



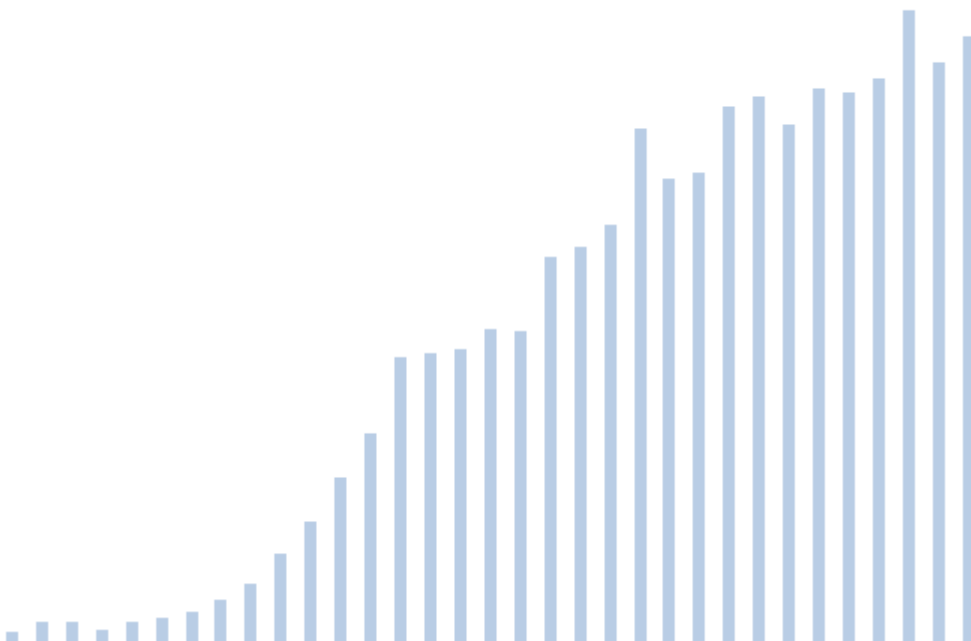
**Helsingin kaupunki**  
Sosiaali- ja terveystoimisto

Helsingin kaupunki  
Sosiaali- ja terveystoimisto

## **Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla -hanke**

### **Ulkoinen arviointi**

Mari Luntamo



**Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän  
kehittäminen terveysasemilla -hanke**

**Ulkoisen arviointi**

**Mari Luntamo**



**Helsingin kaupunki**  
Sosiaali- ja terveysvirasto

Kirjoittaja:  
Mari Luntamo

Kannen kuva: Jukka Holvitie (omahoitotekstiviestien määrä kuukaudessa)  
Paino: Star-Offset  
Helsinki 2014  
ISBN 978-952-272-631-5

## Tiivistelmä

Antikoagulaatio (AK)- eli verenohennushoitoa tarvitaan estämään monissa sairaustilanteissa uhkaavia veritulppia. AK-hoitoa saa noin 10.000 helsinkiläistä, ja määrä kasvaa vuosittain. AK-hoidossa käytettävän varfariini-nimisen lääkeaineen (kauppanimi Marevan®) hoitotasoa pitää seurata säännöllisesti laboratoriotestillä (INR-testi). Aikaisemmassa toimintamallissa INR-tuloksen ja lääkityksen annostelun ilmoittamisen potilaalle arvioitiin sitovan merkittävän määrän hoitajien ja lääkäreiden työpanoksesta. Lisäksi potilaat joutuivat usein odottamaan tuloksia, ja virheitä tapahtui heidän kirjatessaan puhelimestaan ohjeita.

”Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla” (ANTIKO) on Helsingin terveysasemilla vuosina 2010–2013 toteutettu hanke. Hankkeessa toteutettiin osittainen tehtävänsiirto lääkäreiltä AK-hoidon seurantaan koulutetuille hoitajille (hoitajavastuu). Soveltuvia potilaita koulutettiin ryhmissä omahoitoon niin, että he pystyvät itse tarkkailemaan ja säätämään AK-hoidon tasoa saatuaan tekstiviestillä tiedon INR-testin tuloksesta (omahoito). Lisäksi pyrittiin kehittämään sähköisiä asiointikanavia sekä parantamaan AK-hoidon kirjaamiskäytäntöjä.

Tämän prosessiarvioinnin ensimmäisenä tavoitteena oli arvioida ANTIKO-hankkeen eri osien toteutustapaa. Toisena tavoitteena oli antaa parannusehdotuksia samankaltaisia toimintamallin muutoksia varten, esimerkiksi vastaavaan hankkeeseen muilla paikkakunnilla tai muiden sairauksien hoitomallien kehittämistyöhön. Parannusehdotuksia ei rajoitettu niihin tarvittavan ajan tai resurssien suhteen, vaan niissä etsittiin parasta mahdollista toteutustapaa. Hankkeen lääketieteelliset vaikutukset sekä omahoitoon ja hoitajavastuuseen siirtyneiden potilaiden määrä raportoidaan muualla.

Arviointiin osallistui omahoitopotilaita, terveysasemalla työskenteleviä hoitajia ja lääkäreitä (hoitohenkilökunta) sekä hankkeen yhteistyötahoja. Aineisto kerättiin yksilö- ja ryhmähaastatteluilta, Digium-kyselyohjelmalla tehdyillä kyselyillä sekä kotiin lähetetyillä kyselylomakkeilla marras-joulukuussa 2013. Määrälliset tiedot analysoitiin tavanomaisin kuvaavien menetelmin. Laadullisesta aineistosta analysoitiin ilmisältö teemoittain laadullisen sisältöanalyysin keinoin. Potilaiden osallistumisaktiivisuus oli hyvä, mutta hoitohenkilökunnan ja yhteistyötahojen osallistuminen kyselyihin oli melko alhainen. Kyselyissä saadut tiedot kuitenkin vastasivat haastatteluissa saatuja tietoja sekä arvioinnin aihealueista aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia. Arviointiin ei ollut mahdollista sisällyttää muiden kuin omahoitopotilaiden näkemyksiä. Arvioinnilla oli tutkimuslupa Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveysvirastolta.

Hankkeen ajankohdan ja toteutusnopeuden hyväksi tai erittäin hyväksi koki lähes kaksi viidesosaa hoitajista ja noin puolet lääkäreistä. Ajankohdan ongelmiksi mainittiin monet muut samanaikaiset muutokset terveysasemilla. Suuri osa hoitohenkilökunnasta koki muutosten toteuttamisen tapahtuneen liian nopeasti. Osa taas oli sitä mieltä, että etenkin hoitajavastuuseen siirtymiseen

meni liian kauan aikaa. Suurin osa hoitajista ja lääkäreistä koki annetut hoitajavastuun ja omahoidon kriteerit selviksi, mutta siirtojen käytännön toteutukseen toivottiin yksityiskohtaisempia ohjeita. Hankkeen suunnitelmiin, ohjeisiin ja tiedotukseen toivottiin myös enemmän käytännön työn näkökulman huomioon ottamista. Tämän sekä terveysasemien kesken yhtenäisemmän aikataulun toteuttamiseksi ehdotettiin, että hoitohenkilökunta otettaisiin mahdollisimman laajasti mukaan hankkeen ja sen aikataulun suunnitteluun ja siten sitoutettaisiin niihin. Myös terveysasemien esimiesten motivoimista ja sitouttamista muutosten toteuttamiseen sovituissa aikatauluissa pidettiin tärkeänä. Useaan ongelmaan ratkaisuna ehdotettiin koulutettuja vastuuhenkilöitä jokaiselle terveysasemalle. He voisivat seurata muutosten etenemistä, ratkoa ongelmia ja antaa lähiohjausta paikallisella tasolla. He voisivat myös viedä palautetta hankkeen henkilökunnalle ja toimia linkkinä eri terveysasemien välillä.

