation is the most common reason for regular anticoagulant medication. Two percent of the Finnish population are using the warfarin treatment, and because the population ages, the number is expected to grow 5 – 10 % annually.

Anticoagulation clinics have been set up in Finland. The purpose of these clinics is to center the treatment of Marevan® -clients from doctors to nurses. The anticoagulation nurse working at the clinic will usually conduct the INR-bloodsample examinations, which means that she/he will take a sample from the tip of the finger of the client. The anticoagulation nurse monitors the INR-values and the balance of the treatment. When the result of the INR-examination is received in the presence of the client, the client will immediately receive appropriate consultation and Marevan® dosage with her/him. At the moment there are 110 anticoagulation clinics and home care units in Finland that use INR express measurement. It is estimated that annually there will be approximately 10 to 15 new clinics and home care units that use INR express measurement.

The employer of this thesis was the Pielavesi Health Center, which launched their anticoagulation clinic in the autumn of 2014. Because the outpatient clinic is new, the purpose of this thesis was to examine the clients' experiences of the clinic. The aim was to provide knowledge that could help further improve the policies of the clinic. A qualitative research method was used in the present thesis. A questionnaire that investigated the clients' satisfaction towards the policies of the clinic was composed. The completed questionnaires were collected from 33 clinets from the anticoagulation clinic, and the data was analysed by using the inductive content analysis approach.

According to the results, the clients of the anticoagulation clinic were satisfied with the received treatment and the new operating model used to monitor their Marevan® -treatment. The majority of the respondents reported that the balance of the treatment regargind their INR-values had improved. In the future, it would be beneficial to investigate whether there are any policies that need to improvement, although no issues emerged during this research. Other topics of the future research could include the comparison of the anticoagulation treatment complications and treatment costs between the previous, doctor-oriented policy and the current, INR outpatient clinic policy.

Keywords
customer satisfaction, anticoagulant treatment, warfarin, anticoagulation clinic

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO 7

2 ASIAKASTYYTYVÄISYYS TERVEYDENHUOLLOSSA 8

2.1 Hoidon laatu ja asiakastyytyväisyys 8

2.2 Omahoito ja hoitoon sitoutuminen 10

3 ANTIKOAGULANTTIHOITO 13

3.1 Varfariini ja hoidon seuranta 14

3.2 Tukos- ja vuotoriskin arviointi 16

3.3 Hoitotasapainon arviointi 19

3.4 Hoitajavetoinen INR-poliklinikka 21

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET 24

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS 25

5.1 Tutkimusmenetelmät ja mittari 25

5.2 Aineistonkeruu ja analyysi 27

6 TUTKIMUSTULOKSET 28

6.1 Vastaajien taustatiedot 28

6.2 Asiakkaiden kokemuksia INR-poliklinikan toiminnasta 29

6.1 Hoitotasapaino ja siihen vaikuttavat asiat 30

6.2 Kehitettäviä asioita INR-poliklinikalla 31

7 POHDINTA 32

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset 33

7.2 Eettisyys ja luotettavuus 35

7.3 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet 37

7.4 Ammatillinen kasvu 37

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT 39

LIITE 1: SAATEKIRJE 43

LIITE 2: KYSELYLOMAKE 44

LIITE 3: SISÄLLÖNANALYYSI: ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA INR-POLIKLINIKAN TOIMINNASTA 46

LIITE 4: SISÄLLÖNANALYYSI: INR-ARVOJEN HOITOTASOLLA PYSYMISTÄ PARANTAVAT ASIAT 50

Keskeiset käsitteet

Antikoagulantti	Veren hyytymistä estävä aine
Antikoagulanttihoito	Tavoitteena on paikallisen verihyytymän kehittymisen ehkäisy, jo syntyneen hyytymän kasvun esto tai haitallisen tukoksen liuotus antitromboottisen lääkkeen avulla
Antitromboottinen lääkeaine	Veren hyytymistä estävä lääkeaine
ASA	Asetyylisalisyylihappo, tulehduskipulääke. Veren hyytymistä ja tukoksia ehkäisevä vaikutus
Asiakastyytyväisyys	Asiakkaan odotusten täyttyminen, tyytyväisyys palveluun
B-APTT	Kokoverestä mitattava hyytymistutkimus
B-PVK+Tromb	Kokoverestä mitattava tutkimus, perusverenkuva ja trombosyytit
Embolia	Yhden tai useamman suonen verenkierron estyminen, jonka aiheuttaa veritukos tai hyytymä
Hoidon laatu	Hoidon toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus
Hoitoon sitoutuminen	Henkilön aktiivista ja vastuullista toimintaa oman terveyden edistämiseksi yhteistyössä terveydenhuollon henkilöstön kanssa
INR	International Normalized Ratio. Suhdeluku antikoagulanttihoidon vasteen seuraamiseksi
INR-hoitaja	Sairaanhoitaja, joka on käynyt INR-hoitajakoulutuksen
INR-poliklinikka	INR-hoitajan pitämä terveyskeskuksen hoitoyksikkö
Klexane®	Pienimolekyylinen hepariini, joka ehkäisee laskimotukoksen muodostumista veren hyytymiskykyä vähentäen. Pistetään subkutaanisesti
K-vitamiini	Varfariinin vasta-aine, jota tummanvihreät kasvikset sisältävät runsaasti

Marevan®	Varfariinin kauppanimi Suomessa
Marevan®-hoidon hoitotaso	Varfariinihoidossa normaali hoitotaso INR 2 – 3, intensiivinen hoitotaso INR 2,5 – 3,5
Omahoito	Henkilön itsensä toteuttamaa vastuullista hoitoa, tarvittaessa tukena hoitaja. Otetaan huomioon asiakkaan yksilöllisyys ja voimavarat
Perusterveydenhuolto	Terveysjärjestelmän perusta, joka edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia
P-INR-HY	Veriplasmasta sormenpäänäytteellä tutkittava hyytymistutkimus
P-INR	Veriplasmasta suoniverinäytteellä tutkittava hyytymistutkimus
P-Krea	Veriplasmasta mitattava kreatiini eli munuaisarvo
Poliklinikka	Poliklinikka on yleensä päiväaikaan toimiva hoitoyksikkö, jossa hoitaja tai lääkäri tekee tutkimuksia ja pieniä toimenpiteitä
S-Afos, S-ALAT	Veren seerumista tutkittavat maksa-arvot
S-Bil	Veren seerumista tutkittava bilirubiinin määrä
Tromboplastiiniaika eli P-TT	Veriplasmasta tutkittava hyytymisaika
TTR	Time in Therapeutic Range. Hoitotasapainon mittari varfariinihoidossa
Varfariini	Yleisin antitromboottinen lääkeaine
Varfariinihoito	Antikoagulanttiohoito varfariinin avulla
Vieritesti, pikamittaus	Potilaan diagnosoimiseen tarvittava määritys nopealla ja luotettavalla menetelmällä, esimerkiksi sormenpäämittaus
Yhteisvaikutus	Kahden lääkkeen tai aineen reaktio kehossa, joka voi olla positiivinen tai negatiivinen

1 JOHDANTO

Valtioneuvostossa tehtiin vuonna 2002 periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisesta. Yksi osa-alueista oli hoidon keskittäminen jatkossa yhä enemmän lääkäriltä sairaan- ja terveydenhoitajille, jolloin muun muassa Marevan® -hoidon seuranta voidaan siirtää lääkäreiltä INR-hoitajille. (Hukkanen ja Vallimies-Patomäki 2005, 11.) Pielaveden terveyskeskuksessa on aloitettu syksyllä 2014 INR-hoitajan pitämä poliklinikka. INR-hoitaja seuraa asiakkaan INR-arvoja ja hoitotasoa sekä määrittää varfariinilääkitysannokset. Tulevaisuudessa kuka tahansa sairaanhoitaja voi työskennellä INR-hoitajana käytyään jatkokoulutuksessa. Hoitajavetoisen INR-poliklinikan etuina ovat parempi ohjaus ja asiakaslähtöisyys, joiden seurauksena varfariinihoidon hoitotason oletetaan paranevan. Myös puhelinliikenteen oletetaan vähenevän ja asiakkaan hoitoketjun yksinkertaistuvan. (Puhakka 2011b.)

Toimeksiantajana opinnäytetyössämme on Pielaveden terveyskeskus. Tarkoituksenamme on selvittää INR-poliklinikan asiakkaiden kokemuksia poliklinikan toiminnasta. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla INR-poliklinikan toimintaa voidaan kehittää. Laadimme kyselylomakkeen INR-poliklinikan asiakkaille, jossa selvitimme heidän tyytyväisyyttään toimintaa kohtaan. Asiakastyytyväisyyden mittaaminen hoidon laatua arvioitaessa on tärkeää, koska palveluita kehitetään asiakkaiden tarpeiden mukaan. Asiakastyytyväisyys kuvaa hoidon laatua asiakkaan näkökulmasta ja sitä, miten hyvin asiakkaan odotukset täytetään. (Kvist 2004, 27 – 28.)

Antikoagulanttihoito tarkoittaa veren hyytymistekijöihin vaikuttavaa lääkitystä, jonka tarkoituksena on estää verisuonitukoksen synty, jo syntyneen tukoksen kasvu tai liuottaa haitallinen tukos antitromboottisten lääkeaineiden avulla (Länsipuro ja Puhakka 2011; Sydänliitto 2012). Opinnäytetyössämme keskitymme yleisimpään antikoagulanttiin eli varfariiniin, jonka kauppanimi on Marevan®. Varfariinihoidossa olevia asiakkaita on Suomessa koko väestöstä 2 % ja väestön ikääntyessä asiakkaiden määrä kasvaa 5 – 10 % vuosittain. Vuonna 2010 Marevan® -reseptejä kirjoitettiin 124 000. Varfariini on ASA-lääkeaineiden jälkeen toiseksi suurin käytettävä antitromboottisten lääkeaineiden ryhmä. Varfariinin käyttäjien ikäjakauma on pääsääntöisesti 75-vuotiaista ylöspäin. (Puhakka 2011a, 7; Puhakka 2011b.)

Varfariinin tehoa seurataan mittaamalla verestä tromboplastiiniaikaa (P-TT). Tulos ilmaistaan INR-arvona, joka saadaan käyttämällä valtakunnallisesti sovittua laskentakaavaa. INR-termi tulee englannin kielen sanoista International Normalized Ratio. (Eskelinen 2012.) Varfariinia käyttävän asiakkaan täytyy käydä säännöllisesti mittauttamassa INR-arvoaan hoidon aikana. Hoito vaatii asiakkaalta sitoutumista sekä hoitohenkilökunnalta tarkkaavaisuutta. (Länsipuro ja Puhakka 2011; Puhakka 2011b.) Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen on tärkeää, koska hoidon laiminlyönnin seurauksena asiakkaiden terveydentila huononee ja terveydenhuollon kustannukset nousevat (Lääketietokeskus 2003, 15, 25). Asiakkaiden omahoito antikoagulanttihoidon yhteydessä tulee tulevaisuudessa lisääntymään. Omahoidossa asiakkaan vastuuta hoidosta lisätään, mutta hänen tulee käydä laboratoriokokeissa säännöllisesti ja INR-hoitajan luona vuosittain, jolloin hoidon sujuvuus tarkistetaan. (Puhakka 2011a, 11; Rissanen 2016-01-14.)

2 ASIAKASTYYTYVÄISYYS TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Hoidon laatu ja asiakastyytyväisyys

Terveydenhuollossa monet lait velvoittavat, että hoidon tulee olla laadukasta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito on järjestettävä siten, ettei ihmisarvoa loukata, ja potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 17.8.1992/785.) Myös terveydenhuoltolain mukaan toiminnan tulee olla laadukasta ja turvallista. Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoitokäytäntöihin. (Terveydenhuoltolaki L 30.12.2010/1326.) Lisäksi laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä potilasvahinkolaki säätävät laadun hoitotoiminnalle edellyttämällä ammattilaisia käyttämään yleisesti hyväksyttyjä menettelytapoja potilaan hoidossa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L 28.6.1994/559; Potilasvahinkolaki L 25.7.1986/585).

Hoidon laatua voidaan määritellä esimerkiksi arvioimalla, kohtaavatko käyttäjien odotukset ja palvelu keskenään tai miten hyvin palvelu täyttää aiotun tarkoituksen (Hiidenhovi 2001, 34 – 35). Laatu on asiakkaan näkemys palvelun toimivuudesta, ja vain asiakas voi kertoa, onko laatu hyvää vai huonoa. Laatua tulisikin aina tarkastella asiakkaan näkökulmasta. Asiakkaan laatukokemukseen vaikuttavat asiakkaan tarpeet ja aikaisemmat kokemukset. Palvelun laadun ulottuvuuksia asiakkaan kannalta ovat muun muassa palvelujen luotettavuus, henkilökunnan pätevyys, palvelujen saavutettavuus ja turvallisuus sekä palveluympäristö. Nämä kaikki tekijät määrittävät asiakkaan kokeman palvelun laadun. (Ylikoski 2001, 117 – 118, 123 – 133.) Terveydenhuoltolain mukaan sairaalan tai terveyskeskuksen on tehtävä suunnitelma laadunhallinnasta omassa terveydenhuollon yksikössään, jotta hoidon laatu säilyisi (Terveydenhuoltolaki L 30.12.2010/1326).

Nykypäivänä asiakkaat ovat entistä tarkempia palvelujen laadun suhteen, mikä näkyy myös terveydenhuollossa. Asiakkailla on korkeammat odotukset ja vaatimukset palveluita kohtaan, ja he antavat nykyään myös herkemmin ja rohkeammin palautetta. Asiakaslähtöinen toimiminen tarkoittaa asiakkaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta, joka on tasa-arvoista ja aitoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on tärkeää, että asiakkaan hoito on yksilöllistä ja se vastaa asiakkaan tarpeisiin juuri hänen näkökulmastaan. Terveydenhuollon asiakkaiden erityispiirteinä ovat asiakkaiden vaihtelevat tarpeet ja ongelmat, mikä on haaste asiakaslähtöisyydelle. Esimerkiksi sairauden tai vamman takia asiakas ei aina kykene olemaan tasavertaisessa kumppanuussuhteessa ammattilaisen kanssa. Terveydenhuoltoalalla tulee muistaa ottaa huomioon myös palaute niiltä asiakkailta, jotka eivät kykene omatoimisesti antamaan palautetta, kuten esimerkiksi muistisairaat vanhukset. (Outinen ja Lindqvist 1999, 12 – 13.)

Asiakastyytyväisyys kuvaa hoidon laatua asiakkaan näkökulmasta ja sitä, miten hyvin asiakkaan odotukset täytetään. Asiakastyytyväisyys ja laatu eivät kuitenkaan ole synonyymejä keskenään, koska tyytyväisyyteen vaikuttavat myös muut palvelukokemukseen liittyvät asiat, kuten asiakkaan saama arvo, palvelun hinta ja ympäristö. (Kvist 2004, 26 – 27; Ylikoski 2001, 151 – 154.) Asiakastyytyväisyys on monen tekijän summa, eikä sen kaikkiin tekijöihin voi palveluntarjoaja edes vaikuttaa, kuten

asiakkaan kokemaan kiireeseen. Jokainen asiakas on yksilö, ja sen takia toinen asiakas voi kokea palvelun todella hyväksi ja toinen taas huonoksi. (Ylikoski 2001, 149, 153.) Fridlund, Johansson ja Oléni (2002) totesivat kirjallisuuskatsauksessaan, että asiakkaan tyytyväisyys on merkittävä hoidon laadun tekijä. Heidän mielestään laadukkaaseen hoitoon kuuluu asiakkaiden tyytyväisyyden kartoittaminen, ja sairaanhoitajien on tiedettävä, mitkä tekijät vaikuttavat asiakkaiden tyytyväisyyteen.

Asiakaslähtöisessä työssä on tärkeää, että asiakkaat pääsevät itse arvioimaan ja kehittämään palveluita. Asiakkailla ja omaisilla tulee olla mahdollisuus osallistua työn laadun kehittämiseen, eli asiakkailla tulee olla mahdollisuus antaa vaikuttaville tahoille kehittämisehdotuksia esimerkiksi palautelomakkeen avulla. Asiakkaalla tulee olla myös mahdollisuus tehdä potilasvahinkoilmoitus ja tarvittaessa hänen tulee saada myös apua ilmoituksen laatimiseen. Potilasvahinkoilmoitus laaditaan, jos henkilö epäilee saaneensa virheellistä tai puutteellista hoitoa. (Koivuranta-Vaara 2011, 6,9; Outinen ja Lindqvist 1999, 7, 11; Potilasvahinkolaki L 25.7.1986/585.)

Asiakastyytyväisyystutkimuksen tulosten avulla voidaan tehdä toimenpiteitä asiakastyytyväisyyden parantamiseksi. Asiakastyytyväisyystutkimuksessa neljä päätavoitetta on:

1. Asiakastyytyväisyyteen vaikuttavien tekijöiden selvittäminen
2. Tämänhetkisen asiakastyytyväisyyden mittaaminen
3. Toimenpide-ehdotusten tuottaminen
4. Asiakastyytyväisyyden kehittymisen seuranta (Ylikoski 2001, 149, 156).

Meidän asiakastyytyväisyystutkimuksessamme tavoitteemme on mitata asiakkaiden tämänhetkistä tyytyväisyyttä (tavoite 2). Voimme myös mahdollisesti tuottaa joitakin toimenpide-ehdotuksia. Jatkossa INR-poliklinikka voi seurata asiakastyytyväisyyden kehittymistä teettämällä uusia seurantatutkimuksia asiakkaiden tyytyväisyydestä.