Yli 80 % hoitajista oli tyytyväisiä saamaansa hoitajavastuukoulutukseen, mutta 70 % toivoi vapaamuotoisia kyselytilaisuuksia koulutuksen jälkeen. Lääkäreille ei annettu erillistä koulutusta, joka kuitenkin olisi voinut motivoida heitä aktiivisemmin siirtämään potilaita hoitajavastuuseen ja omahoitoon. Myös omahoitopotilaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa koulutukseen. Lähes kolmannes heistä olisi toivonut materiaalia luettavaksi ennen koulutusta. Yli puolet potilaskoulutuksia pitäneistä hoitajista olisi tarvinnut koulutusta ryhmien ohjaamisesta. Nykyinen potilaiden koulutusten keskittäminen alueellisille ryhmäkoordinaattoreille koettiin hyvänä.

Tärkeimmät tekijät, jotka motivoivat hoitohenkilökuntaa siirtämään potilaita hoitajavastuuseen ja omahoitoon, olivat potilaiden asioinnin helpottaminen ja vastuun kasvaminen oman sairauden hoidosta, potilasturvallisuuden oletettu parantuminen sekä AK-hoitoon tarvittavan työajan väheneminen. Siirtoja estävinä tekijöinä mainittiin kiire ja potilaiden vastustus. Esteenä koettiin myös epäluottamus hoitajien tai potilaiden kykyihin toteuttaa AK-hoitoa, mutta tämä vähentyi selvästi sekä hoitajien että lääkäreiden keskuudessa hankkeen aikana. Hoitajien usein mainitsema este oli sinänsä hankkeelle kuulumaton vaatimus lisäpalkasta heidän vastuunsa ja työmääränsä kasvattua. Hankkeen lähettämiä vertailutilastoja eri terveysasemien edistymisestä hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtymisessä ei koettu motivoiviksi. Sen sijaan muutosten etujen ja potilasnäkökulman korostamista pidettiin hyvänä motivoimiskeinona.

Potilaat olivat erittäin tyytyväisiä omahoitoon. Omahoitotekstiviestit koettiin selkeiksi ja suurin osa sai terveysasemalta tukea sitä tarvitessaan. Potilaita eniten omahoitoon siirtymiseen motivoivia tekijöitä olivat INR-arvon nopea saatavuus ja se, että tarve soittaa terveysasemalle tai odottaa soittoa poistui. Lähes puolet halusi hoitaa itse sairauttaan, mutta ei siksi, että he olisivat kokeneet epäluottamusta terveysaseman henkilökuntaa kohtaan. Hoitohenkilökunta ehdotti, että potilaita voitaisiin motivoida omahoitoon ja sähköiseen asiointiin lisätiedotuksella ja keskusteluilla, joissa korostetaan asioinnin helpottumista ja omahoidossa itsenäisyyden lisääntymistä sekä todennäköistä hoitotasapainon paranemista. Mahdollisuuksien mukaan kaikki AK-hoitopotilaat kannattaa kouluttaa heti (hankkeessa koulutettiin aluksi vain omahoitoon todennäköisesti

soveltuvia potilaita). Hoitohenkilökunta kuitenkin korosti, että omahoito ja sähköinen asiointi eivät sovi kaikille. Tämä tulee hyväksyä, eikä potilaita tule painostaa siirtymään niihin.

Hankkeen myötä käyttöön tullutta sähköisen asioinnin mahdollistavaa Forsante-järjestelmää pidettiin erittäin monimutkaisena ja virhealttiina. Forsante-järjestelmän käytöstä luovuttiin vuoden 2013 lopussa. Hankkeen lopussa Forsante-järjestelmän rinnalle tulleen Pegasoksen sähköisen asioinnin tekstiviestit ja webasiointi koettiin parhaiksi tavoiksi välittää INR-arvo ja varfariinin annosteluohje hoitaja- ja lääkärivastuussa oleville potilaille. Sähköisen asioinnin järjestelmien vaihtuvuuden kerrottiin aiheuttaneen ongelmia sekä hoitohenkilökunnalle että potilaille. Yleisesti ottaen sähköinen asiointi koettiin sopivaksi asiointikanavaksi AK-hoitoon.

Potilaiden omahoito oli selvästi vähentänyt AK-hoitoon menevää työaika ja lääkäreillä että hoitajilla. Hoitajavastuu oli helpottanut lähes kaikkien lääkäreiden työtä, mutta hoitajista yli puolet koki, ettei hoitajavastuu ollut helpottanut heidän työtään, ja osa kertoi työmäärän lisääntyneen. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet lääkärit ja suuri osa hoitajista koki omahoidon ja hoitajavastuun vakiintuneen arkipäiväisiksi toiminnoiksi. Osa henkilökunnasta kuitenkin tarvitsee omahoitoa, hoitajavastuuta ja Pegasoksen sähköistä asiointia koskevaan lisäkoulutusta. AK-hoidon kirjaamisen koki hankkeen myötä parantuneen suuri osa hoitajista ja lääkäreistä.

Suurin osa hoitajista, lääkäreistä ja yhteistyötahoista piti hankkeen ideaa hyvänä tai erittäin hyvänä. Hankkeen toteutukseen kriittisimmin suhtautuivat hoitajat ja yhteistyötahot. Lääkäreistä ja potilaista sen sijaan useampi kuin neljä viidestä piti hankkeen toteutusta hyvänä tai erittäin hyvänä. Kokonaisuudessaan yhteistyön hankkeen kanssa hyväksi tai erittäin hyväksi koki kaksi kolmesta yhteistyötahosta; huonoksi tai erittäin huonoksi sen koki kymmenesosa. Hankkeen aloittaman yhteistyön syventämistä erityisesti erikois- ja kotisairaanhoidon, hammashoidon sekä laboratorioden kanssa toivottiin.

ANTIKO-hankkeessa toteutettujen toimintatapojen muutosten jatkuvuus, ajanmukaisena pysyminen ja seuranta hankkeen tuen loputtua tulee varmistaa. Hoitajille ja lääkäreille pitää tarjota mahdollisuus omahoitoa, hoitajavastuuta ja sähköistä asiointia koskevaan lisäkoulutukseen. Potilaiden koulutuksissa tulee kiinnittää enemmän huomiota sopivien potilaiden motivoimiseen omahoitoon. Tiedonvälitystapoja kannattaa mahdollisuuksien mukaan edelleen kehittää. Yhteistyötä ja tiedotusta tulee lisätä erityisesti erikois- ja kotisairaanhoidon kanssa.

Suunniteltaessa vastaavia muutoksia muilla paikkakunnilla tai muissa yksiköissä kannattaa panostaa muutosten valmisteluihin, mikä todennäköisesti nopeuttaa niiden toteuttamista. Muiden suurten muutosten toteuttamista samaan aikaan kannattaa välttää ja uudet tietojärjestelmät tulee testata huolellisesti. Henkilökunnan laaja osallistaminen toimintojen ja aikataulun suunnitteluun sitouttaa heitä muutoksiin. Hoitajien ja potilaiden koulutukseen kehitettiin arvioidussa hankkeessa erinomaiset mallit, joita kannattaa hyödyntää. Tehtyjen muutosten ja niiden seurannan jatkuvuuden takaavat toimet tulee suunnitella ja toteuttaa jo muutosprosessin aikana.

## Raportissa käytetyt ilmaisut ja lyhenteet

AK	Antikoagulaatio eli verenhennus
AK-ajokorttikoe	Potilaiden omahoitokoulutuksen jälkeen tekemä koe, jossa testataan, onko potilas ymmärtänyt koulutuksen sisällön ja osaako hän säädellä varfariinin annostusta INR-tason mukaan. Vain kokeen läpäisseet voivat siirtyä omahoitoon.
AK-hoito	Antikoagulaatio- eli verenhennushoito, jolla tässä arvioinnissa viitataan nimenomaan varfariinilla (kauppanimi Marevan®) toteutettavaan AK-hoittoon
Alue	Neljä hallinnollista aluetta (pohjoinen, etelä, itä, länsi), joihin Helsingin terveysasemat on jaettu
ANTIKO	Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla -hanke eli arvioitu hanke
Digium-kysely	Sähköinen kysely, joka on toteutettu Digium-kyselyohjelmalla
eKirje	Kirje, jonka hoitohenkilökunta lähettää sähköisessä muodossa Itellalle, joka tulostaa kirjeen ja lähettää sen normaalin kirjeen muodossa potilaalle
Forsante-järjestelmä	Hankkeessa käytetty järjestelmä, jonka kautta hoitohenkilökunta voi lähettää eKirjeitä ja sähköisiä viestejä potilaille
Hanke	Tässä arvioinnissa hankkeella viitataan ANTIKO-hankkeeseen, jollei muuta mainita
Hoitajavastuu	Koulutettu hoitaja määrittää potilaan varfariiniannostuksen ja seuraavan INR-kontrollin sekä seuraa potilaan hoitoa.
Hoitohenkilökunta	Terveysasemilla töissä olevat lääkärit ja hoitajat
Hoitotasapaino	Hoitotasapainolla kuvataan, kuinka hyvin potilaan INR-arvo pysyy hänelle määrätyllä hoitotasolla.
Hoitotaso	INR-arvon toivottu vaihteluväli potilaalla (yleisin INR 2.0-3.0)
INR	International Normalized Ratio: Laboratoriokoe, joka kuvaa veren hyytymisaikaa. Sillä seurataan varfariinihoidon hoitotasolla pysymistä.
INR-kestolähete	Määritetyn ajan jatkuvasti voimassa oleva laboratoriolähete INR:n mittausta varten
Lääkärivastuu	Lääkäri määrittää potilaan varfariiniannostuksen ja seuraavan INR-kontrollin sekä seuraa potilaan hoitoa.
Marevan®	Varfariinivalmiste eli antikoagulaatiolääke
Marevan®-kortti	Potilasjärjestelmässä oleva INR-tuloksen, varfariinin annostelun ja seuraavan INR-kontrollin päivämäärän sisältävä kortti
Omahoito	Potilas tai omainen määrittää itse varfariiniannoksen ja seuraavan INR-kontrollin saamansa omahoitotekstiviestin perusteella
Omahoitotekstiviesti	Omahoidossa olevan potilaan INR-testissä käytyään saama tekstiviesti, jossa on INR-arvo ja lääkitystä sekä seuraavaa INR-kontrollia koskeva ohje.
Omasäätelyalue	INR-alue, jolla omahoitopotilas voi itse määritellä varfariinin annostuksen.
Ryhmäkoordinaattori	Henkilö, joka vastaa kaikista potilaiden ryhmäkoulutuksista, yksi jokaisella alueella.
Sähköinen asiointi	Viestin välittäminen ja vastaanottaminen sähköisesti eli internetin tai matkapuhelimen kautta.
Varfariini	Yleisin suun kautta otettava antikoagulaatiolääke, Suomessa kauppanimeltään Marevan®
Webasiointi	Sähköisten viestien lähettäminen ja saaminen internetin kautta

## Sisällysluettelo

1. Arvioitavan hankkeen tausta ja tavoitteet.....	9
2. Arvioinnin tavoitteet .....	10
3. Arviointimenetelmät, osallistumisaktiivisuus ja eettiset seikat .....	10
3.1 Arviointimenetelmät .....	10
3.2 Osallistumisaktiivisuus .....	12
3.3 Eettiset seikat .....	13
4. Arvioinnin tulokset ja parannusehdotukset.....	14
4.1 Hankkeen ajoitus, suunnittelu, tiedotus ja tuki .....	14
4.2 Hoitohenkilökunnalle annettu koulutus .....	20
4.3 Hoitajien potilaille antama ryhmäkoulutus.....	23
4.4 Potilaiden siirtäminen hoitajavastuuseen ja omahoitoon .....	27
4.5 Motivoivat ja estävät tekijät siirtymisessä hoitajavastuuseen ja omahoitoon.....	30
4.6 Kokemukset omahoidosta.....	39
4.7 Sähköinen ja muut asiointitavat.....	43
4.8 Hankkeen vaikutukset, seuranta ja toimintojen vakiintuminen .....	48
4.9 Kokonaisvaikutelma hankkeesta ja hankkeen yhteistyö muiden tahojen kanssa .....	54
5. Arvioinnin päätulokset, niiden luotettavuuden arviointi ja suositukset .....	58
5.1 Arvioinnin päätulokset .....	58
5.2 Tulosten edustavuuden ja luotettavuuden arviointi.....	60
5.3 Suositukset .....	61
Liitteet .....	65
Liite 1. Yhteistyötahot, joilta pyydettiin arviointia hankkeesta .....	65
Liite 2. Omahoitopotilaille lähetetty kyselylomake .....	66
Liite 3. Terveysasemien henkilökunta, joilta pyydettiin arviointia hankkeesta .....	68
Liite 4. Omahoitopotilaat, joilta pyydettiin arviointia hankkeesta .....	69
Liite 5. Haastateltujen allekirjoittama suostumuslomake .....	70
Liite 6. Omahoitotekstiviestien mallit .....	71



## 1. Arvioitavan hankkeen tausta ja tavoitteet

Antikoagulaatio (AK)- eli verenohennushoitoa tarvitaan estämään monissa sairaustilanteissa uhkaavia veritulppia. AK-hoitoa saa noin 10.000 helsinkiläistä ja hoidon piirissä olevien potilaiden määrä kasvaa vuosittain [1]. AK-hoidossa käytettävä varfariini-niminen lääkeaine (kauppanimi Marevan®) on tehokas, mutta sen turvallisuusmarginaali on varsin pieni. Siksi AK- hoidossa olevien henkilöiden hoitotasoa pitää seurata säännöllisesti INR (International Normalized Ratio) -laboratoriokokeella.

Aikaisemmassa toimintamallissa vain lääkärit voivat määrätä varfariinin annostuksen. Saadakseen tiedon INR-testin tuloksesta, varfariinin annostuksesta ja seuraavasta INR-testin päivämäärästä potilaat soittivat terveysasemalle INR-testissä käytyään. Vaihtoehtoisesti hoitaja tai lääkäri soitti potilaalle. Potilas voi myös hakea ohjeet kirjallisena terveysaseman toimistosta. Uudet AK-hoitopotilaat saivat yksilöllisen ohjauksen lääkkeen käytöstä. Tämän mallin arvioitiin sitovan merkittävän osan hoitajien ja lääkäreiden työpanoksesta. Lisäksi potilaat joutuivat usein odottamaan tuloksia, ja virheitä tapahtui heidän kirjatessaan puhelimesa suullisesti saamia ohjeita.

”Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla” (ANTIKO) on kaikilla Helsingin terveysasemilla vuosina 2010–2013 toteutettu hanke. Sen tavoitteena oli AK-hoidon potilasturvallisuuden lisääminen sekä terveysasemien resurssien tehokkaampi käyttö. Lisäksi pyrittiin kehittämään sähköisiä asiointikanavia sekä parantamaan AK-hoidon kirjaamiskäytäntöjä.