Asiakkaat odottavat, että tutkimustulosten perusteella tehdään muutoksia toiminnan kehittämiseksi, muuten tyytyväisyyden tutkimisella ei olisi merkitystä. Tyytyväisyyttä tulee seurata myös jatkossa jotta nähdään, mihin suuntaan asiakastyytyväisyys kehittyy, ja auttavatko tehdyt toimenpiteet. (Ylikoski 2001, 149, 155 – 156). INR-poliklinikalla työntekijät saavat myös melko usein suoraa palautetta toiminnastaan, koska asiakkaat kertovat käynnin aikana tyytyväisyydestään toimintaa kohtaan. Meidän tutkimuksemme tarkoitus on kartoittaa asiakkaiden kokemuksia perusteellisemmin ja syvällisemmin, joten tutkimuksemme on hyvä tehdä nyt poliklinikan toiminnan alkutaipaleella, jotta mahdolliset kehitysideat tulevat nopeasti julki.

Tutkimuksessa asiakastyytyväisyyden mittaaminen ei ole aina luotettava menetelmä, koska tyytyväisyys on hyvin subjektiivinen käsite. Asiakkaat voivat antaa palautetta myös muilta kuullun tiedon perusteella. Asiakastyytyväisyyden mittaaminen hoidon laatua arvioitaessa on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää, koska palveluita kehitetään asiakkaiden tarpeiden mukaan. Asiakastyytymättömyydellä on todettu olevan vaikutusta asiakkaan ja ammattilaisen väliseen suhteeseen sekä asiakkaan käyttäytymiseen, ja vaikutus voi kestää pitkään. (Hiidenhovi 2001, 28, 31 – 33; Kvist 2004, 28.)

2.2 Omahoito ja hoitoon sitoutuminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaspalvelun erityispiirteenä on se, ettei asiakkaalle anneta suoria ratkaisuja hoitohenkilöstön toimesta. Tavoitteena on, että asiakas käyttää omia voimavarojaan ratkaisujen löytämisessä. Toimintaperiaate on, että asiakas voi omalla toiminnallaan vaikuttaa terveyteensä. INR-poliklinikan asiakkailla on suuri vastuu omasta terveydestään, koska elämäntavat vaikuttavat suuresti varfariinihoitoon. Poliklinikalla asiakkaita neuvotaan ja tuetaan elämäntapoihin liittyvissä asioissa, jotta turvallinen lääkehoito toteutuisi. Asiakkaan oma näkemys hänen terveydentilastaan ja hoidostaan tulee ottaa huomioon, kuten asiakkaan toiveetkin hoitoa kohtaan. Asiakaslähtöisyyteen kuuluu tiiviisti myös asiakkaiden tasa-arvoinen ja yksilöllinen kohtelu. (Koivuranta-Vaara 2011, 6; Outinen ja Lindqvist 1999, 7 – 8, 12.)

Perinteisen asiantuntijamallin mukaan ammattihenkilö asettaa hoidon tavoitteet ja antaa hoitomääräykset (Hentinen ja Kyngäs 2008, 61). Asiantuntijakeskeisen hoitosuhteen ongelmana on asiakkaan kokema epäonnistumisen pelko tai pelko ammattihenkilön moitteita kohtaan. Asiakkaan hoitoon sitoutumista ja vastuun ottamista omasta terveydestään tehostaa asiakkaan itsehallinta ja oman sairauden asiantuntijana toimiminen. Asiakkaan omahoito on asiakkaan, henkilökunnan ja terveydenhuollon järjestelmän yhteistyötä, jonka tavoitteena on asiakkaan hyvinvointi ja parempi terveys. Omahoito on henkilön taitoa hoitaa itseään hyvin, sekä sopeutumista elämään oman sairauden kanssa. (Airaksinen, Mäntyranta, Pitkälä ja Routasalo 2009; Lawn, McMillan ja Pulvirenti 2011, 305 – 309.)

Omahoidon avulla asiakas ja hoitohenkilöstö pystyvät tekemään tietoisia valintoja hoitoon liittyen ja saamaan uusia näkökulmia hoidon ongelmakohtiin. Hoidosta voidaan keskustella ja sopia asiakkaan kanssa yhdessä, mutta asiakas tekee itse päätöksen terveyteensä liittyvistä asioista ja siitä, noudattaako hän hoito-ohjeita. Ammattihenkilö selvittää asiakkaan taustan ja toiveet hoidon suhteen. Ammattihenkilön tehtävä on antaa asiakkaalle oikeanlaista tietoa, neuvotella asiakkaan kanssa hoidosta ja motivoida häntä hoitoon. (Airaksinen ym. 2009; Lawn ym. 2011, 305 – 309.) Asiakaslähtöisen ohjauksen lähtökohtana on ammattihenkilön ja asiakkaan jaettu asiantuntijuus ja yhteinen vastuu. Ohjauksessa on otettava huomioon asiakkaan ohjaustarpeet; vastasairastuneella ja jo monia vuosia sairastaneella henkilöllä ohjaus on hyvin erilaista, ja ammattihenkilön tulee tietää miten ohjaus toteutetaan eri tilanteissa. (Hentinen ja Kyngäs 2008, 77 – 78, 90.)

Antikoagulanttihoidossa asiakkaan omahoito tulee lisääntymään tulevaisuudessa. Omahoito on aloitettu niillä paikkakunnilla, joilla on jo toimiva INR-poliklinikka. Omahoitomallissa asiakkaan vastuuta lisätään turvallisissa rajoissa. Hoitoon sitoutuminen paranee, kun asiakasta koulutetaan ja asiakkaan oma vastuu hoidosta lisääntyy. Omahoitoon soveltuvien asiakkaiden tulee olla hoitomyönteisiä ja INR-arvon on pitänyt pysyä hoitotasolla vähintään kuukauden ja kolmen peräkkäisen mittauksen ajan. Asiakkaan tulee suorittaa Marevan® -ajokortti ja hänen tulee käydä omahoito-ohjauksessa. Omahoidon toteuttaminen vaatii INR-poliklinikan toimintaa tueksi, jotta omahoito voidaan toteuttaa turvallisesti. (Puhakka 2011a, 7 – 8, 11; Rissanen 2016-01-14.)

Omahoidon tukemisessa keskeisiä käsitteitä omat voimaantuminen, autonomia ja pystyvyyden tunne. Voimaantuminen on asiakkaan kykyä tunnistaa omat ongelmansa ja voimavaransa, ja omien voimavarojen käyttämistä ongelmien ratkaisemiseksi. Ammattihenkilö tukee asiakasta voimavarojen löytämisessä ja niiden hyödyntämisessä. Pystyvyyden tunne on luottamusta omiin kykyihin, ja se kehittyy silloin, kun asiakas pystyy omilla kokemuksillaan ja teoillaan saavuttamaan jotain. Autonomia on asiakkaan vapaaseen tahtoon ja valintoihin liittyvää toimintaa. Näitä kaikkia osa-alueita ammattihenkilö voi tukea toiminnallaan, mutta se vaatii ammattihenkilöltä ajattelutavan muutosta perinteisestä hoitaja-potilassuhteen auktoriteettimallista. Asiakkaan täytyy pystyä olemaan avoin ja rehellinen asioistaan ammattihenkilölle, jolta vaaditaan sallivuutta epäonnistumisiakin kohtaan. (Airaksinen ym. 2009; Hentinen ja Kyngäs 2009, 47, 58.)

Hoitoon sitoutuminen tulee erottaa hoitomyöntyvyydestä. Hoitomyönteinen asiakas on kuuliainen ja tottelee ammattihenkilön antamia ohjeita, kun taas hoitoon sitoutunut on samoilla linjoilla hoidosta ammattihenkilön kanssa, ja näin hoito toteutuu varmemmin. (Hentinen ja Kyngäs 2008, 20; Lääketietokeskus 2003, 21 – 22.) Hoitoon sitoutunut asiakas haluaa oppia ja kerätä tietoa sekä soveltaa sitä itsensä hoitamiseen. Hoitoon sitoutuminen edellyttää, että asiakas kokee hoidon merkitykselliseksi asiaksi elämässään. (Hentinen ja Kyngäs 2008, 78.) Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet sekä sisäiset että ulkoiset tekijät, joita on esitetty taulukossa 1. Lisäksi lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet lääkkeeseen liittyvät seikat, kuten sivuvaikutukset ja lääkkeen ottamiseen liittyvät asiat (Hentinen ja Kyngäs 2008, 198).

TAULUKKO 1. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä (Airaksinen ym. 2009; Hentinen ja Kyngäs 2008, 26.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä
Ammattihenkilöön liittyvät tekijät (luottamus ja vuorovaikutus)
Elämänasenteet ja arvot
Hoidosta saadut hyödyt ja haitat
Kognitiiviset tekijät (muisti ja ohjeiden ymmärtäminen)
Pelot sairautta tai kuolemaa kohtaan
Persoonallisuustekijät (mukavuudenhalu ja päättäväisyys)
Sairauden ja oireiden vakavuus
Sosiaalisen verkoston tuki
Terveydenhuoltojärjestelmä (palvelujen saatavuus ja hinta, hoidon jatkuvuus)

Paukama (2008) on tutkinut pro gradussaan antikoagulaatiopotilaan hoitoon sitoutumista. Tutkimukseen osallistui 139 henkilöä, joista 51 % arvioitiin olevan hyvin hoitoon sitoutuneita. Parhaiten hoitoon sitoutuneita olivat naiset, rytmihäiriöpotilaat ja potilaat, joilla hoito oli kestänyt 1 – 3 vuotta tai joiden INR-kokeiden väli on 1 – 2 viikkoa. Hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä olivat normaaliuden tunne ja motivaatio hoitoon. Huonoiten hoitoon sitoutuneita olivat potilaat, jotka eivät tienneet hoidon syytä tai joiden hoito oli kestänyt alle vuoden tai yli 3 vuotta. (Paukama 2008.)

Asiakkaiden hoitoon sitoutumisella on myös merkitystä yhteiskunnallisella tasolla. Hoitotulokset syntyvät asiakkaan hyvästä itsensä hoitamisesta eikä siitä, mitä yhdellä hoitojaksolla sairaalassa tapahtuu. Hoidon tulokset eivät ilmene lyhyen hoitojakson aikana, vaan niihin vaaditaan asiakkaan omia ponnisteluja. Hyvä hoito ehkäisee sairauksien puhkeamista ja liitännäissairauksia, jolloin hoidon tarve vähenee ja syntyy säästöjä. Säästöjä tuovat myös ihmisten terveyden koheneminen, työvuosien lisääntyminen ja sairauspäivien väheneminen. Hoitoon sitoutumisen edistäminen lisää terveydenhuollon henkilöstön vastuuta, koska hoitoon sitoutuminen on pitkä, mahdollisesti asiakkaan loppuelämän kestävä prosessi. Se vaatii ammattihenkilöiltä uusien tietojen ja taitojen oppimista sekä uudenlaista suhtautumista omaan työhön. (Hentinen ja Kyngäs 2008, 23 – 25.)

On arvioitu, että kroonista sairautta sairastavista henkilöistä noin 50 % hoitaa sairauttaan ohjeiden mukaan. Kehitysmaiden prosenttiluku on vielä pienempi. Pitkäaikaisten hoitojen laiminlyönti ja potilaiden huono hoitoon sitoutuminen ovat maailmanlaajuisia ongelmia, ja ne huonontavat ihmisten terveyttä ja tuovat lisäkustannuksia terveydenhuollolle. Vähäkustanteisten hoitoon sitoutumista edistävien toimenpiteiden on todettu tuovan säästöjä terveydenhuollolle, ja niiden kehittämiseen tulisi panostaa. (Lääketietokeskus 2003, 15, 25.)

Vuonna 2015 tehdyssä Itä-Suomen yliopiston ja Turun yliopiston tutkimuksessa tutkittiin statiinilääkkeiden käyttöä sepelvaltimotaudin ehkäisyssä. Tutkimuksessa vertailtiin lääkkeensä säännöllisesti ottavia ja täysin hoitoon sitoutuneita potilaita potilaisiin, jotka ottivat lääkkeensä epäsäännöllisesti. Potilaiden riski sairastua sepelvaltimotautiin pieneni, kun potilaat sitoutuivat statiinihoitoon täysin. Hoidon kustannusvaikuttavuuden todettiin paranevan, kun potilaat sitoutuvat hoitoon ja ottavat lääkkeet säännöllisesti. Tutkimuksen mukaan potilaiden hoitoon sitoutumiseen tulisi kiinnittää jatkossa enemmän huomiota, jotta statiinihoidon kulut eivät nouse ja lääkehoito olisi tehokasta potilaille. Uusia tapoja potilaiden hoitoon sitoutumisen parantamiseksi tulee kehittää. (Aarnio, Huupponen, Korhonen ja Martikainen 2015.)

3 ANTIKOAGULANTTIHOITO

Antikoagulanttihoito on nykyään yleinen hoitomuoto, ja hoitoon tulevien asiakkaiden määrä on nousussa. Antikoagulanttihoidossa käytetään yleisimmin varfariinia, mutta myös pienimolekyylistä hepariinia ja uusia suun kautta otettavia antikoagulantteja. Hoito aloitetaan, kun henkilöllä on lisääntynyt verisuonitukoksen vaara. Hoidon tavoitteena on ehkäistä verihyytymien paikallinen kehittyminen tai estää jo syntyneen hyytymän kasvua ja kulkeutumista muualle elimistöön. (Albäck, Armstrong, Asmundela, Backman, Groundstoroem, Halinen, Joutsi-Korhonen, Kalliokoski ja Lassila 2011; Kallio ja Lassila 2013, 657; Sydänliitto 2012.) Sydämen eteisvärinä eli flimmeri on yleisin syy säännölliseen antikoagulanttihoitoon. Muita käyttöaiheita ovat syvän laskimotukoksen tai keuhkoveritulpan ehkäisy ja hoito, sydämen keinoläpät, vaikea sydämen vajaatoiminta sekä aivoverenkierron häiriöt. Myös osa sydäninfarkti- ja pallolaajennuspotilaista tarvitsee antikoagulanttihoitoa. Varfariinihoidon hoitotasot vaihtelevat eri sairauksien mukaan. Varfariinihoidon käyttöaiheet ja hoitotasot on esitetty taulukossa 2. (Ellonen ja Mustajoki 2015; Pirmohamed ja Wadelius 2007; Puhakka 2011b.)

TAULUKKO 2. Varfariinihoidon käyttöaiheet ja hoitotasot (Huslab 2005; Jäntti 2015-11-16; Puhakka 2011b.)

Käyttöaihe	**INR-arvo**
Aivoverenkiertohäiriö	2 – 3
Keuhkoveritulppa (3 – 6 kk sitten)	2 – 3
Rytmihäiriöt (eteivärinä, eteislepatus ym.)	2 – 3
Sydämen keinoläppä, biologinen aortta – ja mitraaliläppä sekä mekaaninen aorttaläppä	2 – 3
Sydämen keinoläppä, mekaaninen mitraaliläppä	2,5 – 3,5
Sydäninfarktin ja pallolaajennuksen jälkihoito	2 – 3
Syvä laskimotukos (3 – 6 kk sitten)	2 – 3
Tromboosin estohoito	2 – 3
Vaikea sydämen vajaatoiminta	2 – 3

Antikoagulanttihoitoa aloittaessa muodostetaan kokonaiskuva asiakkaasta ja kartoitetaan asiat, jotka on otettava huomioon hoidon aikana. Hoidon aikana on huomioitava asiakkaan yksilöllisyys. Muistisairaan asiakkaan kohdalla tulee selvittää, ottaako hän itse lääkkeensä vai antaako ne joku muu, ja kirjataanko henkilölle viikkoannos milligrammoina vai tabletteina. Antikoagulanttihoito voi olla tilapäistä tai pysyvää, ja lääkäri päättää sen aloituksesta ja lopetuksesta. (Ellonen ja Mustajoki 2015; Länsipuro ja Puhakka 2011; Puhakka 2011a, 17.) Verenvuodot ovat haasteellisimpia antikoagulanttihoidon haittavaikutuksia. Pienet verenvuodot, kuten verivirtsaisuus ja nenä- ja ienverenvuodot ovat yleensä vaarattomia. Vakavia verenvuotoja ovat aivoverenvuoto tai ruoansulatuskanavan vuoto, jol-

loin hoito tulee keskeyttää välittömästi. Muita suhteellisen harvinaisia haittavaikutuksia ovat ruoansulatuskanavan häiriöt ja iho-ongelmat. (Kallio ja Lassila 2013, 658.)

Antikoagulanttihoidon arviointiin on kehitelty erilaisia mittareita hoitohenkilökunnan työn tueksi. Eteisvärinäpotilaan antikoagulanttihoidon tarvetta voidaan arvioida CHADS2-laskurin avulla. CHADS2 tulee sanoista Congestive heart failure, Hypertension, Age, Diabetes ja Stroke. Koska aiemmasta aivohalvauksesta tai TIA:sta saa kaksi pistettä, sen perään on lisätty numero kaksi laskurin nimessä. Laskurin avulla arvioidaan eteisvärinäpotilaan tukosriskiä. Mikäli potilas saa riskipisteytyksessä nolla pistettä, suositellaan ASA-lääkitystä. ASA-lääkitys eli asityylisalisyylihappo ehkäisee hyytymiä ja tukoksia kuten varfariini. Yhdellä pisteellä voidaan lääkärin harkinnan mukaan käyttää joko ASA-lääkitystä tai aloittaa varfariinihoito. Mikäli potilas saa kaksi pistettä tai enemmän, suositellaan varfariinihoidon aloitusta. (Kettunen 2014; Puhakka 2011b.)

TAULUKKO 3. CHADS2-laskuri (Puhakka 2011b.)

Potilaan tausta	**Pisteet**
Aiempi aivohalvaus tai TIA	2
Diabetes	1
Hypertonia eli korkea verenpaine	1
Ikä yli 75 vuotta	1
Sydämen vajaatoiminta	1

Varfariinin ja pienimolekyylisen hepariinin lisäksi on olemassa uusia suun kautta otettavia antikoagulantteja, joita ovat dabigatraani, rivaroksabaani ja apiksabaani. Uusissa antikoagulanteissa hyviä puolia ovat hoidon helpompi toteutus, lääkkeen vaikutuksen nopea alku ja loppu, jatkuvan laboratorioseurannan aiheettomuus sekä vähäiset yhteisvaikutukset ruoka- tai lääkeaineiden kanssa. Uusiin antikoagulantteihin liittyy myös epävarmuustekijöitä, kuten vastalääkkeen puuttuminen. Vastetta ei seurata yleensä laboratoriokokein, mutta vasteen arviointia pitäisi parantaa hätätilanteita, kuten runsaita verenvuotoja tai äkillisiä toimenpiteitä varten. Uudet antikoagulantit ovat myös melko kalliita verrattuna varfariiniin, ja niiden käyttöön on olemassa joitakin vasta-aiheita, esimerkiksi vaikeat läppäviat. (Albäck ym. 2011; Eteisvärinä 2015; Kjærgaard 2015.)