Hankeessa toteutettiin osittainen tehtävänsiirto siirtämällä AK-hoidon seurantavastuuta lääkäreiltä tähän tehtävään koulutetuille hoitajille (hoitajavastuu). Soveltuvia potilaita koulutetaan ryhmissä omahoitoon niin, että he pystyvät itse tarkkailemaan ja säätämään AK-hoidon tasoa saatuaan tekstiviestillä tiedon INR-testin tuloksesta (omahoito). Hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtämiselle on potilaiden halukuutta, hoitotasapainoa sekä haittatapahtumien riskiä koskevat kriteerit. Hoitaja- tai lääkärivastuussa oleville potilaille voidaan lähettää hoitajan tai lääkärin antama lääkkeen annosteluohje tekstiviestinä, turvatus verkkopalvelun kautta, eKirjeenä (poistui vuoden 2013 lopussa) tai tavallisena kirjeenä.

Hoitajavastuu ja omahoito perustuvat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) AK-hoidon käsikirjassa kuvattuun hoitomalliin [2]. ANTIKO-hankeessa tämä malli toteutettiin ensimmäistä kertaa näin isossa mittakaavassa. Hanke, sen tausta ja aikataulu on kuvattu tarkemmin hankkeen loppuraportissa [3]. Siinä raportoidaan myös omahoitoon ja hoitajavastuuseen siirtyneiden potilaiden määrät sekä alustavat tulokset potilaiden hoitotasapainon muutoksista. Hankkeen vaikutuksia arvioidaan kahdessa tekeillä olevassa väitöskirjassa. Lisäksi Metropolia Ammattikorkeakoulun opiskelijat ovat tehneet useita opinnäytetöitä hankkeen toiminnoista [4].

## 2. Arvioinnin tavoitteet

ANTIKO-hankkeen prosessiarvioinnilla oli kaksi tavoitetta:

- 1) arvioida hankkeen eri osien toteutustapaa (kuvattu kullekin hankkeen osalle kappaleessa 4 otsikolla ”Arvioinnin tulokset”)
- 2) antaa parannusehdotuksia samankaltaisia toimintamallin muutoksia varten esimerkiksi vastaavaan hankkeeseen muilla paikkakunnilla tai muiden sairauksien hoitomallien kehittämistyöhön (kuvattu kullekin hankkeen osalle kappaleessa 4 otsikolla ”Parannusehdotukset”)

Hankkeen arviointia ja parannusehdotuksia pyydettiin omahoitopotilailta, terveysasemalla työskenteleviltä hoitajilta ja lääkäreiltä sekä hankkeen yhteistyötahoilta. Parannusehdotuksia ei rajoitettu niihin tarvittavan ajan tai resurssien suhteen, vaan niissä etsittiin parasta mahdollista toteutustapaa. Siten niitä ei välttämättä olisi voitu toteuttaa nykyisessä hankkeessa.

## 3. Arviointimenetelmät, osallistumisaktiivisuus ja eettiset seikat

### 3.1 Arviointimenetelmät

Arvioinnissa käytettiin sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä. Tiedot kerättiin marras-joulukuussa 2013.

Taustatiedot arviointiin hankittiin hankkeen omasta kirjallisesta materiaalista, haastattelemalla hankehenkilökunta (lääkäri, hoitaja ja tietotekniikan insinööriopiskelija) ja hankkeen johtaja (johtava ylilääkäri) sekä osallistumalla yhteen ryhmäkoordinaattorin potilaille pitämään Marevan®- ja omahoitokoulutukseen ja hankeryhmän kokoukseen. Näitä tietoja käytettiin haastattelurunkojen ja kyselylomakkeiden luomiseen. Niitä ei sisällytetty varsinaiseen analyysiin muuten kuin taustatietojen osalta.

Analysoitava aineisto kerättiin yksilö- ja ryhmähaastatteluilla (terveysasemien hoitohenkilökunta ja yhteistyötahot), Digium-kyselyohjelmalla tehdyillä kyselyillä (terveysasemien hoitohenkilökunta ja yhteistyötahot) sekä kirjallisella kotiin lähetetyllä kyselylomakkeella (potilaat).

Puolistrukturoidut yksilö- tai fokusoidut ryhmähaastattelut suoritettiin kasvokkain, ja ne kestivät 1-3 tuntia. Arvioitsija kirjoitti haastatteluista muistiinpanot haastattelutilanteessa, eikä haastatteluita nauhoitettu tai tallennettu muilla tavoin. Haastattelut tehtiin ennen kyselyitä ja ne sekä kerätyt taustatiedot toimivat pohjana kyselyiden suunnittelussa. Kyselyt sisälsivät sekä avoimia kysymyksiä että kysymyksiä, joissa vastaaja valitsi sopivimman annetuista vaihtoehdoista.

Arviointiin osallistuvat tahot valittiin yhteistyössä hankkeen henkilökunnan kanssa.

Yksilö- ja ryhmähaastattelut tehtiin seuraavien tahojen kanssa:

- *Terveysasemien hoitohenkilökunta (hoitajat ja lääkärit):*
  - Mukaan valittiin neljä terveysasemaa satunnaisesti kuitenkin siten, että mukana oli yksi terveysasema jokaiselta neljältä hallinnolliselta alueelta (pohjoinen, etelä, itä, länsi) ja kaksi terveysasemaa oli keskimääräistä pienempää ja kaksi isompaa. Kullakin asemalla tehtiin yksi ryhmähaastattelu, johon osallistui omahoitajia, terveydenhoitajia, toimiston hoitajia, lääkäreitä sekä terveysaseman osastonhoitaja ja ylilääkäri.
  - Lisäksi osalle hankeryhmässä toimineista hoitohenkilökunnan jäsenistä (pilottiasemien henkilökunta ja henkilöstön edustajat, katso kappale 4.1.1.) tehtiin yksi kolmen hengen ryhmähaastattelu ja yksi yksilöhaastattelu. Heidän kommenttinsa on analysoitu yhdessä terveysasemien henkilökunnan kommenttien kanssa.
  - Lainauksissa hoitohenkilökunnan kommenttien perässä lukee joko hoitaja tai lääkäri.
- *Yhteistyötahot:* Yhdelle yhteistyötaholle tehtiin yksilöhaastattelu. Lainauksissa hänen kommenttinsa perässä lukee yhteistyötaho.

Digiium-kyselyohjelmalla kysyttiin seuraavien tahojen mielipiteitä:

- *Terveysasemien hoitohenkilökunta:* Terveysasemien, joilla ei suoritettu haastattelua (21 kappaletta), hoitohenkilökunnalle lähetettiin kyselyt, jotka olivat hieman erilaiset lääkäreille ja hoitajille. Lainauksissa heidän kommenttinsa perässä lukee joko hoitaja tai lääkäri.
- *Yhteistyötahot:* Näihin luettiin tässä arvioinnissa myös hankkeen ohjausryhmä sekä kaikki AK-hoidon käsikirjan kirjoittamiseen osallistuneet henkilöt riippumatta siitä, ovatko he olleet tekemisissä itse hankkeen kanssa. Liitteessä 1 on lueteltu tahot/ryhmät, joille lähetettiin yhteistyötahojen Digiium-kysely. Lainauksissa heidän kommenttinsa perässä lukee yhteistyötaho.

*Omahoitopotilaiden* mielipiteitä kysyttiin satunnaisesti valituilta 200 omahoitopotilaalta kirjallisella kotiin postitse lähetetyllä ja vastauskuorella varustetulla kyselylomakkeella (liite 2). Analyysiin otettiin mukaan myös arviointiin mennessä potilailta hankehenkilökunnalle tulleet kirjalliset potilaspalautteet, joista oli poistettu tunnistetiedot. Lainauksissa kaikkien potilaiden kommenttien perässä lukee potilas.

Määrälliset tiedot (hoitohenkilökunnan, yhteistyötahojen ja potilaiden kyselyt) analysoitiin tavanomaisin kuvaavin (deskriptiivisin) menetelmin. Kunkin kysymyksen kohdalla analyysiin otettiin mukaan kaikki siihen saadut vastaukset. Koska osa osallistujista oli jättänyt vastaamatta joihinkin kysymyksiin, raportissa mainittu vastaajien määrä vaihtelee eri kysymysten kohdalla. Laadullisesta aineistosta (hoitohenkilökunnan haastattelut, potilaspalautteet sekä hoitohenkilökunnan, yhteistyötahojen ja potilaiden kyselyiden avoimiin kysymyksiin tulleet vastaukset) analysoitiin ilmisältö (manifesti sisältö) teemoittain laadullisen sisältöanalyysin

keinoin. Tämän arvioinnin aikataulun puitteissa ei ollut mahdollista tehdä syvempää piilosisällön (latentti sisältö) analyysiä.

Lainauksissa joitakin lyhennyksiä, joiden merkitys on selvä (kuten ta eli terveysasema, th eli terveydenhoitaja), on kirjoitettu auki. Myös ilmiselviä näppäilyvirheitä on korjattu. Joissain lainauksissa on hakasulkumerkkien sisällä arvioijan lisäämää tekstiä, jolla annetaan tietoa asiayhteydestä tai vastausta edeltäneestä kysymyksestä.

### 3.2 Osallistumisaktiivisuus

Kaikki yksilö- ja ryhmähaastattelut toteutuivat ennalta tehtyjen suunnitelmien mukaisesti. Neljän terveysaseman henkilökunnan haastatteluihin osallistui 19 henkilöä, joista 7 oli lääkäreitä ja 12 hoitajia. Kunkin aseman ylilääkäri ja osastonhoitaja olivat mukana haastattelussa. Digium-kyselyihin vastasi 78 hoitajaa ja 25 lääkäriä. Kutsu kyselyyn lähetettiin terveysasemien sähköpostilistojen kautta yhteensä 813 henkilölle. Koska kaikilla Helsingin terveysasemilla on yhteensä noin 700 lääkärin ja hoitajan virkaa, eikä kyselyä lähetetty neljälle terveysasemalle, kyselyn saaneiden joukossa on luultavasti runsaasti osa-aikaisesti työskenteleviä sekä mahdollisesti työnsä terveysasemilla jo lopettaneita. Tarkemmat tiedot haastatteluihin ja kyselyyn osallistuneista hoitajista ja lääkäreistä on liitteessä 3.

Yhteistyötahojen ja johtoryhmän Digium-kyselyihin vastasi 20 henkilöä 60 kutsutusta. Kuten yllä on mainittu, kysely lähetettiin myös kaikille AK-hoidon käsikirjan kirjoittamiseen osallistuneille (25 henkilöä) riippumatta siitä, ovatko he olleet tekemisissä itse hankkeen kanssa. Neljä hankkeen aikana hankeryhmässä toiminutta hoitohenkilökunnan jäsentä sekä yksi muu yhteistyötaho haastateltiin (yhteensä kaksi yksilöhaastattelua ja yksi kolmen hengen ryhmähaastattelu).

Omahoitopotilaista kyselyn ennen analyysin alkua palautti 155 henkilöä (kysely lähetettiin 200:lle). Analyysiin otettiin mukaan 150 potilasvastausta, koska neljässä lomakkeessa todettiin, ettei potilas ole omahoidossa, ja yksi henkilö oli terveydenhuollon ammattilainen, joka ei osallistunut koulutukseen eikä täyttänyt lomaketta. Kriteerit, joilla omahoitopotilaat tunnistettiin, sekä kyselyn saaneiden ja analyysiin mukaan otettujen potilaiden taustatiedot on mainittu liitteessä 4. Hankehenkilökunnalle oli arviointiin mennessä tullut 12 kirjallista potilaspalautetta, jotka otettiin mukaan analyysiin.

Arvioinnin tulosten edustavuutta ja luotettavuutta käsitellään kappaleessa 5.2.

### 3.3 Eettiset seikat

Arvioinnin ei odoteta aiheuttaneen siihen osallistujille minkäänlaista haittaa pientä ajanhukkaa lukuun ottamatta. Arviointiin osallistuville kerrottiin, ettei heidän myöskään odoteta hyötyvän osallistumisesta muutoin kuin tulevaisuudessa arvioinnin tulosten hyödyntämisestä mahdollisesti seuraavasta palveluiden parantumisesta. Osallistumisesta ei maksettu korvausta.

Osallistujille kerrottiin joko kirjallisesti tai suullisesti arvioinnin tavoitteista ja käytetyistä menetelmistä ja heille annettiin tilaisuus esittää kysymyksiä. Osallistujille kerrottiin, että he voivat kieltäytyä haastattelusta tai kyselylomakkeen täyttämisestä ilman seuraamuksia. Heille painotettiin, että kerätyt tiedot käsitellään luottamuksellisesti, ja tulokset raportoidaan nimettömästi niin, ettei yksittäistä osallistujaa voi tunnistaa. Vain ulkoinen arvioija näki osallistujien antamat tiedot ja kommentit kokonaisuudessaan. Kaikilta haastatelluilta pyydettiin allekirjoitettu suostumus (liite 5).

Potilaiden kyselylomakkeissa ei ole tunnistetietoja ja Digium-kyselyihin vastattiin anonyymisti. Alun perin tarkoituksena oli haastatella joitakin omahoitopotilaita. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista, sillä tutkimuslupa umpeutui ennen kuin arvioitsija sai potilaiden vastaukset käyttöönsä. Haastatteluille ei myöskään koettu oleva suurta tarvetta, koska omahoitopotilaiden vastaukset olivat hyvin yhteneväiset. Mahdollista haastattelua varten halukkaita potilaita pyydettiin täyttämään kyselystä erillinen yhteystietolomake. Myös haastattelujen yhteydessä allekirjoitetut suostumukset sisälsivät yhteystietoja. Nämä tunnistetietoja sisältävät lomakkeet säilytettiin lukitussa tilassa, erillään kyselylomakkeista ja haastatteluista tehdyistä muistiinpanoista, ja ne hävitettiin tutkimuksen analyysin valmistumisen jälkeen paperisilppurilla.

Arvioinnilla oli tutkimuslupa Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveysvirastolta ja yllä mainittujen yhteystietojen väliaikaisen säilytyksen vuoksi siitä tehtiin rekisteriseloste.

## 4. Arvioinnin tulokset ja parannusehdotukset

Tämä kappale sisältää hankkeen osien kuvauksen, hankkeen arvioinnin tulokset ja parannusehdotukset vastaaviin toimintamallien muutoksiin tulevaisuudessa. Analyysissä esiin tulleista asioista on annettu esimerkkejä lainauksin. Hoitohenkilökunnalla viitataan terveysasemilla työskenteleviin hoitajiin ja lääkäreihin, ja yhteistyötahoilla liitteessä 1 mainittuihin tahoihin, ellei muuta mainita. Parannusehdotusten taustojen havainnollistamiseksi hankkeessa ongelmallisiksi koetut seikat kuvataan mahdollisimman tarkasti.

### 4.1 Hankkeen ajoitus, suunnittelu, tiedotus ja tuki

#### 4.1.1 Kuvaus

Hanketta alettiin suunnitella vuonna 2009. Siinä oli tarkoitus panna käytäntöön Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa luotu antikoagulaatiohoidon (AK-hoidon) malli sekä kehittää sähköistä asiointia [2]. Rahoitus hankkeeseen saatiin Helsingin kaupungin Innovaatorahastolta ja hanke alkoi vuonna 2010.