3.1 Varfariini ja hoidon seuranta

Varfariini on yleisimmin käytettävä lääkeaine antikoagulanttihoidossa. Varfariinihoidon tarkoitus on vähentää hyytymistaipumusta riittävästi vuotojen välttämiseksi kuitenkin niin, että veritulpan vaara vähenee. Varfariini estää hyytymistekijöiden muodostumista maksassa, jonka seurauksena veren hyytymistaipumus vähenee. Varfariini estää K-vitamiinin vaikutusta, jota maksa tarvitsee hyytymistekijöiden valmistukseen. Jos henkilö saa K-vitamiinia hyvin paljon esimerkiksi ruoasta, voi varfariinin teho laskea. (Eskelinen 2012; Marevan 2015.)

Varfariini annostellaan yksilöllisesti veren hyytymistekijöiden sekä henkilön ruokavalion ja muiden elämäntapojen mukaan. Varfariinin kauppanimi on Marevan®, jota myydään sekä 3 mg että 5 mg vahvuisena. Molemmissa tableteissa on jakouurre. Lääke otetaan kerran vuorokaudessa mieluiten samaan aikaan päivästä. Lääkkeen vaikutus alkaa muutaman päivän sisällä lääkityksen aloituksesta. Tavoitteena on pitää päiväannokset mahdollisimman samansuuruisina. Pitkäaikaisessa vakaassa hoidossa Marevan® -viikkoannos pysyy samana. Varfariinilääkitystä käyttävillä henkilöillä lääkityksen kesto on yksilöllistä, ja esimerkiksi laskimotukoksen hoidossa lääkitys voi kestää vain muutaman kuukauden. Lääkitys on pysyvää esimerkiksi kroonisen eteisvärinän hoidossa. (Eskelinen 2012; Marevan 2015; Puhakka 2011b.)

Aiemmin varfariinilääkitystä käyttäviä asiakkaita varoitettiin tummanvihreiden kasvisten käytöstä, koska ne sisältävät runsaasti varfariinin vastavaikuttajaa K-vitamiinia. Nykyään asiakkaita ohjeistetaan käyttämään kasviksia normaalisti, mutta niitä tulisi syödä päivittäin ja yhtä suuria määriä, jotta K-vitamiinin saanti ei vaihtelisi suuresti. Kuitenkin esimerkiksi tilanteessa, jossa henkilö aloittaa kasvisruokavalion, voidaan varfariinilääkitystä joutua muuttamaan. Myös jotkut luontaistuotteet ja rohdosvalmisteet, kuten mäkikuisma, omeaga 3 ja gojimarja, voivat vaikuttaa varfariinin tehoon heikentäen tai voimistaen sitä. Runsasta alkoholin käyttöä tulisi välttää, mutta 1 – 2 annosta olutta tai viiniä ei ole haitaksi hoidon kannalta. (Ellonen ja Mustajoki 2015; Eskelinen 2012; Eteisvärinä 2015; Kjærgaard 2015; Länsipuro ja Puhakka 2011.)

Varfariinin käytön vasta-aiheita ovat muun muassa vaikeat verenvuodot, monet suoliston sairaudet sekä raskaus. Kaatuilutaipumus sekä asiakkaan ymmärrykseen liittyvät sairaudet ovat myös hoidon vasta-aiheita. Rajatapauksissa punnitaan varfariinin hyödyt ja haitat, ja aloitetaan lääkitys sen mukaan. Varfariinihoidon vasta-aiheita on lueteltu taulukossa 4. (Kallio ja Lassila 2013, 657; Kjærgaard 2015; Puhakka 2011b.)

TAULUKKO 4. Varfariinihoidon vasta-aiheet (Kallio ja Lassila 2013, 657; Puhakka 2011b.)

Varfariinihoidon vasta-aiheet
Aikaisempi tai hoidon aikainen vaikea verenvuoto (aivoverenvuoto)
Alkoholismi
Dementia
Kaatuilutaipumus
Kontrolloimaton verenpainetauti
Raskaus
Ruokatorven laskimolaajentumat
Suoliston kasvaimet
Suolistotulehdus
Vaikea anemia tai trombosytopenia
Vaikea maksan vajaatoiminta

Varfariinihoitoa seurataan mittaamalla verestä tromboplastiiniaikaa (P-TT) eli maksaperäisten K-vitamiinista riippuvien hyytymistekijöiden osuutta hyytymistapahtumassa. Tromboplastiiniaikaa mittaamalla saadaan selville hoidon teho. Tulos ilmaistaan INR-arvona, joka saadaan käyttämällä valtakunnallisesti sovittua laskentakaavaa. INR-termi tulee englannin kielen sanoista International Normalized Ratio. INR-arvo on ollut käytössä oraalisen antikoagulanttihoidon seurannassa 1.1.2001 lähtien, ja sen avulla voidaan vertailla mittaustuloksia mittausmenetelmästä riippumatta. INR-tutkimusta käytetään eniten antikoagulanttihoidossa varfariinin tehon seuraamiseen, mutta tutkimusta voidaan käyttää myös esimerkiksi hyytymishäiriöiden seurannassa ja ennen toimenpiteitä. (Fimlab 2011; Kjærgaard 2015; Tykslab 2014.)

INR-näyte voidaan ottaa mihin aikaan vuorokaudesta tahansa. Näytteenottoon ei vaikuta ruokailu tai lääkkeenoton ajankohta. INR-vieritestauksella tarkoitetaan sormenpään ihopistosnäytteenä otetusta verinäytteestä tehtävää INR-määritystä. INR-poliklinikan toiminta perustuu vieritutkimukseen. Vieritestin voi ottaa henkilö, joka on saanut INR-mittaukseen liittyvän koulutuksen. Kolmella ensimmäisellä kerralla otetaan vieritestauksen lisäksi myös laskimoverinäyte. Pitkäaikaisella varfariinin käyttäjällä on analysoitava INR-vieritestauksen tulos myös rinnakkaisella laskimoverinäytteellä kaksi kertaa vuodessa. Näin varmistutaan, ettei mahdollinen häiriötekijä kuten vaikea anemia, verenvuoto tai tulehdustauti vaikuta tulostasoon. (PSSHP 2014; Puhakka 2011a, 20 – 21.) Hoidon alussa INR-arvo mitataan usein, kun etsitään oikeaa annostusta. Myöhemmin kun INR-arvon todetaan pysyvän vakaana, riittävät harvemmat mittaukset. Tällöin mittausväli voi olla esimerkiksi neljästä kahdeksaan viikkoon. Hoitotasapainon löytämisen vuoksi antikoagulanttihoito edellyttää tarkkaa varfariinin annostelua. (Eskelinen 2012; Kjærgaard 2015; Marevan 2015.)

Hoidon aikana asiakkaan tulee käydä säännöllisesti verenpaineseurannassa sekä erilaisissa verikoeseurannoissa. INR-seuranta on yksilöllistä ja vaihtelee suuresti eri henkilöiden välillä. Mikäli asiakas sairastaa munuaisten vajaatoimintaa tai hoito ei ole tasapainossa, tulee hänen käydä seurannassa noin kahden viikon välein ja laboratoriokokeissa kahden kuukauden välein. (Albäck ym. 2011.) Varfariinin hyötyihin ei välttämättä päästä ollenkaan, etenkin jos hoitotasapaino on epävakaa eikä asiakas sitoudu hoitoon riittävästi. Hoitohenkilökunnan tulisi kannustaa asiakkaita ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. (Peura ja Puhakka 2011.)

3.2 Tukos- ja vuotoriskin arviointi

Tukos- ja vuotoriskiä arvioidaan asiakkaan elintapojen, sairauksien ja INR-arvon avulla. Jos INR-arvo on alle tavoitetason, veri hyytyy liian nopeasti ja tukosriski kasvaa. Jos INR taas on liian korkea, potilaan vuotoriski kasvaa. Jos INR-tavoitetaso on 2 – 3, on veri jo kaksi tai kolme kertaa ohuempaa kuin ihmisellä, joka ei käytä varfariinihoitoa. Siksi liian matalaan ja liian korkeaan INR-arvoon on reagoitava. (Puhakka 2011b.)

Lääkäri tutkii asiakkaan tukostaipumusta kartoittamalla asiakkaan elämäntavat ja perussairaudet. Lääkärin tulee arvioida asiakkaan mahdollinen tukosriski ja sen vaikutus tavoitetasoon, kontrolliväliin ja pienimolekyylisen hepariinin kuten Klexanen® käyttöön. (Puhakka 2011a, 29.) Klexanea® käyte-

tään myös antikoagulanttihoidossa, eli ehkäisemään laskimotukoksien syntymistä (Klexane 2016). Korkean tukosriskin asiakkaalla varfariinihoidon rinnalle voidaan aloittaa pienimolekyylinen hepariinihoito, jos INR on liian matala (Albäck ym. 2011; Puhakka 2011a, 29). Haasteita hoidon arviointiin tuovat asiakkaan mahdollinen muistisairaus tai monilääkitys. Lisäksi samalla asiakkaalla saattaa olla sekä tukosriski että vuotoriski, mikä haastaa lääkärin pohtimaan hoidon hyötyjä suhteessa haittoihin. (Pirmohamed ja Wadelius 2007; Puhakka 2011b.)

Asiakkaalle on informoitava oireista, jotka voivat olla merkkejä jostakin poikkeavasta. Poikkeavia oireita ovat muun muassa mustelmat, runsas verenvuoto pienestäkin haavasta, verivirtsaisuus, musta uloste, veriyskökset tai -oksennus, ien- ja nenäverenvuoto, äkillinen vatsatauti, voimakas päänsärky, heikotus, tasapainovaikeudet, korkea verenpaine sekä yleiskunnon heikkeneminen. Mikäli asiakas huomaa poikkeavia oireita, tulee hänen ottaa yhteyttä terveyskeskukseen tai hoitopaikkaan. (Kjærgaard 2015; Puhakka 2011a, 17, 44; Sydänliitto 2012.)

Ennen Marevan® -hoidon aloitusta potilaalla on suurentunut tukosriski. Suuren tukosriskin potilaalle aiheuttaa alle kolme kuukautta vanha keuhkoembolia sekä mekaaninen sydämen keinoläppä. Pienen tukosriskin potilaita ovat muut Marevan® -hoidon käyttöaiheet. Tukosriskiä lisäävät useat lääkkeet, joista yleisimmät on lueteltu taulukossa 5. Luontaistuotteista mäkikuisma laskee INR-arvoa, samoin kuin K-vitamiinia sisältävät kasvikset. Myös runsas tupakointi ja A-, C- ja E-vitamiini voivat lisätä veren hyytymistä ja tukosriskiä. (Pirmohamed ja Wadelius 2007; Puhakka 2011b.)

TAULUKKO 5. Tukosriskiä lisääviä tekijöitä (Puhakka 2011b.)

Tukosriskiä lisääviä tekijöitä
A-, C- ja E-vitamiinit
Deksametasoni
Epilepsialääkkeet
Kolestyramiini
K-vitamiinia sisältävät kasvikset
Mianseriini
Mäkikuisma
Rifampisiini
Runsas tupakointi
Spironolaktoni

Hyvin useat lääkeaineet vahvistavat varfariinin vaikutusta. Alkoholin käyttö lisää vuotoriskiä, koska alkoholi sekoittaa maksan toimintaa sekä K-vitamiinin käsittelyä. Vuotoriskiä voivat lisäksi nostaa perinnöllisyys, aivometastaasit ja jotkin syöpäsairaudet, munuaisten vajaatoiminta, anemia, aivohalvaus ja alipaino. (Eteisvärinä 2015; Halinen 2001.) Verenvuotoihin liittyy lisäksi usein korkea ikä, hoitoon sitoutumattomuus ja lukuisten lääkkeiden käyttö (Halinen 2007). Yleisimpiä vuotoriskiä lisääviä lääkeaineita ja ei-sairaudellisia tekijöitä esitellään taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Vuotoriskiä lisääviä tekijöitä (Puhakka 2011b.)

Vuotoriskiä lisääviä tekijöitä
Alipaino
Alkoholi
Antibiootit
ASA-ryhmän lääkkeet
Astmalääkkeet
Happosalpaajat
Kihtilääkkeet
Kolesterolilääkkeet
Korkea ikä (yli 65 vuotta)
Luontaistuotteet
Masennuslääkkeet
Omega-3
Reumalääkkeet
Sienilääkkeet
Sydänlääkkeet
Syöpälääkkeet
Tyroksiini
Tulehduskipulääkkeet (kodeiini, tramadoli, kipugeelit, flunssalääkkeet)
Varfariini

Vuotoriskin määrittelyssä voidaan käyttää apuna vuotoriski-indeksiä. Jokaisesta kohdasta potilas saa yhden pisteen. Nolla pistettä tarkoittaa matalaa vuotoriskiä, jolloin kliinisesti merkittävän vuodon todennäköisyys on 0,8 %. 1 – 2 pistettä tarkoittaa kohtalaista vuotoriskiä, jolloin vuodon todennäköisyys on 2,5 % ja 3 – 4 pistettä korkeaa vuotoriskiä, jolloin vuodon todennäköisyys on 10,6 %. (Puhakka 2011b.)

TAULUKKO 7. Vuotoriski-indeksi (Puhakka 2011b.)

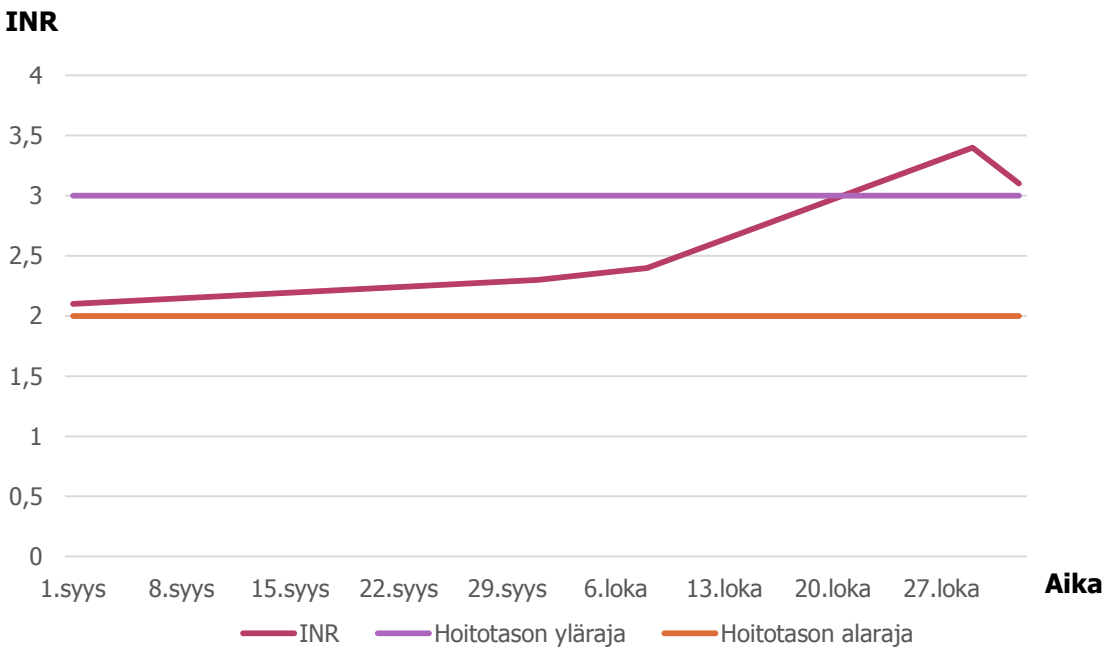
Vuotoriski-indeksi	**Pisteet**
Aiempi aivohalvaus	1
Aiempi GI-vuoto	1
Diabetes	1
Hematokriitti eli verisolujen tilavuus alle 30 %	1
Tuore sydäninfarkti tai sydämen vajaatoiminta	1
Huonontunut munuaisfunktio (GFR alle 30ml/min)	1
Ikä yli 65 vuotta	1

3.3 Hoitotasapainon arviointi

Varfariinihoidossa hoitotasapainoa voidaan arvioida TTR-arvon (Time in Therapeutic Range) perusteella. Arvon avulla lasketaan kokonaisaika, jolloin potilaan INR on ollut hoitotasolla. Se voidaan laskea joko potilaskohtaisesti tai hoitoyksikkökohtaisesti. TTR-analyysi sopii vakaan ja pitkäaikaisen hoidon seurantaan, eikä sitä voi laskea esimerkiksi raskausajan, trauman, akuuttien ja kroonisten tukosriskiä lisäävien sairauksien tai hepariinihoitoa vaativien toimenpiteiden aikana. (Helin, Holvitie, Joutsi-Korhonen, Lassila, Metso, Mäki ja Valtonen 2013.) Varfariinihoito toteutuu hyvin, kun TTR-arvo on yli 70 % eli INR-arvo on yli 70 % ajasta hoitotasolla. TTR-arvon tulee olla suurempi kuin 60 %, jotta hoito hyödyttää asiakasta. (Halinen 2013.) Taulukossa 8 ja kuviossa 1 esitetään esimerkki TTR:n laskemisesta.

TAULUKKO 8. INR-arvot (TTR-laskuri 2015.)

Päivämäärä	INR
1.9	2,1
1.10	2,3
8.10	2,4
29.10	3,4
1.11	3,1



KUVIO 1. TTR-arvon laskeminen INR-arvojen avulla (TTR-laskuri 2015.)

Kuviossa 1 näkyy, että aikavälillä 1.9. – 1.11. INR on määritetty 5 kertaa, ja INR-arvoista kolme viidestä on ollut hoitoalueella (INR 2 – 3). Tällöin TTR on 81.30 %. Halisen (2013) mukaan hoitotasapaino on hyvä, kun TTR on yli 70 %. Hyvän hoitotasapainon arvioinnin prosenttiluku vaihtelee hieman eri lähteiden mukaan. Terveysportin TTR-laskurin (2015) mukaan hoitotasapaino on hyvä, kun TTR on yli 75 %.

Britanniassa on tehty tutkimus henkilöille, joilla on todettu eteisvärinä. Tutkimuksessa niillä, joilla hoitotasapaino oli hyvä, ilmaantui aivohalvauksia vähän. Tutkittavilla, joilla TTR-arvo oli alle 30 %, ilmaantui aivohalvauksia jopa enemmän kuin potilailla, jotka eivät käyttäneet antikoagulanttihoitoa ollenkaan. Kun TTR-arvo oli suurempi kuin 60 %, aivohalvauksia ilmaantui antikoagulanttihoidon aikana vähemmän kuin ilman antikoagulanttihoitoa. Vähiten aivohalvauksia oli niillä henkilöillä, joilla TTR-arvo oli suurempi kuin 71 %. (Halinen 2013.)

Oulun kaupungin avoterveydenhuollossa on tutkittu TTR-arvoa. 2 940 potilaan aineistossa INR-määrityksiä oli tehty 46 806 eli keskimäärin 15,9 potilasta kohti vuodessa. INR-määrityksistä 63,8 % oli hoitotasolla (2 – 3). Tutkimuksessa oli laskettu myös potilaskohtainen TTR-arvo. Potilaskohtainen vaihtelu oli suurta. Varfariinihoito oli hyvällä hoitotasolla eli TTR-arvo oli yli 70 % 54,7 %:lla potilaista. Tutkittavilla henkilöillä TTR-arvon keskiarvo oli 66,4 %. (Hirsso, Kettunen, Leskelä, Schmidt ja Tähtinen 2013.) HUS-alueella sekä Vantaalla on tehty samankaltaisia tutkimuksia. HUS-alueella tulokset vastasivat hyvin Oulun tuloksia. (Helin, Joutsi-Korhonen, Lassila, Metso ja Mäki 2012.) Vantaalla potilaskohtaiset TTR-arvot olivat jonkin verran huonommat kuin Oulussa. Oulun alueella INR-mittauksessa käytiin keskimäärin useammin kuin Vantaalla. (Hirsso ym. 2013.)

Hyvään hoitotasapainoon pääseminen vaatii hoitoon sitoutumista, ja hyvä hoito perustuu varfariinin huolelliseen annosteluun. Kun varfariinihoitoa ei saada toteutumaan niin, että TTR on yli 60 %, uudet antikoagulantit ovat vaihtoehto varfariinihoitoon eteisvärinää sairastaville henkilöille. Myös uusien antikoagulanttien turvallinen käyttö perustuu siihen, että lääkeannokset otetaan ohjeen mukaisesti. (Halinen 2013.)

TTR-arvojen tarkastelu antikoagulanttihoidon tasapainon arvioinnissa on osin myös ongelmallista. Osalla potilaista käytetään yleisestä hoitotasosta (INR 2 – 3) korotettua tai pienempää hoitotasoa, jolloin TTR-laskurissa käytetty rajaus voi vääristää kokonaistulosta. Huonosti hoitoon sitoutuneet potilaat vaikuttavat TTR-arvoon laskevasti voimakkaammin kuin hyvin hoitoon sitoutuneet nostavasti. Epätasaisen TTR-jakauman vuoksi keskiarvo antaa paremman kuvan kokonaistilanteesta. Potilaskohtainen TTR-arvon seuranta antaa tietoa potilaan hoidosta pitkältä ajalta, ja auttaa hoidon suunnittelussa. TTR-arvo on hyvä laadun mittari hoidossa, mutta sen lisäksi tulee aina ottaa huomioon potilaan kokonaistilanne. Riskipotilaiden ja huonossa hoitotasapainossa olevien hoitoa tulee parantaa. (Helin ym. 2013.)

Hoitoyksiköt voivat myös arvioida toimintaansa TTR-arvon avulla. TTR-arvo kuvastaa hyvin varfariinihoidon toteutumista ja ammattihenkilön antaman ohjauksen onnistumista ja laatua. Yksiköissä,

joissa TTR on hyvä, myös uusien antikoagulanttien käytön yhteydessä on nähtävästi vähemmän antikoagulanttihoidon komplikaatioita kuin yksiköissä, joissa TTR on matalampi. (Helin ym. 2013.)

3.4 Hoitajavetoinen INR-poliklinikka

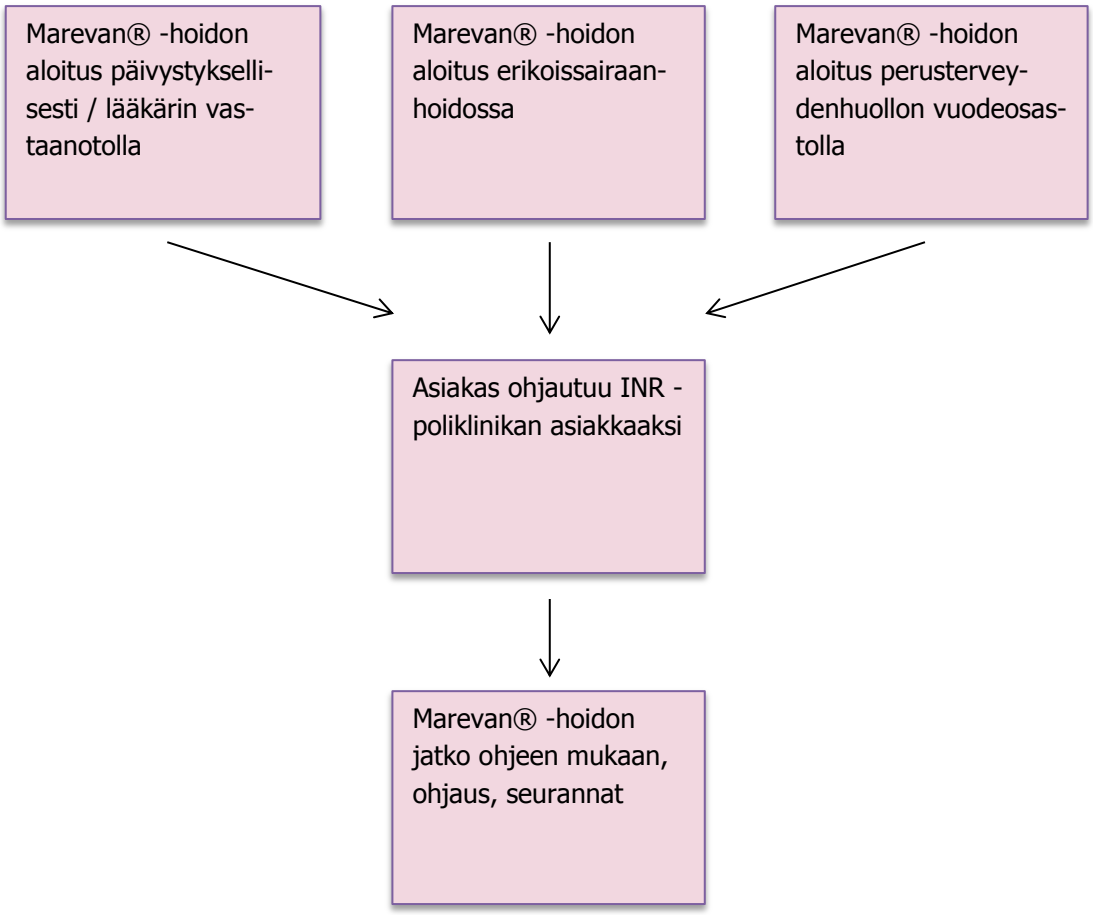
Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti kansallisen projektin *Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa* vuonna 2002. Projekti käynnistettiin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi valtioneuvoston periaatepäätöksen perusteella. Yhdessä sen osahankkeista kehitettiin terveydenhuollon eri henkilöstöryhmien keskinäistä työnjakoa. Tavoitteena oli hoitoon pääsyn ja henkilöstön saatavuuden turvaaminen sekä toimintatapojen uudistaminen. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat saivat projektin seurauksena laajemman toimenkuvan esimerkiksi pitkäaikaissairaiden seurannassa. (Hukkanen ja Vallimies-Patomäki 2005, 3, 11.) Tehtävänsiirtoa lääkäriltä hoitajille on alettu tehdä tämän hankkeen tiimoilta. Yhtenä näistä toimista on perustettu INR-poliklinikoita, joiden tarkoituksena on Marevan® -potilaiden hoidon keskittäminen lääkäriltä hoitajalle. Vastuu hoidosta pysyy kuitenkin edelleen lääkärillä. (Jäntti 2015-11-16.)

INR-poliklinikkatoiminta on alkanut Suomessa ensimmäisenä Kemissä. Vuonna 2002 Kemin kotisairaanhoito aloitti INR-pikamittaukset ja vuonna 2004 aloitettiin INR-poliklinikkatoiminta. INR-pikamittaukset ja INR-poliklinikat koettiin hyvänä palvelumuotona, ja Kemin toiminta lisäsi kiinnostusta INR-poliklinikkatoimintaa kohtaan myös muualla Suomessa. Nyt Suomessa on yhteensä 110 INR-poliklinikkaa ja kotihoidon yksikköä, joissa käytetään INR-pikamittausta. Näistä 25 on Pohjois-Savossa, ja niistä INR-poliklinikoita on 11. Tällä hetkellä arvioidaan, että INR-pikamittausta käyttäviä poliklinikoita ja kotihoidon yksikköjä tulee vuodessa noin 10 – 15 uutta. Vuonna 2016 uusia INR-poliklinikoita ja kotihoidon yksikköjä tulee Pohjois-Savoon 2 – 3 lisää. (Rissanen 2016-01-14.)

INR-poliklinikoiden toiminnan tulevaisuus näyttää hyvältä. INR-poliklinikoiden seurauksena asiakkaiden hoitoon sitoutuminen kasvaa ja hoito pysyy tasapainossa sekä INR tavoitealueella. Tästä voidaan päätellä, että hoitoon liittyvät komplikaatiot ja niihin liittyvät kustannukset vähenevät. Tulevaisuudessa uusien antikoagulanttien käyttöönotto voi hieman vähentää INR-poliklinikoiden kävijämäärää, sillä niiden käyttäjillä INR-arvoa ei tarvitse seurata niin tiheästi. Uusille antikoagulanteille myönnetty peruskorvattavuus laskee lääkkeiden hintaa, jolloin niiden käyttö voi lisääntyä. (Rissanen 2016-01-14.)

Keskitetty antikoagulanttihoito voidaan järjestää kouluttamalla INR-hoitajia. Heillä on oikeus määrittää varfariini- eli Marevan® -lääkeannokset sovittujen ohjeiden mukaisesti. Poliklinikalla työskentelevä INR-hoitaja suorittaa yleensä INR-vieritutkimuksen eli ottaa näytteen sormenpäästä. Kun tulos saadaan jo samalla käynnillä, INR-hoitaja voi tehdä hoitomuutokset välittömästi ja antaa myös muuta ohjausta. Sen on tutkittu lisäävän asiakkaiden INR-arvon tavoiterajoissa pysymistä ja vähentävän siten tavoitearvoista poikkeamiseen liittyviä komplikaatioita ja kuolleisuutta. Kun INR-tutkimuksen tulokset saadaan asiakkaan läsnäollessa, asiakas saa välittömästi asianmukaisen ohjauksen. Asiakkaiden on tutkittu pitävän enemmän vieritestinä tehtävästä INR-tutkimuksesta kuin laboratoriossa tehtävästä INR-tutkimuksesta. (Mäkitalo 2013; Puhakka 2011b.)

Marevan® -hoito voidaan aloittaa joko päivystyksellisesti, erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollon vuodeosastolla. Kaikista näistä paikoista asiakas ohjautuu akuuttivaiheen jälkeen INR-poliklinikalle Marevan® -hoidon jatkoseurantaan. (Jäntti 2015-11-16.) Kuviossa 2 on esitetty Marevan® -asiakkaan hoitopolku.



KUVIO 2. Marevan® -asiakkaan hoitopolku (Jäntti 2015-11-16.)

Hoidon aloitusvaiheessa laboratoriokokeista otetaan P-INR, B-PVK+Tromb, S-Alat, S-AFOS, S-Bil, B-APTT sekä P-Krea. P-INR otetaan jo ennen hoidon aloitusta, jotta tiedetään onko henkilöllä esimerkiksi luonnostaan korkea INR-arvo. Normaali INR-arvo ihmisellä, joka ei käytä varfariinihoitoa on 0,7 – 1,2. S-Alat, S-AFOS ja S-Bil selvittävät maksan ja munuaisten mahdollisia toimintahäiriöitä. PVK eli perusverenkuva antaa yleiskuvan verisoluista ja hemoglobiinista, ja B-APTT mittaa tromboplastiiniaikaa eli veren hyytymistekijöitä. Lisäksi aloituskäynnillä mitataan asiakkaan verenpaine sekä annetaan ohjausta ruokavaliosta ja muista varfariinihoitoon vaikuttavista asioista. Varfariinihoidon aloitusannoksen määrittelee INR-hoitaja, mikäli hoitava lääkäri ei ole varfariinin aloitusta ohjeistanut. Aloitusvaiheessa INR-arvo mitataan sekä varfariiniannos määritellään laskimoverinäytteiden perusteella (P-INR) 2 – 3 vuorokauden välein yhdestä kahteen kuukautta, tai kunnes hyvä hoitotasapaino on saavutettu. Tämän jälkeen voidaan siirtyä vieritestaukseen ja kontrollivälit pitenevät neljästä jopa kahdeksaan viikkoon. (PSSHP 2014; Puhakka 2011b.)

Kolmella ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä asiakkaalta otetaan pikamittarilla vierinäyte sormenpäästä (P-INR-HY) sekä suoniverinäyte laskimosta (P-INR). Jos mittaustulosten ero on 0,5 yksikköä tai vähemmän, voidaan siirtyä käyttämään pelkkää vieritestausta. Suoniverinäyte täytyy kontrolloida jatkossa kaksi kertaa vuodessa, jolloin samalla käynnillä suoritetaan sekä P-INR, että P-INR-HY. Jos tulokset vastaavat toisiaan, vieritestaukset jatkuvat jälleen normaalisti. Jos mittaustulosten ero on yli 0,5 yksikköä, asiakas ei sovellu vieritestaukseen. Tällöin varfariinihoidon seuraamista jatketaan laskimoverinäyttein. Jos INR-arvo on vieritestauksella alle 1,5 tai yli 3,5, otetaan myös laskimoverinäyte tuloksen varmistamiseksi. Tällöin varfariiniannosta ei voi määrittää poliklinikkakäynnin yhteydessä, vaan se määritellään laboratoriotulosten saavuttua, kuitenkin saman päivän aikana. (PSSHP 2014.)

Yksi poliklinikkakäynti kestää 10 – 20 minuuttia. Tässä ajassa koulutettu INR-hoitaja mittaa asiakkaan INR-arvon vierimittauksella, ja mikäli INR-arvo on välillä 1,5 – 3,5, määrittelee hän varfariiniannostelun jatkossa. Lisäksi hän antaa asiakkaalle uuden vastaanottoajan sekä tarvittaessa ohjausta hoitoon liittyen. Taulukossa 9 esitellään varfariinin annostus. (PSSHP 2014.)

TAULUKKO 9. Marevan® -annoksen määrittäminen (PSSHP 2014.)

INR	Varfariiniannoksen muutos	Seuraava kontrolli
1,1 – 1,4	Viikkoannoksen nosto 20 %	1 viikko
1,5 – 1,9	Viikkoannoksen nosto 10 %	1 – 2 viikkoa
2,0 – 3,0	Viikkoannos pysyy samana	4 – 8 viikkoa
3,1 – 5,0	Viikkoannoksen lasku 10 %	1 – 2 viikkoa, tarvittaessa tihennetysti
yli 5,0	Hoitaja konsultoi INR-vastuulääkäriä/hoitavaa lääkäriä. Konakion (K-vitamiini) 1 mg p.o., tauko varfariinista 2 vrk, viikkoannoksen pienennys 10–20 %	Hoitotauon jälkeen 1 viikko

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Pielaveden terveyskeskuksessa on aloitettu syksyllä 2014 INR-hoitajan poliklinikka, jossa INR-hoitaja seuraa asiakkaan INR-arvoja ja hoitotasoa. Antikoagulanttihoidon seuranta on siirretty lääkäriltä kyseiselle sairaanhoitajalle. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää asiakkaiden kokemuksia INR-poliklinikan toiminnasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla poliklinikan toimintaa voidaan kehittää.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Miten asiakkaat ovat kokeneet INR-poliklinikan toiminnan?
2. Mitkä asiat ovat parantaneet asiakkaiden INR-arvojen pysymistä hoitotasolla?
3. Miten INR-poliklinikan toimintaa voitaisiin kehittää?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksemme lähti käyntiin kyselylomakkeen suunnittelulla, jonka aloitimme keväällä 2015. Kesän 2015 jälkeen kävimme tutustumassa Pielaveden terveyskeskuksen INR-poliklinikan tiloihin ja toimintaan. Olimme INR-hoitajan mukana aamun vastaanotolla ja näimme itse, millaista työ on. Käynnillämme asiakkaat kertoivat oma-aloitteisesti kokemuksiaan ja näkemyksiään poliklinikan toiminnasta, mikä sai miettimään, olisiko haastattelu ollut parempi menetelmä tutkimuksessamme. Pysyimme kuitenkin alkuperäissuunnitelmassamme eli käytimme kyselylomaketta mittarina.