Hankeryhmään kuului hankkeen kolme työntekijää (lääkäri, hoitaja ja tietotekniikan insinööriopiskelija) ja hankkeen johtaja (johtava ylilääkäri). Heidän lisäksi hankeryhmään kuului alussa kummankin pilottiaseman henkilökuntaa, pilottien päätyttyä seuraavaksi omahoitoa aloittavien terveysasemien henkilökuntaa ja koko hankkeen ajan henkilöstön edustajana yksi hoitaja. Hankkeen ohjausryhmänä toimi Terveysasemien johtoryhmä, nykyiseltä nimeltään TERSIn (Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka) johtoryhmä, johon kuuluvat terveysasemien johtajalääkäri ja johtava ylihoitaja sekä hallinnollisten alueiden johtavat ylilääkärit ja ylihoitajat (nykyään myös sisätautipoliklinikan ylilääkäri). Ohjausryhmä seurasi hankkeen etenemistä sekä otti kantaa sen yleislinjoihin.

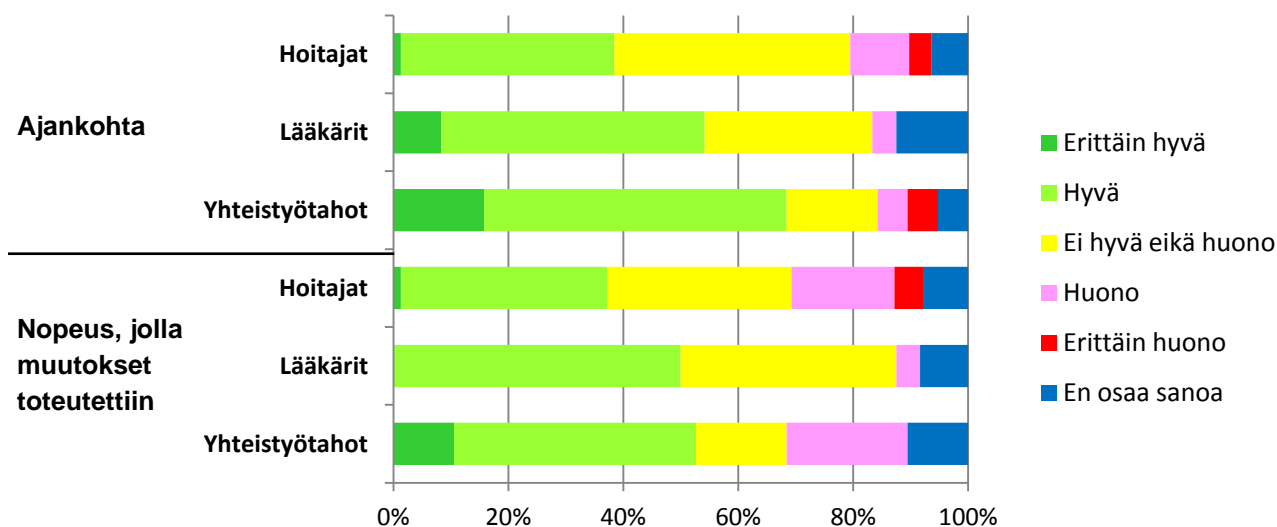
Hankkeen toiminnot pilotoitiin kahdella terveysasemalla, joista ensimmäisellä oli ollut hoitajavastuu, mutta ei omahoitoa, käytössä jo vuosia. Muut terveysasemat aloittivat hankkeen toiminnot porrastetusti vuoden aikana, ja kukin terveysasema pystyi itse jonkin verran vaikuttamaan aloitusaikaan. Terveysasemien haluttiin toteuttavan muutokset mahdollisimman samanaikaisesti, koska uhkana oli, että potilaat alkaisivat siirtyä terveysasemalta toiselle uusien palvelujen perässä. Hankesuunnitelmalle ja käytännön ohjeille ei ollut valmista mallia, koska vastaavia muutoksia ei näin isossa mittakaavassa ollut aikaisemmin toteutettu. Hankeryhmä teki suunnitelmat ja ohjeistukset, jotka testattiin pilottiasemilla. Hankkeen aikana niitä edelleen muokattiin henkilökunnan ja potilaiden kommenttien perusteella.

Hoitajien koulutuksen (kappale 4.2) jälkeen yksittäisillä terveysasemilla järjestettiin koko terveysaseman henkilökunnalle tarkoitettu informaatiotilaisuus, jossa käytiin läpi hankkeen avulla tehtävät muutokset toimintatapoihin. Hankkeen aikainen tiedotus tapahtui lähinnä

hankehenkilökunnan lähettämällä sähköposteilla ylilääkärin ja osastonhoitajan kautta. Lisäksi hankkeesta tiedotettiin eri tahoja pitämällä esitelmiä muun muassa terveyskeskuksen hoitaja- ja lääkäripäivillä, alueellisissa osastonhoitajien kokouksissa sekä ylilääkäreiden työhyvinvointipäivillä. Hankkeen alussa halukkaille ylilääkäreille ja osastonhoitajille järjestettiin kaksi käytännön järjestelyjä koskevaa keskustelutilaisuutta. Hoitohenkilökuntaa ohjeistettiin ottamaan yhteyttä hankehenkilökuntaan, jos heillä oli kysymyksiä tai he havaitsivat ongelmia.

#### 4.1.2 Arvioinnin tulokset

Hankkeen toteuttamisen ajankohdan ja sen toteuttamisaikataulun (kuinka nopeasti muutokset toteutettiin) sopivuutta kysyttiin hoitajilta, lääkäreiltä ja yhteistyötahoilta (kuva 1). Hankkeen ajankohdan hyväksi tai erittäin hyväksi koki 38 % hoitajista, noin puolet lääkäreistä sekä kaksi kolmasosaa yhteistyötahoista. Samat määrät hoitajia ja lääkäreitä piti aikataulua hyvänä tai erittäin hyvänä.



Kuva 1. Hoitajien (n=78), lääkäreiden (n=24) ja yhteistyötahojen (n=19) näkemys ajankohdasta, jolloin hanke toteutettiin sekä nopeudesta, jolla muutokset toteutettiin.

Hoitajat olivat kriittisimpiä sekä ajankohdan (14 %:n mielestä huono tai erittäin huono) että muutosten toteuttamisnopeuden (23 %:n mielestä huono tai erittäin huono) suhteen. Ajoituksen ongelmana mainittiin monet muut samanaikaiset muutokset terveysasemilla. Näitä olivat muun muassa takaisinsoiton, eReseptin ja Pegasoksen sähköisen asioinnin käyttöönotto. Tämä ongelma tuli esille erittäin monissa hoitohenkilökunnan kommentoissa. Muutammat henkilöt kommentoivat uudistusten päällekkäisyyden kuitenkin olevan yleistä, eikä ainoastaan tähän hankkeeseen liittyvä ongelma.

*”Kerralla tuli monta uutta muutosta terveysasemalle, ennen kuin edellinen muutos oli sisäistetty.” (Hoitaja)*

*”Ajoitus oli huono, sekoitti potilaita, oli eKirje ja sähköinen asiointi ja eResepti, vähän liikaa.”  
(Hoitaja)*

Haastatteluissa ja avoimissa kommentteissa tuli ilmi, että moni koki toimintatavan muutokseen yksittäisellä terveysasemalla annetun liian vähän aikaa. Muutama kommentoija oli toisaalta sitä mieltä, että aikataulu venyi liikaa. Syinä tähän mainittiin yllä mainitut muut samanaikaiset muutokset, käytännön vaikeudet kuten kiire, asenteet ja epävarmuus (kappaleet 4.4, 4.5 ja 4.7), sekä puutteet terveysasemien esimiesten aktiivisuudessa (katso alla).