5.1 Tutkimusmenetelmät ja mittari

Käytimme opinnäytetyössämme tutkimusmenetelmänä laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullista tutkimusta tehdessä otetaan huomioon ihmisen yksilöllisyys ja kokemukset. Laadullisen tutkimuksen tutkimuskysymyksessä kysytään, mikä tai millainen joku ilmiö tai asia on, ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Tutkimusmenetelmä sopii parhaiten asenteiden, uskomusten ja käyttäytymisen syiden tutkimiseen. Aineisto kerätään usein haastattelemalla yksilöitä tai ryhmää, mutta myös esimerkiksi kyselylomake, päiväkirja tai essee voi toimia aineistonkeruumenetelmänä. Aineisto analysoidaan sisällönanalyysillä. (Aira ja Seppä 2010.)

Laadullisen tutkimusmenetelmän tuloksia ei tarvitse pystyä yleistämään, koska tavoitteena on kuvata ihmisten kokemuksia tai jotakin tiettyä ilmiötä, eikä tehdä tarkkoja tilastoja tutkimuksen tuloksista (Sarajärvi ja Tuomi 2009, 71 – 74). Halusimme kartoittaa tutkimuksessamme asiakkaiden tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä, joten laadullinen menetelmä sopi tarkoitukseemme. Tavoitteenamme oli saada selville asiakkaiden kokema tyytyväisyys uuteen järjestelmään ja kokonaisuuteen, ei pelkästään yhteen palvelutapahtumaan.

Mittarina tutkimuksessamme päätimme käyttää kyselylomaketta, jonka laadimme itse. Kyselytutkimus soveltuu moniin erilaisiin tutkimuksiin, muun muassa mielipiteiden tutkimiseen. Tärkein huomioon otettava asia mittarin laatimisessa on se, että mittarin avulla saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Panostimme mittarimme laatimiseen ja aineiston keräämiseen, koska mittausvaiheen virheitä on vaikea korjata jälkeenpäin. Mittariimme tuli silti joitakin virheitä, jotka vaikeuttivat aineistonkeruuta. Asiakastyytyväisyys on abstrakti ja monimuotoinen käsite, joten sen mittaaminen on haastavaa. (Vehkalahti 2008, 17 – 19; Vilkka 2005, 88). Yritimme muotoilla kysymyksistämme konkreettisia, jotta saisimme vastauksiksi konkreettisia asioita siitä, mikä poliklinikalla on hyvää ja mikä huonoa. Pohdimme kyselylomaketta laatiessamme mitkä kaikki asiat voisivat vaikuttaa asiakastyytyväisyyteen, ja millä kysymyksillä saisimme ne asiat parhaiten selville.

Kyselylomakkeen ulkoasun tulee olla selkeä, yksinkertainen ja tiivis. Lomakkeen täyttämiseen ei saisi kulua liikaa aikaa, maksimiaika on 15–20 minuuttia. (KvantiMOTV 2013.) Kyselylomakkeen hyvä puoli on muun muassa se, etteivät haastattelijan läsnäolo tai ympäristö vaikuta vastauksiin. Myöskään haastattelijan eleet tai äänenpainot eivät voi vaikuttaa vastaajaan. Vastaajalla on aikaa miettiä vastauksiaan rauhassa, ja kyselylomakkeen täyttäminen vie vastaajalta vähemmän aikaa kuin esi-

merkiksi haastattelu. (Valli 2015, 44 – 45.) Huonona puolena on se, ettei vastaaja pysty kysymään tai saamaan tarkennusta kysymyksiin, jos hän ei ole ymmärtänyt jotakin kysymystä täysin tai hänellä on jotain muuta kysyttävää tutkimuksesta (Davis, Ricard ja Yellen 2002, 27). Kun kyselylomaketta käytetään mittarina, puuttuu vastaustilanteessa ihmisen eli haastattelijan tuki, ja väärinymmärrykset kysymysten kanssa ovat mahdollisia (Valli 2015, 44 – 45; Vehkalahti 2008, 11).

Kyselylomake on tuotettu yhdessä poliklinikan INR-hoitajan kanssa. Häneltä saimme näkökulmaa siihen, mitä asioita tilaaja haluaa kyselyssä saada selville. Kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu on iso osa tutkimusta, ja muutimmekin kyselylomakettamme monta kertaa. Laadittuamme kysymykset ohjaava opettajamme antoi ehdotuksia ensimmäiseen versioon. Tämän lomakkeen ulkoasua muokattiin vielä selkeämmäksi ja lomake muutettiin kaksipuoliseksi, jotta vastaustilaa olisi riittävästi. Tätä versiota esitestasimme viidellä INR-poliklinikan asiakkaalla, kun olimme itse tutustumassa INR-poliklinikan toimintaan. Kerroimme asiakkaille tutkimuksestamme ja annoimme heille kyselylomakkeen arvioitavaksi. Kyselylomakkeen sisällöstä ja ulkoasusta oli muutama lyhyt kysymys, joihin asiakkaat vastasivat käytyään lomaketta läpi. Asiakkaat täyttivät kyselylomakkeen arviointikaavakkeen poliklinikkakäynnin jälkeen ja jättivät sen vastauslaatikkoon. Vastaukset olivat hyvin yksipuolisia: asiakkaiden mielestä lomake oli selkeä ja kysymykset ymmärrettäviä, eikä lomakkeessa ollut mitään ylimääräistä tai turhaa. Opinnäytetyöseminaarissa myös luokkatoverimme ja opettajamme arvioivat lomakkeen toimivuutta, ja heidän ehdotustensa pohjalta tiivistimme kyselyä vielä yhdistämällä kaksi kysymystä yhdeksi kysymykseksi ja muutimme hieman ulkoasua.

Ensimmäisenä kyselylomakkeessa kartoitetaan vastaajan taustatiedot. Taustatietoina halusimme selvittää asiakkaan iän, sukupuolen, sekä sen, miksi ja kuinka kauan hänellä on ollut käytössä Marevan® -lääkitys. Taustatietoja ei ole hyvä kysyä liikaa, koska vastaajasta voi tuntua, että hänen anonyymiyttään rikotaan (KvantiMOTV 2013). Taustatiedot vastaajan on helppo täyttää aluksi, ja ne ikään kuin johdattelevat vastaajan kyselyyn. Kyselylomakkeessa on yhteensä viisi kysymystä taustatietojen täyttämisen lisäksi. Neljä kysymyksistä on avoimia ja yksi kysymys suljettu. Suljettuun kysymykseen liittyy lisäkysymys, johon vastataan vain, jos suljettuun kysymykseen on vastattu kyllä.

Kysymyksillä 1 ja 2 etsimme vastauksia ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, eli miten asiakkaat ovat kokeneet poliklinikan toiminnan. Ensimmäisessä kysymyksessä selvitimme, ovatko asiakkaat tyytyväisiä muuttuneeseen hoidon järjestelyyn ja ovatko he kokeneet ohjauksen yksilöllisemmäksi. Toisessa kysymyksessä asiakkaat saivat esittää hyväksi kokemiaan asioita poliklinikan toiminnassa. Kolmannessa ja neljännessä kysymyksessä haimme vastausta toiseen tutkimuskysymykseemme eli siihen, mitkä asiat parantavat INR-arvojen pysymistä hoitotasolla. Lomakkeen kolmas kysymys INR-tulosten pysymisestä hoitotasolla oli suljettu, ja siinä selvitettiin ovatko asiakkaan INR-arvot parantuneet poliklinikkakäyntien myötä. Sen vastausvaihtoehtoina olivat kyllä, ei ja en osaa sanoa. Kolmanteen kysymykseen liittyi kysymys numero neljä, jossa asiakkaat saivat esittää asioita, jotka heidän mielestään ovat vaikuttaneet hoitotasapainoon. Viimeinen kysymys liittyi kolmanteen tutkimuskysymykseemme, eli INR-poliklinikan kehittämiseen. Viimeisessä kysymyksessä asiakkaat saivat antaa kehittämisehdotuksia poliklinikan toiminnan parantamiselle.

5.2 Aineistonkeruu ja analyysi

Pielaveden INR-poliklinikalla on noin 270 vakituista asiakasta, ja vastauksia saimme 33 asiakkaalta. Perusjoukko oli poliklinikan asiakkaat, joista vastaajat saimme satunnaisotannalla. Asiakastyytyväisyystutkimus voidaan kohdentaa tiettyyn ryhmään, mutta me halusimme saada vastauksia koko asiakaskunnalta (Ylikoski 2001, 165). Aineisto saatiin kasaan syyskuussa 2015 kahden viikon aikana INR-poliklinikan kävijöiltä. INR-hoitaja kertoi asiakkaille heidän käyntinsä jälkeen tutkimuksestamme ja näytti saatekirjeemme. Sen jälkeen asiakas sai vastata kyselyyn, jos halusi. Asiakkaat täyttivät lomakkeen odotustilassa, jonne jätimme palautuslaatikon kyselyille. Aineisto saatiin melko nopealla tahdilla, ja asiakkaat vastasivat kyselyyn mielellään.

Aineiston analysoimme aineistolähtöisellä eli induktiviisellä sisällönanalyysillä. Se on yleinen tapa laadullisen tutkimuksen tuloksia analysoidessa. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee koko ajan empiirisestä aineistosta kohti yleiskäsitteiden luomista tutkittavasta asiasta. Näin voidaan luoda johtopäätöksiä tutkittavasta aiheesta. (Aira ja Seppä 2010; Sarajärvi ja Tuomi 2009, 91 – 93, 101 – 113.) Pohdimme, miten alkaisimme analysoida aineistoamme. Luontevimmaksi tavaksi koimme sisällönanalyysien tekemisen tutkimuskysymysten pohjalta. Näin saimme parhaiten selville vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Ensimmäinen sisällönanalyysi tehtiin ensimmäisen tutkimuskysymyksen mukaan, ja sen pääluokaksi tuli *Asiakkaiden kokemuksia INR-poliklinikan toiminnasta* (Liite 3). Toinen sisällönanalyysi tehtiin toisen tutkimuskysymyksen mukaan, ja sen pääluokaksi tuli *INR-arvojen hoitotasolla pysymistä parantavat asiat* (Liite 4).

Sisällönanalyysi korostaa sitä, että aineistosta poimitaan juuri ne asiat, joita tutkimuksessa kysytään, vaikka aineistoissa olisi paljon muutakin mielenkiintoista tietoa. Tutkijan on selvitettävä itselle, mitä asioita aineistosta haetaan. (Sarajärvi ja Tuomi 2009, 91 – 93, 107 – 113.) Analyysimme lähti liikkeelle kyselylomakkeiden läpikäynnistä. Kirjoitimme vastaukset auki tyhjälle paperille jaotellen ne kyselylomakkeen kysymysten mukaisesti. Sen jälkeen kävimme aineiston läpi ja etsimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Etukäteen olimme miettineet, mikä kysymys vastaa mihinkin tutkimuskysymykseen. Etsimme tutkimuskysymyksiin vastauksia kuitenkin koko lomakkeen vastauksista. Analyysin ensimmäinen vaihe on ilmaisujen pelkistäminen, jolloin aineistosta etsitään vastauksia tutkimuskysymyksiin ja ylimääräinen informaatio karsitaan pois. Nämä tutkijaa kiinnostavat aiheet pelkistetään ilmaisuiksi eli redusoidaan. (Sarajärvi ja Tuomi 2009, 101 – 113.) Alleviivasimme tekstistä haluamamme kohdat ja pelkistimme ne ilmaisuiksi.

Pelkistettyämme aineistosta ilmaisut ryhmittelimme ne samankaltaisuuksien mukaan. Tämän jälkeen samanlaiset ilmaisut ja samaa tarkoittavat asiat ryhmitellään luokiksi eli klusteroidaan, ja luokat nimetään. Analyysiä jatketaan tekemällä ylä- ja alaluokkia aineistosta löydetyistä havainnoista. Teoreettisten käsitteiden luomista kutsutaan abstrahoinniksi. (Sarajärvi ja Tuomi 2009, 101, 108 – 113.) Luokat jaoteltuamme nimesimme ne käsitteillä, ja alaluokat yhdistimme edelleen yläluokiksi. Yläluokista koostui vastaukset tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysimme vaiheet on esitelty taulukkomuodossa liitteinä työn lopussa (Liite 3 ja Liite 4).

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseemme vastasi yhteensä 33 INR-poliklinikan asiakasta. Miehiä vastaajista oli 19 ja naisia 14. Ikäjakauma vastaajilla oli 47 – 83 vuotta, ja keski-ikä 69 vuotta. Marevan® -hoidon kesto poliklinikan asiakkailla vaihteli suuresti. Lyhin mainittu hoitoaika oli noin puoli vuotta ja pisin jopa 28 vuotta. Keskimääräinen hoitoaika oli 6,5 vuotta. Yleisin syy Marevan® -hoitoon oli rytmihäiriöt (n=19). Rytmihäiriöistä seitsemän oli mainittu eteisvärinäksi eli flimmeriksi ja yksi eteislepatukseksi eli flutteriksi. Yhdellä vastaajalla hoidon syy oli sekä rytmihäiriöt että aivoinfarkti. Hoidon syy oli epäselvä tai sitä ei oltu mainittu kolmessa kyselylomakkeessa.

TAULUKKO 10. Vastaajien taustatiedot

	Kokonaismäärä n=33
Miehiä	19
Naisia	14
Keski-ikä	69 vuotta
Keskimääräinen hoitoaika	6,5 vuotta

TAULUKKO 11. Vastaajien Marevan® -hoidon syy

	Kokonaismäärä n=33
Rytmihäiriöt	19
- **Eteisvärinä**	7
- **Eteislepatus**	1
Sydämen tekoläpät	5
Syy epäselvä	3
Aivoinfarkti	2
Syvä laskimotukos	2
Sydänleikkauksen jälkitila	2
Maksaembolia	1

6.2 Asiakkaiden kokemuksia INR-poliklinikan toiminnasta

Ensimmäiseksi selvitimme asiakkaiden kokemuksia INR-poliklinikan toiminnasta. Merkittäväksi asiaksi vastauksissa nousi **monipuolinen ohjaus** poliklinikalla. Ennen asiakas sai vain ilmoituksen Marevanin® annostuksesta puhelimen välityksellä. Poliklinikalla ohjausta annetaan aina tarvittaessa, ja hoitajalta voi kysyä kaikista mieltä painavista tai terveyteen liittyvistä asioista. Ohjaus koettiin paremmaksi ja yksilöllisemmäksi kuin ennen. Asiakkaat kertoivat hoitajalla olevan ohjaukselle hyvin aikaa ja kertoivat sen olevan laadukasta. Ruokavalioon ja muuhun lääkitykseen liittyvä ohjaus nousi myös esille useissa vastauksissa.

"Olen tyytyväinen ja ohjaus on yksilöllisempää niin antikoagulanttihoidosta kuin muistakin terveyteeni liittyvistä asioista."
"Keskustelu ruokavalion muutoksista ym. mahdollinen."
"Turha jännittäminen ja aterioiden miettiminen jäänyt pois."

Ohjauksen lisäksi **toimiva ajanvaraus** tuotiin esille useissa vastauksissa. INR-poliklinikan vastaanotolle ei tarvitse jonottaa, koska ajat on sovittu ennakkoon ja asiakas saa seuraavan vastaanottoajan jo edellisellä kerralla mukaansa. Aikataulut myös pitävät. Seuraavan ajan sopiminen on joustavaa, ja siinä otetaan huomioon asiakkaan omat menot ja toiveet.

"Ajanvaraus tuo joustavuutta, ei tarvitse aamusta olla jonottamassa laboratorioon."
"Ajat ovat ilmoituksen mukaiset."
"Aikoja saa sovitettua helposti."

Asiakkaat kokivat **moniammatillisen ja jatkuvan hoitosuhteen** sekä mahdollisuuden välittömään lääkärin konsultointiin hyvänä. Asiakkaiden mielestä hoitoa helpottaa ja luottamusta lisää se, että INR-hoitaja on tuttu ja pysyy samana. Lääkäriltä saa pyydettyä lisäneuvoja heti vastaanoton yhteydessä, mikäli hoidossa on epäselvyyksiä tai ongelmia.

"Sama tuttu hoitaja paikalla."
"Sama hoitaja tuntee hoidettavan tilanteen."
"Olen hyvin tyytyväinen hoitajiin."
"Mahdollisuus lääkäriltä saada lisäohjeita heti."

Nopeaa palvelua pidettiin hyvänä asiana. Ennen INR-tulos ilmoitettiin soittamalla asiakkaalle, kun hän oli aamulla käynyt laboratoriossa verikokeissa. Asiakas saattoi olla missä tahansa, esimerkiksi liikenteessä tai kaupassa, kun ilmoitus Marevanin® annostuksesta tuli. Puhelinsoiton odottaminen jopa iltapäivään asti koettiin hankalaksi. Nyt tuloksen ja uuden Marevan® -annostuksen saa heti poliklinikkakäynnillä. Myös nopeampi näytteenotto koettiin hyvänä.

"Tuloksen saa heti, eikä sitä tarvitse odottaa."
"Nopeampi näytteenotto, tulos tietoon heti, ei puhelinodottelua."

”Vastaus tulee pian, saan annoksen ja uuden ajan heti mukaan.”

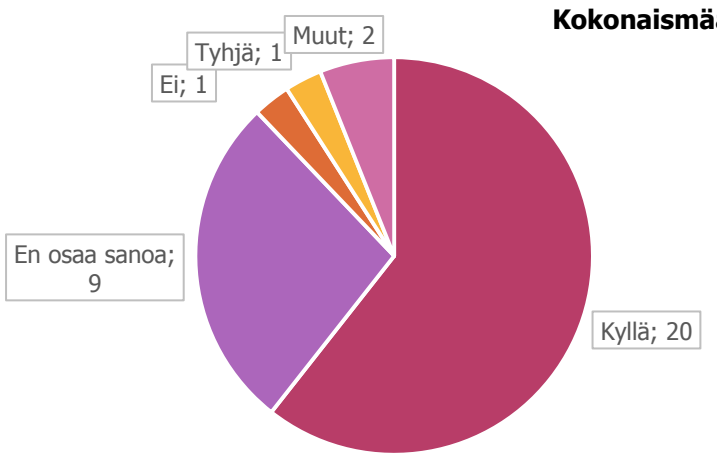
Myös muita poliklinikan **hyviä toimintakäytäntöjä** tuotiin esille. Siirtyminen laboratoriossa tapahtuvasta näytteenotosta poliklinikan tiloihin koettiin positiivisena. Tarkka INR-seuranta ja lääkeannoksen merkitseminen Marevan® -korttiin hoitajan toimesta oli hyvä asia. Yhteydenotto poliklinikalle on helppoa ja se parantaa palvelujen saatavuutta. Lisäksi yhdessä vastauksessa mainittiin oman sairauden hallinnan paraneminen. Asiakas siis kokee **omahoidon kehittyneen**.