*”Ei anneta tarpeeksi aikaa muutokselle, suurin ongelma. Jos muutokselle olisi annettu aika ja paikka, olisi ok. Oli liian kiire.” (Lääkäri)*

*”Hankkeen aikana myös muita hankkeita samanaikaisesti, eri hankkeiden lomittaminen olisi ehkä ollut paikallaan. Aikataulu venyi turhan pitkäksi.” (Lääkäri)*

Hankkeessa tehtyjen toimintatapojen muutosten toteuttamisen eri terveysasemilla eri aikaan koki ongelmalliseksi noin viidennes hoitajista ja lääkäreistä. Hankaluuksia aiheutti se, että potilaat olivat saattaneet kuulla omahoitomahdollisuudesta ja kyselivät siitä, vaikka kyseinen terveysasema ei olisi vielä aloittanut omahoitoon siirtymistä. Muutama kommentoija näki portaittaisuuden etuna sen, että näin saatiin tietoa ongelmista, jotka voitiin korjata ennen toimintojen aloittamista seuraavalla asemalla. Tosin osittain tästä johtuva ohjeiden muuttaminen sai osakseen myös runsaasti kritiikkiä (katso alla).

*”Lehdessä lukee kaikenlaista, sieltä asiakkaat tietää, vaikei meillä vielä ole. Projektien ongelma, kun kokeillaan jossain, ja laajenee pikkuhiljaa, mutta tieto leviää nopeasti.”  
(Hoitaja)*

*”Portaittainen toteutus eri asemilla, opittiin muiden virheistä ja saatiin seuraavassa pisteessä toteutettua paremmin.” (Hoitaja)*

Piloteissa tuli esiin monia ongelmia, jotka korjattiin. Moni haastateltu ja kyselyyn vastannut koki kuitenkin hankkeen suunnitelman ja ohjeistuksen olleen keskeneräisiä ja puutteellisia, kun niitä alettiin toteuttaa. Monia myös häiritsi se, että ohjeistuksia muutettiin usein. Toisaalta osa näki hankkeen yhtenä isona pilottina, jossa kehitystä tapahtui koko ajan, ja jonka läpivieminen Helsingin kokoisessa kaupungissa ei ole yksinkertaista.

*”Varmaan suurin ongelma oli se, että sitä ohjeistusta ei oltu harkittu, ei ollut linjausta, vaan tuli ohje kerrallaan joka muutti edellistä ohjetta. Sen takia tuli epämääräinen tunne. Sääntöjä ei voi muuttaa kesken kaiken. Merkittävä vaikutus.” (Hoitaja)*



*”Jossain vaiheessa alkoi tulemaan liikaa ohjeita. Koko ajan muuttui, ihmiset alkoi väsymään, kun projektia painettiin hirveällä voimalla. Yleisellä tasolla tuntui, että vain tätä asiaa puidaan työyhteisössä, suuri osa työtä.” (Hoitaja)*

*”Hanke parantunut koko ajan, selkeät kootut ohjeet jatkossa. Nyt on tuntunut että eri ohjeita muun muassa kirjaamiseen on tullut useita.” (Hoitaja)*

Hankkeen suunnittelussa olivat mukana pilottiasemien ja henkilöstön edustajat. Tästä huolimatta hoitajat, lääkärit ja yhteistyötahot esittivät melko paljon kritiikkiä siitä, ettei suunnittelussa oltu otettu tarpeeksi huomioon kentän näkökulmaa eikä toimivuutta käytännön työssä. Useat hoitajat kokivat, että heitä koskeva tehtävän siirto oli tehty heitä kuulematta ja heidän mielipiteisiinsä ei ollut reagoitu. Jotkut kommentoivat myös, ettei terveysasemilla ollut tarpeeksi mahdollisuuksia vaikuttaa hankkeen ajoitukseen. Toisaalta muutamat totesivat, että muutosten toteuttaminen kenttää kuulematta on yleistä.

*”Tyypillinen ylhäältä alaspäin projekti. Ei oltu otettu tarpeeksi käytännön asioita huomioon: pitäisi projektihenkilökunnan tulla ja olla luukulla, kun asiakkaat kysyvät asioista”. (Hoitaja)*

*”Taas kerran työtehtävien siirto lääkäreiltä hoitajille ilman hoitajien kuulemista. Tieto hankkeesta ”ilmoitusasiana”, jolloin ei enään mitään mahdollisuutta/järkeä sanoa omaa mielipidettään kyseisestä asiasta. Tai onhan niitä mielipiteitä sanottu, mutta ei niillä mitään merkitystä ole ollut.”(Hoitaja)*

*”Voi sanoa, että sitä vaan ollaan ja tehdään, vaan ilmoitettiin että se tulee. Käsky tulee kaukaa ylhäältä. Helsingin systeemi on hirveän byrokraattinen.” (Lääkäri)*

Osa hoitohenkilökunnasta korosti, että terveysasemien ja niiden väestöjen erilaisuuden vuoksi asia, joka toimii yhdellä terveysasemalla, ei välttämättä toimi toisella. Siksi ehdotettiin jopa jokaiselle terveysasemalle omaa pilottia. Toisaalta yhtenä hankkeen tavoitteena oli nimenomaan yhtenäistää eri terveysasemien toimintakulttuuria AK-hoidon suhteen, minkä monet kokivat yhtenä hankkeen parhaista puolista.

*”Olisi pitänyt tehdä kunnollinen pilotti, että saadaan ohjeistus kuntoon, olisi huomattu ohjeistuksen puutteellisuus. Helsingissä on niin erilaisia asemia, herätti ärtymystä kun tuotiin keskeneräinen homma. Ei nähneet epäkohtia, ei kuunneltu [hoitohenkilökunnan kertomia ongelmia].” (Lääkäri)*

*”[Hyvää hankkeessa on] yhtenäiset linjat, yhtenäiset ohjeet, koko kaupungille samanlaiset. Näyttää toimivan. Koulutukset samat kaikille ja samat tavat työskennellä kaikilla. Aikaisemmin ollut varmaan eri käytäntöjä.” (Hoitaja)*

Hankehenkilökunnan tiedotuksen hankkeesta hyväksi tai erittäin hyväksi koki noin puolet hoitajista ja lääkäreistä, mutta lähes viidennes hoitajista koki tiedotuksen huonoksi tai erittäin huonoksi. Yhteistyötahot kokivat, että tiedotus parani hankkeen aikana. Hoitohenkilökunnalle oli selvää, keneen ottaa yhteyttä kysymysten ja ongelmien ilmetessä. Hankehenkilökunnan tuen, kuten kysymyksiin vastauksen saamisen, hyväksi tai erittäin hyväksi koki noin 40 % hoitohenkilökunnasta ja puolet yhteistyötahoista. Huonona tai erittäin huonona tukea piti 16 % hoitajista, yksi lääkäri ja 3 yhteistyötahoa. Myös tiedotuksessa ja tuessa kaivattiin enemmän konkreettisuutta ja asioiden katsomista kentän näkökulmasta. Osa huomautti, ettei hankkeen voida olettaa toteutuvan vain lähettämällä sähköpostia esimiehille. Kritiikkiä sai myös sähköpostien suuri määrä, koska niitä tulee myös monilta muilta tahoilta.

*”Ylipäänsä kun tehdään tiedotusta uudesta asiasta pitäisi luetuttaa sellaisella, joka ei ole lainkaan asiaan vihkiytynyt. Tulisi olla perusteellista.” (Hoitaja)*

*”Hoitajat haluaa vastauksia kyllä tai ei, tee näin. Lääkärit tottuneet viilaamiseen ja joustoon, hoitajille yllätys, ettei kaikki ole niin konkreettista. Kun vastaus oli, että toisaalta, mutta toisaalta, ahdisti.”(Lääkäri)*

*”Sähköpostin määrä ollut sietämätön, on monta muuta projektia menossa samaan aikaan. Ei voi luottaa että sähköpostin lähetys on sama kuin projektin jalkautuminen.” (Lääkäri)*

Terveysasemien esimiehillä (ylilääkäri ja osastonhoitaja) oli tärkeä rooli hankkeen kulussa, koska suuri osa informaatiosta hoitohenkilökunnalle välitettiin heidän kauttaan. Omien esimiesten tiedotuksen ja tuen hankkeessa hyväksi tai erittäin hyväksi koki 60 % hoitajista. Tyytymättömyyttä esimiesten tiedotukseen ilmaisi 13 % hoitajista ja heidän tarjoamaan tukeensa 18 % hoitajista. Lääkärit olivat tyytyväisempiä esimiesten tiedotukseen ja tukeen, sillä yksikään lääkäri ei arvioinut niitä huonoksi tai erittäin huonoksi. Muutamissa kommentteissa kuitenkin todettiin, että terveysasemien esimiesten olisi pitänyt olla aktiivisempia muutosten läpiviemisessä.