”Ei tarvitse tukkia laboratorioita, koska käyntejä on ollut niin tiheään…”
”Myös puhelimella voi tarvittaessa ottaa yhteyttä.”
”Pysyy itselläänkin asian hallinta paremmin hallinnassa.”

Vastaukset kysymykseen ”Oletko ollut tyytyväinen uuteen hoitajavetoiseen INR-poliklinikkaan? Oletko saanut yksilöllisempää ohjausta kuin ennen?” olivat hyvin samansuuntaisia, ja eniten tuli esille positiivisia asioita poliklinikan toiminnasta. Yhdessä lomakkeessa vastaus oli *”Suht tyytyväinen. Eipä juuri”*. Vastaajan mielestä ohjaus ei siis juuri ole ollut yksilöllisempää, mutta perusteluita mielipiteelle ei ole kerrottu.

6.1 Hoitotasapaino ja siihen vaikuttavat asiat

Seuraavaksi selvitimme, ovatko asiakkaiden INR-arvot pysyneet paremmin hoitotasolla poliklinikkakäyntien aloittamisen jälkeen. Suljettuun kysymykseen ”Onko INR-arvosi pysynyt paremmin hoitotasolla poliklinikkakäyntien aloittamisen jälkeen?” Kyllä-vastauksia oli 20, ei-vastauksia yksi ja en osaa sanoa-vastauksia yhdeksän. Yhdessä lomakkeessa kysymykseen ei oltu vastattu lainkaan. Kaksi vastaajaa oli kirjoittanut vastausvaihtoehtojen viereen *”Entisellä tasolla”* ja *”Aina hyvin vakaa”*. Vastaukset on esitetty kuviossa 3.



KUVIO 3. Hoitotasapainon paraneminen poliklinikkakäyntien aloittamisen jälkeen (vastausten kappalemäärä)

Lisäksi selvitimme asioita, jotka ovat asiakkaiden mielestä parantaneet INR-arvojen pysymistä hoitotasolla. Tärkeänä tekijänä vastauksista nousi esille **kohdistettu ja tarkoituksenmukainen ohjaus**. Kontakti hoitajaan ja mahdollisuus keskusteluun olivat monen vastaajan mainitsemia asioita. Kiireetön ja yksilöllinen ohjaus Marevan® -hoidosta sekä ruokavalioon ja muuhun lääkitykseen liittyvä ohjaus auttaa pitämään INR-arvon hoitotasolla. **Ruokavalion huomioonottaminen** ja säännöllisyys ruokavaliossa olivat asioita, joihin INR-poliklinikalla myös ottauduttiin.

"On mahdollisuus keskustella ruokavalion ja elämän muutoksista, jotka vaikuttavat INRiin."
"Aiemmin ei kontaktia, vain ilmoitus. INR heitteli jopa vaarallisen paljon."
"Olen saanut asiantuntevaa ohjausta, jonka avulla INR on vakiintunut -…"
"Keskustelut hoitajan kanssa ruokavaliosta, lääkityksistä, jotka vaikuttavat INR-arvoon."
"Ruokavalion tarkentaminen ja säännöllisyyden noudattaminen."

Hoidon vakaassa tilanteessa INR-arvojen seurannasta huolehditaan säännöllisin väliajoin poliklinikalla. Seurantakäyntejä voidaan sopia tiheämmin, jos INR-arvo heittelee. **Tilanteenmukainen hoidon seuranta** parantaa asiakkaiden mielestä INR-arvojen pysymistä hoitotasolla. INR-arvoon pystytään reagoimaan jo heti näytteenoton jälkeen, ja seuranta voidaan järjestää tarvittaessa hyvin tiheään hoidon ollessa epätasapainossa.

"Kontrollit sovitaan tilanteen mukaan."
"…, koska INR-koe otetaan säännöllisesti ja tarvittaessa INR-koe otetaan tiheämpään."

Asiakkaat toivat esille myös **INR-hoitajan ammattitaitoisuuden** ja asiantuntijuuden, mikä parantaa INR-arvojen pysymistä hoitotasolla.

"INR-hoitajan ammattitaito."
"Asiantunteva lääkearviointi."

6.2 Kehitettäviä asioita INR-poliklinikalla

Kehitettäviä asioita INR-poliklinikan asiakkaat eivät juuri maininneet. Monessa vastauksessa selitettiin palvelun olevan hyvä sellaisenaan. Kehitettäviä asioita toiminnassa poliklinikan asiakkaat eivät osanneet sanoa. Ainut kehitettäväksi noussut asia yhdessä vastauksessa oli tietokoneiden toimivuus.

"Annetaan olla entisellään, näin on hyvä."
"Tietokoneiden toimivuus."

7 POHDINTA

Aiheemme on ajankohtainen, koska INR-poliklinikat lisääntyvät ja lisäkoulutuksen käytyään sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat voivat toimia INR-hoitajina (Jäntti 2015-11-16). Marevan® -hoidon seurannan toteutus on viime vuosina muuttunut suurilta osin ja seurannasta vastaa hoitaja yhä lisääntyvissä määrin. INR-poliklinikoiden toiminnan tulevaisuus näyttää hyvältä. Niiden seurauksena asiakkaiden hoitoon sitoutuminen kasvaa ja hoito pysyy tasapainossa. Antikoagulanttihoitoon liittyvät komplikaatiot ja niihin liittyvät kustannukset vähenevät. (Rissanen 2016-01-14.) INR-poliklinikoiden toiminnasta ja asiakastyytyväisyydestä on tehty vasta vähän tutkimuksia Suomessa. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden kokemuksia uuden INR-poliklinikan toiminnasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla poliklinikan toimintaa voidaan kehittää. Selvitimme tutkimuksemme avulla asiakkaiden tyytyväisyyttä toimintaa kohtaan sekä INR-arvon hoitotasolla pysymiseen vaikuttavia asioita.

Työskentelymme käynnistyi teoriatiedon haulla. Antikoagulanttihoidosta löytyi paljon tietoa, joten parhaiden lähteiden valitseminen tuotti haasteita. Toisaalta taas INR-poliklinikkatoiminnasta sekä vieritestauksesta ja sen toteuttamisesta ei ole vielä tehty juurikaan tutkimuksia. Siksi teoriatiedon etsiminen tästä aiheesta oli haastavaa. Tutkimuksen vastaukset keräsimme jo ennen kuin teoriaosa oli kokonaan valmis. Se osoittautui hyväksi asiaksi, koska tutkimuksen tekeminen antoi lisävauhtia ja intoa teoriaosuuden kirjoittamiseen. Teoriaosan kokoamisen jälkeen tulosten analysointi ja työn loppuun saattaminen tuntuikin huomattavasti helpommalta vaiheelta.

Aiheen rajaaminen tuotti ryhmällemme suurimman vaikeuden. Antikoagulanttihoito kokonaisuutena on todella laaja aihe, ja varfariinin lisäksi muita antikoagulantteja on olemassa jo useita muita. Teoriaosasta jäi tarkoituksella puuttumaan esimerkiksi toimenpiteiden yhteydessä hepariinilla tehtävä siltahoito sekä uudet antikoagulantit kuten dabigatraani, rivaroksabaani ja apiksabaani. Rajasimme aiheemme käsittelemään vain INR-poliklinikalla tapahtuvaa varfariinihoitoa. Hoidon toteutuksesta ja vaikutusmekanismeista olisi ollut huomattavasti helpompi löytää tietoa kuin poliklinikan toiminnasta lähteiden vähäisyyden vuoksi.

Kysyimme työn eri vaiheissa neuvoja opponoijiltamme sekä muilta opiskelutovereilta. Ohjaavan opettajan kanssa keskustelimme yhdessä muutamia kertoja. Ohjaava opettaja auttoi lähteiden etsimisessä ja antoi meille hyviä ehdotuksia teoriaosuuden jäsentelyyn. Häneltä saimme myös vinkkejä siihen, mitä lähteitä olisi hyvä käyttää ja minkälaista tietoa tulisi etsiä. Hän auttoi meitä myös tutkimuskysymysten muotoilussa, minkä pohjalta saimme laadittua kysymykset ja koottua kyselylomakkeen järkevästi. Suurena apuna työskentelyssämme on ollut myös Pielaveden terveyskeskuksen INR-hoitaja, jonka haastattelu on tuonut työhömme paljon käytännön näkökulmaa. Kävimme myös koko ryhmän kanssa syksyllä 2015 tutustumassa INR-poliklinikan toimintaan ja näimme vieritestauksen, rinnakkaismittauksen, annosmäärityksen ja ohjauksen toteutumisen käytännössä.

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Maailmalla INR-poliklinikoiden tavoin toimivat antikoagulaatiohoitoklinikat, joissa varfariiniannoksia määrittävät ja ohjausta asiakkaille antavat proviisorit (pharmacist managed anticoagulation service, pharmacist-led anticoagulation management service). Klinikoilla proviisorit ohjaavat asiakkaita varfariinihoitoon ja ruokailuun liittyen, antavat tietoa vuoto- ja tukosriskeistä ja ohjaavat asiakkaat tarvittaessa lääkärille. Kanadalaisessa tutkimuksessa tutkittiin erään klinikan asiakkaiden ja lääkäreiden tyytyväisyyttä proviisorin pitämää klinikkaa kohtaan. Asiakkaat olivat tyytyväisiä kaikkiin osa-alueisiin, joita tutkimuksessa arvioitiin, kuten proviisorin antamaan ohjaukseen ja lääkeannoksen määrittämiseen. Myös lääkärit olivat tyytyväisiä proviisorin ohjauksen laatuun ja suosittelisivat toimintamallia muille klinikoille. (Bishop, Young, Twells, Dillon ja Hawboldt 2015.)

Myös Uusi-Seelantilaisessa tutkimuksessa todettiin asiakkaiden, lääkäreiden ja proviisoreiden olevan tyytyväisiä uuteen toimintamalliin. Asiakkaat pitivät hyvinä asioina palvelun helppoutta ja saatavuutta, vieritestausta sekä INR-tuloksen ja annoksen saamista heti. Lääkärit pitivät proviisoreita tarpeeksi osaavina ja kokivat, että heille on myös hyötyä toimintamallista ajansäästön vuoksi. Proviisorit olivat tyytyväisiä siihen, että he saavat käyttää kliinisen tietonsa asiakkaiden ohjaukseen. Heidän mielestään myös yhteistyö asiakkaiden ja terveydenhuollon muiden ammattilaisten kanssa parani. Toiminnan suositeltiin jatkuvan. (Shawn, Harrison ja Harrison 2014.) Maailmalla uudessa toimintamallissa toimivat proviisorit, kun taas Suomessa koulutetaan sairaanhoitajia antikoagulanttihoidon seurantaan. Suomessa sairaanhoitajille annetaan ehkä enemmän vastuuta ja hoitajien tietämykseen ja ammattitaitoon luotetaan enemmän.

Opinnäytetyömme tutkimuksen tulokset ovat samanlaisia kuin muualla tehdyt tutkimukset proviisoreiden pitämistä antikoagulaatiohoitoklinikoista. Pielaveden INR-poliklinikan asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja uuteen toimintamalliin Marevan® -hoidon seurannassa. Asiakkaat kokivat, että ohjaus lääkehoidosta ja ruokavaliosta oli parempaa kuin entisen toimintamallin aikana. INR-poliklinikalla hoitajalta on helpompi kysyä mieltä askarruttavista Marevan® -hoitoon liittyvistä asioista verrattuna puhelimessa kysymiseen. Ennen lääkärillä saattoi olla iltapäivällä soitettavia INR-vastauksia useita ja soittoaika oli rajallinen. Mahdolliset poikkeamat, kuten muutokset ruokavaliossa tai uudet lääkitykset saattoivat jäädä huomioimatta. Lääkäri ei välttämättä tuntenut potilasta tai tämän tilannetta. Tällöin annosmääritys saattoi olla haastavaa ja riskialtista. Poliklinikalla asiakas voi myös ottaa esille muita terveyteen liittyviä asioita, jolloin INR-hoitaja voi antaa neuvoja tai ohjata asiakkaan oikeaan paikkaan ongelman kanssa.

Toimiva ja joustava ajanvaraus sekä nopea palvelu poliklinikalla olivat myös hyviä asioita. Terveydenholtojärjestelmä ja sen toimivuus ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat asiakkaan hoitoon sitoutumiseen (Airaksinen ym. 2009). Toimiva palvelu INR-poliklinikalla voi siis vaikuttaa myönteisesti asiakkaiden hoitoon sitoutumiseen ja lääkehoidon toteutumiseen. Poliklinikan asiakkaat voivat olla työssäkäyviä ihmisiä, joille tietyn ajan sopiminen ja aikataulujen pitävyys on erityisen tärkeää. Aikataulutetun vastaanoton ansiosta asiakkaat pystyvät suunnittelemaan päivälle muutakin kuin aamulla jo-

nottamista laboratoriossa sekä iltapäivällä lääkärin soittoa odottelemista. Myös tuloksen sekä lääkeannoksen saaminen heti on hyvä asia INR-poliklinikan palvelussa. INR-arvon heitellessä voidaan poliklinikalla yhdessä pohtia, mitkä asiat ovat voineet vaikuttaa siihen ja miten asiaa pystyttäisiin korjaamaan. Asiakkaiden koulutaminen ja vastuuttaminen hoidosta lisää hoitoon sitoutumista ja näin hoito toteutuu paremmin (Puhakka 2011a, 7 – 8, 11).

Myös muita hyviä toimintakäytäntöjä tuotiin esille, kuten Marevan® -annoksen merkitseminen korttiin ja helppo yhteydenotto poliklinikkaan puhelimella. Poliklinikalla on lähes joka kerta sama hoitaja, joka tuntee asiakkaat. Tätä pidettiin luottamusta lisäävänä ja hoitoa helpottavana tekijänä. Ammattihenkilöön liittyvät tekijät, kuten luottamus ja vuorovaikutus, vaikuttavat myös hoitoon sitoutumiseen (Airaksinen ym. 2009). INR-hoitaja, joka toimii asiakaslähtöisesti ja jonka kanssa asiakas pystyy olemaan vuorovaikutuksessa, vaikuttaa myönteisesti hoitoon sitoutumiseen. Vaikka seurannasta vastaa hoitaja, on hänellä aina mahdollisuus konsultoida lääkäriä epäselvissä tilanteissa tai jos hoidossa on ongelmia.

Yhdessä vastauksessa tuli myös esille oman sairauden hallinnan paraneminen. Se liittyy asiakkaan omahoitoon, joka on tulevaisuudessa lisääntymässä maailmalla ja Suomessa. Pielaveden INR-poliklinikan asiakkaista osa voi mahdollisesti toteuttaa omahoitoa tulevaisuudessa, jolloin asiakkaan ei tarvitse käydä poliklinikalla niin usein. Omahoidon ja kotona tapahtuvan INR-arvon itsetestauksen on todettu hyödyttävän niitä asiakkaita, joilla on riittävät kognitiiviset ja motoriset kyvyt omahoidon toteuttamiseen. (Siebenhofer, Jeitler, Horvath, Habacher, Schmidt ja Semlitsch 2014.) Sen on tutkittu myös lisäävän tyytyväisyyttä hoitoon ja parantavan potilaiden TTR-arvoja verrattuna INR-poliklinikkatestaukseen (Pogge 2015).

Tutkimustulosten mukaan INR-arvon hoitotasapaino oli parantunut 20 asiakkaalla. Yksi asiakas vastasi, ettei hoitotasapaino ole parantunut, kaksi vastasi sen olevan aina vakaa tai entisellä tasolla ja yhdeksän ei osannut sanoa. Vastaukset ovat asiakkaiden kertomia heidän omien tietojensa mukaan, ei esimerkiksi laboratoriotuloksista selvitettyjä. Näin ollen tuloksiin ei voida täysin luottaa ja päätellä, että INR-poliklinikka parantaisi asiakkaiden INR-hoitotasapainoa. Asiakkaat arvioivat itse, että heidän hoitotasapainonsa on parantunut, mutta sitä ei voida todistaa.

Asiakkaiden mielestä hoitotasapainoon vaikutavia asioita ovat ohjaus, ruokavalion huomioiminen, tilanteenmukanen hoidon seuranta ja INR-hoitajan ammattitaito. Ohjaus on yksilöllisempää, sillä jokaiselle asiakkaalle on varattu tietty aika, jolloin hoitaja keskittyy asiakkaan hoitoon ja hänen INR-tasoonsa vaikuttaviin tekijöihin. Asiakaslähtoisessä ohjauksessa asiakkaalle annetaan oikeanlaista tietoa ja motivoidaan asiakasta hoitoon liittyvissä asioissa ja mahdollisissa ongelmissa (Airaksinen ym. 2009). Poliklinikalla voidaan keskittyä juuri niihin asioihin, missä asiakas kokee tarvitsevansa apua ja lisäneuvoja.

Ruokavalion ja säännöllisten elämäntapojen noudattaminen edistävät INR-arvojen hoitotasapainossa pysymistä, ja asiakkaat kokivat että he saivat siihen liittyen apua poliklinikalta. Aiemmin varfariinilääkityksen yhteydessä asiakkaita varoitettiin tummanvihreiden kasvisten käytöstä, mutta nyky-

ään niitä ei kielletä, vaan ohjeistetaan syömään tasaisesti ja yhtä suuria määriä, jotta K-vitamiinin saannin vaihtelu ei olisi suurta. (Ellonen ja Mustajoki 2015.) Asiakkaat pitivät ruokavalion huomioimista hoitotasapainoa edistävänä tekijänä. Ruokavalion turha tarkkailu oli jäänyt pois ohjauksen myötä. INR-arvoja seurataan poliklinikalla tilanteen mukaan jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöllisesti, ja tarvittaessa epävakaassa tilanteessa tiheämpään. INR-hoitaja on saanut koulutuksen ja ohjeet, miten eri tilanteissa toimitaan ja miten Marevan® -annokset määritetään. Tilanteenmukainen INR-seuranta ja ammattitaitoinen INR-hoitaja parantavat asiakkaiden mielestä hoitotasapainoa.

Tutkimuksemme tavoite eli kehittämisehdotusten tuottaminen jäi saavuttamatta, koska tutkimustuloksistamme ei ilmennyt kehitettäviä asioita tai huonoja puolia poliklinikan toiminnassa. Ainut kehitettävä asia poliklinikalla oli tietokoneiden toimivuus. Eri tutkimusmenetelmä olisi voinut mahdollistaa tavoitteen täyttymisen. INR-poliklinikkaa pidetään todella hyvänä palveluna ja asiakastyytyväisyys INR-poliklinikalla on korkea, joten mahdollisia kehitettäviä asioita voi olla vaikeampi tutkia ja selvittää.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Haaparanta ja Niiniluoto (1991) ovat esittäneet tieteen etiikan peruskysymyksiä, jotka pohtivat muun muassa millaista hyvä tutkimus on, onko tiedon jano aina hyväksyttävää, miten tutkimusaihe valitaan ja millaisia keinoja tutkija saa käyttää. Näitä peruskysymyksiä tulee pohtia aina jokaisen tutkimuksen kohdalla erikseen. Hyvän tutkimuksen tulee olla eettisesti kestävä, eli koko tutkimuksen tulee olla eettisesti toteutettu ja eettisesti sitoutunut. Eettinen kestävyys kuvaa myös tutkimuksen luotettavuutta ja laatua. Tutkimuksen aiheen valinta on jo eettinen kysymys. Tutkimuskysymysten asettelussa tulee miettiä, kenen ehdoilla tutkimuskysymykset asetetaan. (Sarajärvi ja Tuomi 2009, 125 – 127.)

Pyrimme koko työmme ajan toimimaan sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaan. Sairaanhoitajien eettisiin ohjeisiin kuuluu muun muassa potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja luottamuksellisten tietojen pitäminen salassa (Sairaanhoitajaliitto 1996). Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa pidimme koko ajan mielessä asiakkaan näkökulman. Pohdimme, kokevatko asiakkaat että heidän henkilökohtaiset tietonsa pysyvät salassa ja että heidän vastauksiansa ei käytetä väärin. Muokkasimme ajatustemme perusteella saatekirjettä ja kyselylomaketta asiakaslähtöisemmäksi.

Tutkimukseen osallistuminen on aina vapaaehtoista, ja tutkittava voi keskeyttää mukanaolonsa milloin tahansa. Tutkittavan on tiedettävä, mistä tutkimuksessa on kyse, ja tutkija on velvollinen vastaamaan kysymyksiin tutkimuksesta rehellisesti ja avoimesti. (Sarajärvi ja Tuomi 2009, 131.) Saatekirjeessämme selvitimme vastaajille, mikä on tutkimuksemme tavoite ja tarkoitus. Selitimme myös, että vastaaminen on vapaaehtoista ja vastauksia käsitellään luottamuksellisesti. Pidimme huolta siitä, että tutkittavien henkilöiden henkilöllisyys ja henkilökohtaiset tiedot pysyivät salassa.

Tutkimuksen luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti kuvaa sitä, onko tutkimuksessa tutkittu sitä mitä on pitänytkin. Reliabiliteetti kuvaa tutkimustulosten tois-

tettavuutta ja tarkkuutta. Näiden käsitteiden käyttöä laadullisessa tutkimuksessa on kritisoitu, koska ne vastaavat enimmäkseen määrällisen tutkimuksen arviointia. Sen sijaan laadullisen tutkmuksen luotettavuuden arviointiin on kehitetty kriteereitä, kuten uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, vakiintuneisuus ja vahvistettavuus. Laadullisen tutkimuksen eettisyyteen tulee kiinnittää erityisesti huomiota, koska tiedonkeruumenetelmät ovat usein hyvin vapaamuotoisia ja avoimia. Laadullisen tutkimuksen eettisiä ongelmia on myös vaikea arvioida etukäteen. (Sarajärvi ja Tuomi 2009, 125, 136 – 139; Vehkalahti 2008, 41; Vilkka 2005, 161 – 162.)

Kaikkia tutkimuksia tehdessä tulee arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Yksi suuri luotettavan tutkimuksen tekijä on itse tutkijan puolueettomuus, eli tutkija ei saa tulkita mitään tutkimustuloksia puolueellisesti. Tutkijan omat asenteet eivät saa vaikuttaa tulosten tulkitsemiseen. (Sarajärvi ja Tuomi 2009, 136.) Tutkimuksessamme meillä ei saanut olla oletuksia esimerkiksi siitä, miten eri-ikäiset tai eri sukupuolta olevat tutkittavat vastaavat kysymyksiin. Mielestämme saimme toteutettua tutkimuksemme puolueettomasti ja ilman ennakko-oletuksia.

Oman tutkimuksemme luotettavuuden arvioinnissa otimme huomioon, kuinka paljon tutkittavia henkilöitä oli, miten aineistonkeruu onnistui ja miten pitkään se kesti. Yritimme lisätä oman tutkimuksemme luotettavuutta hyvän saatekirjeen avulla orientoimalla vastaajia kyselylomakkeen täyttämiseen sekä sopimalla toimeksiantajan kanssa käytännöistä miten kysely toteutetaan. Suunnittelimme yhdessä, missä vaiheessa asiakkaat täyttävät lomakkeen ja mihin he palauttavat vastaukset. Pyrimme lisäämään lomakkeen luotettavuutta pyytämällä arvioita lomakkeesta opettajilta ja luokkatovereilta. Esitestasimme myös lomakkeen ennen varsinaista aineiston keräämistä viidellä INR-poliklinikan asiakkaalla, jotka arvioivat, onko kyselylomake ymmärrettävä ja kysymykset hyvin muotoiltu.

Lopullisessa kyselylomakkeessamme kysymyksiä oli yhteensä viisi, mikä oli sopiva määrä. Vastaajat jaksoivat hyvin vastata kyselyyn, eikä aikaa vastaamiseen mennyt liikaa. Kyselylomakkeemme ulkoasu oli mielestämme selkeä ja ymmärrettävä. Pohdimme lomakkeen laatimisvaiheessa onko lomakkeen kaksipuolisuus huono asia, jos vastaajat eivät huomaa että kysely jatkuu seuraavalla sivulla. Päätimme kuitenkin pitää lomakkeen yhdellä paperilla, jotta lomakkeen käsittely olisi vastaajille helpompaa. Vain yksi vastaaja ei ollut huomannut kyselyn jatkuvan seuraavalle sivulle.

Kysymysten muotoilu on myös tärkeä luotettavuuden tekijä. Kyselylomakkeen luotettavuutta voi vähentää se, jos vastaajat eivät ymmärrä kysymyksiä oikein. Siksi kysymysten tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. (KvantiMOTV 2013.) Koska vastaajat olivat kaikki poliklinikan asiakkaita, pystyimme käyttämään kyselylomakkeessa esimerkiksi INR-sanaa, jota kaikki ihmiset eivät välttämättä ymmärtäisi. Poliklinikan asiakkaat tuntevat aiheeseen liittyvää sanastoa ja käsitteitä ainakin jonkin verran, toiset jopa melko laajasti. Joskus myös jokin kysymys voi mitata täysin eri asiaa, jota tutkijat kuvittelivat sen mittaavan (Vehkalahti 2008, 41). Me pystyimme etsimään tutkimuskysymyksiimme vastauksia kaikista lomakkeen kysymyksistä, eikä täysin aiheesta poikkeavia vastauksia juuri tullut.

Lomakkeemme kysymykset olivat hyviä lukuun ottamatta ensimmäistä kysymystä. Lausemuoto ”Oletko ollut tyytyväinen - …” oli huono, koska siihen pystyi vastaamaan kyllä tai ei. Erilainen lausemuoto olisi ollut parempi ja olisimme voineet saada monipuolisempia vastauksia. Moni vastaaja vastasi kysymykseen nyt vain ”Olen tyytyväinen”. Lomakkeen ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin myös kahta asiaa, asiakkaan tyytyväisyyttä ja onko asiakas saanut yksilöllisempää ohjausta. Nämä kysymykset ovat johdattelevia, ja kaksi eri kysymystä voi sekoittaa vastaajaa. Olisi ollut parempi esittää kysymykset erikseen eri lausemuotoja käyttäen.

Haastattelun käyttäminen mittarina olisi voinut toimia tutkimuksessamme paremmin, koska haastattelussa kysymyksiä pystyy selventämään ja tarvittaessa vastauksia tarkentamaan tekemällä lisäkysymyksiä (Sarajärvi ja Tuomi 2009, 73). Haastattelun avulla olisimme saaneet asiakkaiden kokemuksia selvitettyä tarkemmin ja monipuolisemmin, kun nyt kyselylomakkeen vastaukset jäivät lyhyehköiksi. Haastattelun aikana asiakkaat olisivat todennäköisesti pohtineet asioita enemmän ja kertoneet laajemmin kokemuksiaan. Mahdollisesti myös kehitettäviä asioita poliklinikan toiminnassa olisi tullut esille. Iäkkäille ihmisille haastattelu olisi voinut olla mielekkäämpi tapa kuin kyselylomakkeeseen vastaaminen.

7.3 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Mielestämme opinnäytetyömme on käytännönläheinen ja tilaajaa hyödyttävä, vaikka kehitysideoita poliklinikan toiminalle ei tutkimuksestamme tullut. Tilaaja saa tutkimuksen avulla tietoa siitä, mihin asioihin asiakkaat ovat tyytyväisiä ja mitä poliklinikalla on tehty oikein. Lopullinen opinnäytetyö on mielestämme hyvä kokonaisuus, jossa on tarkasteltu sekä varfariinihoitoa että hoidon toteutusta polikliinisesti. Opinnäytetyömme voi toimia alkupotkaisuna uuden INR-poliklinikan asiakastyytyväisyyden seuraamiselle. Tutkimuksemme jälkeen poliklinikka voi seurata itse toimintansa kehittymistä ja parantumista teettämällä uusia tutkimuksia asiakastyytyväisyydestä.

Olisi hyvä kartoittaa tulevaisuudessa myös kehitettäviä asioita poliklinikan toiminnassa, koska tutkimuksessamme ei tullut esille niitä. Seuraavissa tutkimuksissa voisi tutkia myös esimerkiksi pitkäaikaisessa hoidossa olevien asiakkaiden TTR-arvoja vanhan sekä uuden toimintamallin aikana. Näin saataisiin selville, onko hoitotaso todella parantunut vai kokevatko asiakkaat ainoastaan niin. Lisäksi hoidon riskejä ja komplikaatioita voisi tutkia vanhan ja uuden toimintamallin aikana. Myös mahdollisten säästöjen, joita uuden toimintamallin seurauksena oletetaan tulevan, suuruutta voitaisiin tutkia.

7.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi kuuluu osaksi sairaan- ja terveydenhoitajan koulutusta. Toteutimme opinnäytetyömme Savonia-ammattikorkeakoulun periaatteiden mukaisesti. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2015.) Savonia-ammattikorkeakoulun määrittelemissä sairaanhoitajan ammatillisissa kompetensseissa valmiin hoitajan osaamisalueet on jaoteltu seuraavasti: terveyden edistämisen, hoitotyön päätöksenteon, moniammatillisen yhteistyön, ohjauksen ja opetuksen sekä kliinisen hoitotyön osaaminen. Näiden kompetenssien alle on lueteltu kaikki ne taidot, jotka valmiin sairaanhoitajan on osattava.

Tulevina sairaan- ja terveydenhoitajina meidän tulee osata edistää yksilön sekä yhteisön terveyttä sekä osata tehdä hoitotyön päätöksiä asiakkaan omat mielipiteet ja toiveet huomioon ottaen. Tulevaisuudessa ohjausosaaminen korostuu entisestään, koska asiakkaiden omahoitoa ja vastuun ottamista omasta terveydestään pyritään lisäämään. (Savonia-ammattikorkeakoulu.)

Alussa opinnäytetyöryhmän keskeinen yhteistyö oli haastavaa, sillä keväällä ja kesällä 2015 olimme kaikki eri kaupungeissa. Syksyllä yhteistyömme alkoi sujua paremmin, ja työskentelimme yhdessä lähes joka viikko. Samalla myös motivaatio opinnäytetyötämme kohtaan kasvoi, kun saimme työmme etenemään. Teimme kolmestaan opinnäytetyömme, mikä tarkoittaa, että saimme työhömme monipuolisesti ajatuksia ja erilaisia näkökulmia. Välillä meillä oli myös eriäviä mielipiteitä, jotka tuottivat haasteita, mutta päädyimme aina kompromisseihin. Saatoimme aina myös kysyä ulkopuolisen henkilön mielipidettä.

Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut meiltä kärsivällisyyttä ja systemaattisuutta. Olemme perehtyneet laajasti tutkittavaan aiheeseen ja tämän avulla olemme oppineet paljon sairaanhoidon palvelujärjestelmästä ja sen muuttumisesta sekä poliklinikkatoiminnasta. Prosessin aikana opiskelimme paljon hyvin yleisestä antikoagulanttihoidosta, josta tulemme hyötymään tulevassa ammatissamme. Opinnäytetyöprosessi on kehittänyt huomattavasti tiedonhakutaitojamme. Tarkastelemme tietoa, sen alkuperää ja luotettavuutta kriittisemmin kuin prosessin alkuvaiheessa. Välillä tiedon sisäistäminen on ollut raskasta sekä vienyt paljon aikaa. Etenkin englanninkielisten lähteiden lukeminen on tuottanut haasteita, mutta on ollut sitäkin palkitsevampaa.

Opinnäytetyöprosessin aikana opimme myös yhteistyötaitoja. Opinnäytetyöryhmän, ohjaajan ja opponoijien lisäksi pääsimme tekemään yhteistyötä antikoagulanttihoitoon ja INR-poliklinikkatoimintaan perehtyneiden ihmisten ja hoitoyksiköiden kanssa. Tutustuimme Pielaveden terveyskeskuksella sen monipuoliseen toimintaan, sekä saimme INR-hoitajalta paljon sellaista työelämän käytännön tietoa, mitä emme muualta olisi saaneet. Myös INR-pikamittaukseen ja INR-poliklinikoihin perehtynyt henkilö auttoi meitä työssämme. Alan ammattilaisten kanssa yhteistyön tekeminen kehittää meitä moniammatillisessa yhteistyössä ja valmistaa meitä työelämää varten.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AARNIO, Emma, HUUPPONEN, Risto, KORHONEN, Maarit ja MARTIKAINEN, Janne 2015. Cost-effectiveness of statin treatment for primary prevention in conditions of real-world adherence - Estimates from the Finnish prescription register. Journal of Atherosclerosis Research 239 (1), 240 – 247 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-01-14.] Saatavissa: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021915015000386

AIRA, Marja ja SEPPÄ, Kaija 2010. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Suomen lääkärilehti 65 (9), 805 – 807 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2014-11-01.] Saatavissa: http://www.laakarilehti.fi/files/sv/SLL92010-805.pdf

AIRAKSINEN, Marja, MÄNTYRANTA, Taina, PITKÄLÄ, Kaisu ja ROUTASALO, Pirkko 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Katsaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125 (21), 2351 – 2359 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-11-30.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98401&p_haku=hoitoon%20sitoutuminen

ALBÄCK, Anders, ARMSTRONG, Elina, ASMUNDELA, Heidi, BACKMAN, Janne, GROUNDSTOROEM, Kaj, HALINEN, Matti, JOUTSI-KORHONEN, Lotta, KALLIOKOSKI, Annika ja LASSILA, Riitta 2011. Uusien antikoagulanttien hallittu käyttöönotto. Katsaus. Suomen Lääkärilehti 66 (38), 2753 – 2762 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-05-15.] Saatavissa: http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto38_1.pdf

BISHOP, Lisa, YOUNG, Stephanie, TWELLS, Laurie, DILLON, Carla ja HAWBOLDT, John 2015. Patients' and physicians' satisfaction with a pharmacist managed anticoagulation program in a family medicine clinic. BMC Research Notes (8), 233 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-01-27.] Saatavissa: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4467630/

DAVIS, Gail, RICARD, Richard ja YELLEN, Elaine 2002. The measurement of patient satisfaction. Journal of Nursing Care Quality 16 (4), 23 – 29 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-12-16.] Saatavissa: http://ovidsp.uk.ovid.com/sp3.18.0b/ovidweb.cgi?&S=JEOJPDKJHDHFOICOFNJKOECGCHIOAA00&Link+Set=S.sh.37%7c1%7csl_10

ELLONEN, Markku ja MUSTAJOKI, Pertti 2015. Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito). Lääkärikirja Duodecim [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-05-05.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00007

ESKELINEN, Seija 2012. Tromboplastiiniaika (P-INR). Senkka ja 100 muuta tutkimusta. Terveyskirjasto [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-05-05.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03040&p_haku=inr

ETEISVÄRINÄ 2015. Käypä hoito -suositus. Duodecim [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-12-04.] Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50036#s16

FIMLAB 2011. Tromboplastiiniaika, INR-tulostus [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-05-13.] Saatavissa: http://www.fimlab.fi/ohjekirja_/ohje.tmpl?sivu_id=194;setid=6659;id=3908

FRIDLUND, Bengt, JOHANSSON, Peter ja OLÉNI, Magnus 2002. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 16 (4), 337 – 344 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-11-12.] Saatavissa: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x/abstract

HAAPARANTA, Leila ja NIINILUOTO, Ilkka 1991. Johdatus tieteelliseen ajatteluun. 6. korjattu painos. Helsingin yliopiston filosofian laitoksen julkaisuja No 3.

HALINEN, Matti 2001. Ikä ja antikoagulanttihoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 117 (16), 1656 – 1662 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-05-07.] Saatavissa: http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo92436&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

HALINEN, Matti 2007. Antikoagulaatiohoito eteisvärinässä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 123 (19), 2327 – 2332 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-11-12.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00151&p_haku=varfariini

HALINEN, Matti 2013. Tyydyttävän hoitotasapainon raja varfariinihoidossa. Lääkärilehti 68 (9), 674 – 676 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-09-17.] Saatavissa: http://www.fimnet.fi.ezproxy.savonia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?s=2013:68:674-6

HELIN, Tuukka, HOLVITIE, Jukka, JOUTSI-KORHONEN, Lotta, LASSILA, Riitta, METSO, Tuula, MÄKI, Tiina ja VALTONEN, Kirsi 2013. TTR kuvastaa varfariinihoidon laatua. Lääkärilehti 68 (38), 2384 – 2385 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-09-17.] Saatavissa: http://www.fimnet.fi.ezproxy.savonia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000039919

HELIN, Tuukka, JOUTSI-KORHONEN, Lotta, LASSILA, Riitta, METSO, Tuula ja MÄKI, Tiina 2012. INR-seurannan toteutuminen HUS-alueen perusterveydenhuollossa. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 67 (20), 1569 – 1574 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-09-17.] Saatavissa: http://www.fimnet.fi.ezproxy.savonia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?s=2012:67:1569-74

HENTINEN, Maija ja KYNGÄS, Helvi 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

HIIDENHOVI, Hannele 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampereen ylipiston julkaisuarkisto. [viitattu 2015-12-17.] Saatavissa: http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67135/951-44-5165-1.pdf?sequence=1

HIRSSO, Päivi, KETTUNEN, Raimo, LESKELÄ, Riikka-Leena, SCHMIDT, Matti ja TÄHTINEN, Tuula 2013. Antikoagulaatiohoidon toteutuminen Oulun kaupungin avoterveydenhuollossa. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 68 (20), 1481 – 1485 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-09-17.] Saatavissa: http://www.fimnet.fi.ezproxy.savonia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?s=2013:68:1481-5

HUKKANEN, Eija ja VALLIMIES-PATOMÄKI, Marjukka 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-11-24.] Saatavissa: http://docplayer.fi/1704088-Yhteistyo-ja-tyonjako-hoitoon-paasyn-turvaamisessa.html

HUSLAB 2005. Marevan-hoito: laboratorioseuranta eri indikaatioissa [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-11-16.] Saatavissa: http://huslab.fi/ohjekirjan_liitteet/tkl_ohjeisto/marevan_hoito.html

JÄNTTI, Anne 2015-11-16. INR-hoitaja [haastattelu.] Tervo.

KALLIO, Jaana ja LASSILA, Riitta 2013. Veren hyytymiseen vaikuttavat lääkeaineet. Julkaisussa: KOULU, Markku ja MERVAALA, Eero (toim.) Farmakologia ja toksikologia. 9. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

KETTUNEN, Raimo 2014. Valtimotukoksia estävät lääkkeet. Sydänsairaudet [verkkojulkaisu]. Terveysportti. [viitattu 2015-11-19.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=syd00127&p_haku=valtimotukoksia+est%C3%A4v%C3%A4t

KJÆRGAARD, Jesper 2015. Antikoagulationsbehandling. Patient håndbogen [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-12-17.] Saatavissa: https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/hjerte-og-blodkar/sygdomme/behandlinger/antikoagulationsbehandling-blodfortyndende-medicin/

KLEXANE 2016. Duodecim lääketietokanta. Terveysportti [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-11-12.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti

KOIVURANTA-VAARA, Päivi (toim.) 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisuja. [viitattu 2015-12-15.] 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Saatavissa: http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf

KVANTIMOTV 2013. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-12-15.] Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html

KVIST, Tarja 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. [viitattu 2015-12-17.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0062-X/urn_isbn_951-27-0062-X.pdf

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 2015-05-05.] Saatavissa: https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ L 28.6.1994/559. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 2015-11-12.] Saatavissa: http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P15

LAWN, Sharon, McMILLAN, John ja PULVIRENTI, Mariastella 2011. Empowerment, patient centred care and self-management. Health Expectations. An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy (17), 303 – 310 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-11-24.] Saatavissa: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2011.00757.x/epdf

LÄNSIPURO, Liisa ja PUHAKKA, Jaana 2011. Antikoagulaatiohoidon potilasohjaus. Mitä minun pitää tietää Marevan®- hoidostani? [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-12-04.] Saatavissa: http://www.slideshare.net/THLfi/thl-antikoagulaatiohoidon-potilasohjaus

LÄÄKETIETOKESKUS 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-11-30.] Saatavissa: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf

MAREVAN 2015. Terveyskirjasto [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-05-05.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=far11807

MÄKITALO, Liisa 2013. Kokemuksia INR-tutkimuksen vierianalytiikasta. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. [viitattu 2015-05-04.] Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65935/Liisa_Makitalo.pdf?sequence=1

OUTINEN, Maarit ja LINDQVIST, Tuija (toim.) 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Stakes. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-12-15.] Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76248/laadunhallinta2000.pdf?sequence=1

PAUKAMA, Merja 2008. Antikoagulaatiopotilaan hoitoon sitoutuminen. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradun esittely. Tutkiva Hoitotyö 6 (3), 38.

PEURA, Piia ja PUHAKKA, Jaana 2011. Toimintamalleja tehokkaan, joustavan ja turvallisen varfariinihoidon toteutukseen [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-05-15.] Saatavissa: http://sic.fimea.fi/4_2011/toimintamalleja_tehokkaan_joustavan_ja_turvallisen_varfariinihoidon_toteutukseen.aspx

PIRMOHAMED, Munir ja WADELIUS, Mia 2007. Pharmacogenetics of warfarin: current status and future challenges. The Pharmacogenomics Journal (7), 99 – 111 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-12-16.] Saatavissa: http://www.nature.com/tpj/journal/v7/n2/full/6500417a.html#aff1

POGGE, Elizabeth 2015. A Pilot Study to Evaluate Effectiveness of INR Self-Testing in Elderly Patients. The Consultant Pharmacist 12 (30), 720 – 727 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-01-27.] Saatavissa: http://www.ingentaconnect.com/content/ascp/tcp/2015/00000030/00000012/art00006?token=004d1972ca7e8350f39412f415d7655257045557b592a314238253048296a7c2849266d656c1a

POTILASVAHINKOLAKI L 25.7.1986/585. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 2015-11-12.] Saatavissa: http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasvahinkolaki

PSSHP 2014. KYS. Antikoagulanttihoito varfariinilla ja vierimittaus hoitajavastaanotolla ja kotisairaanhoidossa. Hallinnollinen ohje.

PUHAKKA, Jaana (toim.) 2011a. Antikoagulaatiohoidon käsikirja. Ohjeistus varfariinihoidon toteutuksesta [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-09-27.] Saatavissa: https://www.thl.fi/documents/10531/125056/Muu%202011%20283.pdf

PUHAKKA, Jaana 2011b. Antikoagulaatiohoidon järjestäminen. Hoitajakoulutus [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-09-17.] Saatavissa: http://www.slideshare.net/THLfi/thl-hoitajakoulutus-antikoagulaatiohoidon-jrjestminen-16340235

RISSANEN, Juha 2016-01-14. Aluepäälikkö. Roche Diagnostics Oy [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Sara Härkönen.

SAIRAANHOITAJALIITTO 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-01-07.] Saatavissa: https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/

SARAJÄRVI, Anneli ja TUOMI, Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11.painos. Helsinki: Tammi.

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2015. Opinnäytetyö [verkkosivu]. [viitattu 2016-01-19.] Saatavissa: https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/Sivut/default.aspx

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU. Sairaanhoitajan ammatilliset kompetenssit [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-01-19.] Saatavissa: http://webd.savonia.fi/nettiops/Sairaanhoitaja_kompetenssit_TH12S.pdf

SHAWN, John, HARRISON, Jeff ja HARRISON, Jenny 2014. A community pharmacist-led anticoagulation management service: attitudes towards a new collaborative model of care in New Zealand. International Journal of Pharmacy Practice 22 (6), 397 – 406 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-01-27.] Saatavissa: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijpp.12097/abstract

SIEBENHOFER, Andrea, JEITLER, Klaus, HORVATH, Karl, HABACHER, Wolfgang, SCHMIDT, Louise ja SEMLITSCH, Thomas 2014. Self-management of Oral Anticoagulation. Katsaus. Deutsches Ärzteblatt International 111 (6), 83 – 91 [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-01-27.] Saatavissa: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3953995/

SYDÄNLIITTO 2012. Marevanhoito [verkkojulkaisu]. [viitattu 18.5.2015.] Saatavissa: http://www.omaterveyteni.fi/sites/www.omaterveyteni.fi/files/Pdf/marevan_2012_v2.pdf

TERVEYDENHUOLTOLAKI L 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu 2015-11-12.] Saatavissa: http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki

TTR-LASKURI 2015. Apuohjelmat. Terveysportti [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-12-04.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=pgr00442&p_haku=ttr%20laskuri

TYKSLAB 2014. P-Tromboplastiiniaika, INR-tulostus. Web-ohjekirja [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-05-13.] Saatavissa: http://webohjekirja.mylabservices.fi/TYKS/4520.html

VALLI, Raine 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

VEHKALAHTI, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

VILKKA, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

YLIKOSKI, Tuire 2001. Unohtuiko asiakas? Toinen uudistettu painos. Keuruu: Otava.

LIITE 1: SAATEKIRJE

ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY INR-POLIKLINIKALLA

Olemme kolme Savonia -ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijaa Kuopiosta. Opinnäytetyömme aihe on asiakastyytyväisyys Pielaveden terveyskeskuksen INR -poliklinikalla.

Tutkimuksemme tarkoitus on selvittää asiakkaiden kokemuksia INR – poliklinikan toiminnasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jolla voidaan kehittää poliklinikan toimintaa.

Työ toteutetaan Pielaveden terveyskeskuksen INR -poliklinikalla kyselytutkimuksella, ja poliklinikan asiakkaat saavat täyttää kyselylomakkeen INR -mittauksen yhteydessä. Ohessa kyselylomake, johon toivomme sinun vastaavan. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja vastauksia käsitellään luottamuksellisesti.

Ystävällisin terveisin,

Anne Järvinen, Sara Härkönen ja Mia Mustonen

LIITE 2: KYSELYLOMAKE

ASIAKASTYYTYVÄISYYS PIELAVEDEN TERVEYSKESKUKSEN INR-POLIKLINIKALLA

Ikä: ____ vuotta

Sukupuoli: Mies □ Nainen □

Mistä syystä sinulla on ollut käytössä Marevan -lääkitys?

_____

Kuinka pitkään sinulla on ollut käytössä Marevan -lääkitys? _____

1. Oletko ollut tyytyväinen uuteen hoitajavetoiseen INR – poliklinikkaan? Oletko saanut yksilöllisempää ohjausta kuin aiemmin?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Mitä hyvää INR -poliklinikan toiminnassa mielestäsi on?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

KÄÄNNÄ →

3. Onko INR – arvosi pysynyt paremmin hoitotasolla poliklinikkakäyntien aloittamisen jälkeen?

□ Kyllä □ Ei □ En osaa sanoa

4. Jos vastasit edelliseen kysymykseen **kyllä**, minkä asioiden arvioit vaikuttaneen arvojen pysymiseen paremmalla hoitotasolla?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Mitä kehitettävää INR -poliklinikan toiminnassa mielestäsi on?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Kiitos vastauksestasi!

SAVONIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

LIITE 3: SISÄLLÖNANALYYSI: ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA INR-POLIKLINIKAN TOIMINNASTA

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Kysymyksiin saa vastauksia." "…, mahdollisuus kysyä hoitajalta epäselvistä asioista."	Mahdollisuus kysyä	Mahdollisuus ohjaukseen	Monipuolinen ohjaus	Asiakkaiden kokemuksia INR-poliklinikan toiminnasta
"…, ohjeet saa varmasti tarvittaessa." "Saa tarvittaessa ohjausta/neuvontaa."	Tarvittaessa saatava ohjaus			
"Ohjaus on hyvää parempaa kuin ennen."	Parempi ohjaus verrattuna entiseen	Laadukas ohjaus		
"…, ja yksilöllisempää ohjausta myös saanut tarvittaessa…" "Olen saanut yksilöohjausta paljon enempi kuin aikaisemmin."	Yksilöllisempi ohjaus			
"…, on hoitajalla ollut aikaa antaa ohjausta enemmän."	Enemmän aikaa ohjaukseen			
"On mahdollisuus keskustella ruokavalion ja elämän muutoksista,…" "Turha jännittäminen ja aterioiden miettiminen jäänyt pois."	Mahdollisuus keskustella elintapojen, ruokavalion ja lääkityksen vaikutuksista	Ruokavalion ja lääkityksen ohjaus		

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”…, ohjaus on yksilöllisempää muistakin terveyteeni liittyvistä asioista.” ”Voi jutella muistakin mieltä askarruttavista asioista terveyden suhteen.”	Koko terveydentilan huomioonottaminen			
”Lyhyt odotusaika.” ”Ajoitettu vastaanotto vähentää jonotuksen.”	Ei jonotusta	Ei jonotusta	Toimiva ajanvaraus	
”Aikataulut pitävät.” ”Ajat ovat ilmoituksen mukaiset.”	Aikataulujen pitävyys			
”…, aikoja saa hyvin sovitettua.” ”Aikoja saa sovitettua helposti.”	Aikataulujen sovittavuus	Toimiva ja joustava ajanvaraus		
”…, hoitaja antaa seuraavan ajan välittömästi.” ”…, saan uuden ajan heti mukaan.” ”Ajanvaraus tuo joustavuutta, ei tarvitse aamusta olla jonottamassa laboratorioon.”	Toimiva ja tehokas ajanvaraussysteemi			

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”Sama tuttu hoitaja paikalla.” ”Sama hoitaja tuntee hoidettavan tilanteen.” ”INR-hoitaja mukava ja ammattitaitoinen.” ”Olen hyvin tyytyväinen hoitajiin.”	Hoitajan pysyminen samana Hyvä henkilökunta	Pysyvä hoitosuhde	Moniammatillinen ja jatkuva hoitosuhde	
”Tarvittaessa konsultoi lääkäriä.” ”Mahdollisuus lääkäriltä saada lisäohjeita heti.”	Mahdollisuus lääkärin konsultointiin saman tien	Mahdollisuus lääkärin konsultointiin		
”Hyvä, että tuloksen saa heti eikä sitä tarvitse odottaa pitkälle iltapäivään.” ”Eikä tarvitse odottaa puhelinsoittoja kotiin.”	Tulosten nopea saaminen	Nopeasti toimiva palvelu	Nopea palvelu	
”Nopeampi näytteenotto, …” ”Nopea asiakasystävällinen käynti.”	Nopea käynti			

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Korttiin merkitään lääkitys."	Annoksen ylösmerkitseminen	Tarkka seuranta ja hyvä palvelujen saatavuus	Hyvät toimintakäytännöt	
"Ei tarvitse tukkia laboratorioita, koska käyntejä on ollut niin tiheään…"	Hoitopaikan muuttuminen			
"INR-arvojen tarkka seuranta."	Tarkka seuranta			
"Myös puhelimella voi tarvittaessa ottaa yhteyttä."	Helppo yhteyden ottaminen poliin			
"Pysyy itselläänkin asian hallinta paremmin hallinnassa."	Oman sairauden hallinnan paraneminen	Oman sairauden hallinta	Omahoidon kehittyminen	

LIITE 4: SISÄLLÖNANALYYSI: INR-ARVOJEN HOITOTASOLLA PYSYMISTÄ PARANTAVAT ASIAT

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”On mahdollisuus keskustella ruokavalion ja elämän muutoksista, jotka vaikuttavat INRiin. Aiemmin ei kontaktia, vain ilmoitus. INR heitteli jopa vaarallisen paljon.”	Kontakti hoitajaan ja mahdollisuus keskusteluun	Kontakti hoitajaan	Kohdistettu ja tarkoituksenmukainen ohjaus	INR-arvojen hoitotasolla pysymistä parantavat asiat
”Henkilökohtainen ohjeistus. Ei kiire!” ”Olen saanut asiantuntevaa ohjausta, jonka avulla INR on vakiintunut -…”	Kiireetön ja yksilöllinen ohjaus	Yksilöllinen ohjaus		
”Keskustelut hoitajan kanssa ruokavaliosta, lääkityksistä, jotka vaikuttavat INR-arvoon.” ”Saan neuvoja ja ohjausta aina tarvittaessa ruokailuuni ja lääkkeiden käyttöön.”	Ruokavalioon ja muuhun lääkitykseen liittyvä ohjaus	Ruokavalion ja lääkityksen ohjaus		
”Ruokavalion tarkentaminen ja säännöllisyyden noudattaminen.” ”Ruokavalion huomioiminen annostuksessa.”	Ruokavalion tarkentaminen ja sen vaikutuksen huomioiminen lääkityksessä	Ruokavalion tarkentaminen ja huomioiminen	Ruokavalion huomioonottaminen	

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"…, koska INR-koe otetaan säännöllisesti…" "…, säännölliset käynnit."	Säännöllinen INR-seuranta	Säännölliset poliklinikkakäynnit	Tilanteenmukainen hoidon seuranta	
"… ja tarvittaessa INR-koe otetaan tiheämpään." "Kontrollit sovitaan tilanteen mukaan."	INR-kontrollit otetaan tilanteen mukaan	Lääkityksen arviointi tilanteen mukaan		
"INR-hoitajan ammattitaito." "Asiantunteva lääkearviointi."	Ammattitaitoinen ja asiantunteva INR-hoitaja	Ammattitaitoinen ja koulutettu INR-hoitaja	Ammattitaitoinen INR-hoitaja	