*”[Hankkeessa huonoa oli] muutosjohtaminen työpaikoilla. Prosessi ei voi venyä vuodella.” (Hoitaja)*

#### 4.1.3 Parannusehdotukset

Hoitohenkilökunta ehdotti, että **hankkeiden aikataulutusta ja koordinaatiota parannettaisiin niin, ettei isoja hankkeita tulisi samanaikaisesti**. Yhtenä hankaluutena koettiin, että usein hankkeiden aikataulut muuttuvat, ja siten aiemmin peräkkäin toteutettaviksi suunnitellut hankkeet tulevatkin päällekkäisiksi.

*”Rauhoittaisi muilta projekteilta tämän projektin ajaksi. Priorisoidaan projekteja, jos kerran pidetään tärkeänä, samalla ei ajeta muita isoja projekteja. Yksi kunnolla johonkin vaiheeseen ennen kuin muita.” (Lääkäri)*

Suurin osa hoitohenkilökunnasta toivoi **muutosten toteuttamiseen riittävästi aikaa**. Tärkeänä pidettiin, että muutoksista kerrotaan ajoissa, jotta kaikilla on aikaa asennoitua ja sopeutua niihin. Toisaalta moni koki, että arvioidussa hankkeessa erityisesti hoitajavastuuseen siirtymiseen meni liian kauan aikaa, ja samankaltaistenkin terveysasemien välillä oli suuria eroja toteutusnopeudessa. Siksi ehdotettiin **välitavoitteita sisältävien yhtenäisten aikataulujen sopimista yhteistyössä terveysasemien henkilökunnan kanssa**. Myös kaikkien **terveysasemien esimiesten motivoimista ja sitouttamista muutosten toteuttamiseen sovitussa aikataulussa** pidettiin tärkeänä.

*”Aikaa pitää varata, aikaa pitää myös rajata. Vaatii tiiviimmän aikataulutuksen, pitää pysyä etapeissa. Esim. henkilökunta ei sitoutunut siihen että näin mennään/tehdään, vaatii vahvaa johtamista, kaikkien pitäisi tehdä samalla tavalla. Ei valvottu paikallisella tasolla etenemistä sovitussa tahdissa.” (Yhteistyötaho)*

*”Lähiesimiesten tuki merkittävä, miten aktiivisesti siinäkin ollaan. Jos joku asia suunnitellaan miten tehdään, niin seurataan, että tehdään. Työpaikan kulttuuri vaikuttaa”. (Lääkäri)*

**Jotta suunnitelma ja ohjeistus saataisiin mahdollisimman valmiiksi, konkreettiseksi ja kentän olosuhteita vastaavaksi ennen toteutusta, ehdotettiin, että hoitohenkilökunta otettaisiin laajasti mukaan hankkeen suunnitteluun**. Tämä myös sitouttaa henkilökuntaa sovittujen muutosten toteuttamiseen. Laaja kentän konsultointi tosin vaatii paljon aikaa ja resursseja, mutta saattaa myöhemmin nopeuttaa muutosten toteuttamista. Toisaalta osa kommentoijista totesi, että uuden asian ollessa kyseessä on mahdotonta tietää kaikkia eteen tulevia ongelmia etukäteen.

*”Ollaan muutoksiin valmiita jos on potilasta ja meitä helpottavia, mutta haluttaisiin olla mukana muutosvaiheessa.” (Lääkäri)*

*”[Parannettavaa hankkeessa:] koko henkilöstön mukaan otto tiettyjen ohjeiden tekemiseen. (Yhteistyötaho)*

*”Olisi hyvä, jos näinkin isoista työtehtävien siirrosta keskusteltaisiin ensin niiden työntekijöiden kanssa, joita kyseiset työtehtävät tulee koskemaan=> olisi paljon vaikutusta siihen, kuinka asioihin jatkossa suhtautuu.” (Hoitaja)*

Kommenttien mukaan hankkeen **tiedotuksen tulisi olla selkeää ja hankkeen pääasioita korostavaa**. Nimetyt vastuuhenkilöt kullakin terveysasemalla voisivat käydä läpi kaiken hankkeesta tulevan tiedotuksen ja huolehtia sen välittymisestä muulle henkilökunnalle (kappale 4.5).

Sähköpostien lisäksi toivottiin myös **henkilökohtaisia käyntejä terveysasemilla**, joihin kuitenkin vaadittaisiin enemmän resursseja. Arvioidussa hankkeessa hankehenkilökunta kävi niillä terveysasemilla, joilla oli eniten ongelmia. Lisäksi terveysasemilla käytiin kertaamassa ja tukemassa Forsante-järjestelmän käyttöä.

*”Alkuvaiheessa tiedottaminen oli hyvää, lisäpanos olisi pitänyt olla ruohonjuuritason keskusteluissa, paikallisella tasolla. Alkuun olisi voinut mennä vielä enemmän kertomaan asiasta, kun on jo vähän käynnistynyt. Panostaisin paikalliseen tukeen.” (Yhteistyötaho)*

*”Aloitettaessa hankesuunnitelma oli keskeneräinen, sen viestinnän punainen lanka oli epäselvä ja vasta hankkeen edetessä alkoi kentällä selvitä, miten tätä hanketta viedään eteenpäin ja mitä kentän työntekijältä edellytetään. Siis hankkeen suunnitelma olisi pitänyt valmistella selkeästi paremmin alusta lähtien ja painottaa päälinjoja.” (Yhteistyötaho)*

## 4.2 Hoitohenkilökunnalle annettu koulutus

### 4.2.1 Kuvaus

Terveysasemien hoitajat osallistuivat kahteen erilliseen koulutukseen. Ensimmäinen käsitteli AK-hoitoa ja sen toteuttamista (ns. hoitajavastuukoulutus). Se sisälsi tietoa AK-hoidosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, annostuksen määrittämisestä ja valmisti hoitajia hoitajavastuuseen ja potilaskoulutusten pitämiseen. Alkuun hankelääkäri ja myöhemmin hankehoitaja pitivät koulutuksen. Koulutus kesti muutaman tunnin. Koulutuksen jälkeen kaikki hoitajat antoivat näytön oppimastaan määrittämällä kymmenen potilaan varfariinin annostelun. Hyväksytyt näytön jälkeen perus- ja lähihoitajille annettiin kirjallinen lääkehoitolupa, joka uusitaan puolen vuoden kuluttua ja sen jälkeen viiden vuoden välein. Sairaalan- ja terveydenhoitajat sekä kättilöt eivät tarvitse kirjallista lupaa, vaan hyväksytyt näytöt varfariinin annostelusta riittää.

Toinen koulutus käsitteli Forsante-järjestelmän käyttöä (ns. Forsante-koulutus), eli webasiointia ja eKirjeiden lähettämistä potilaille (järjestelmä kuvattu kappaleessa 4.7). Koulutus toteutettiin tietotekniikkaluokassa ja sen pitivät Forsante-järjestelmän toimittaneen yhtiön työntekijät. Mahdollisia kysymyksiä varten paikalla oli myös hankehenkilökuntaa. Tämänkin koulutus kesti muutaman tunnin.

Lääkäreille ei annettu alun informaatiotilaisuutta ja kappaleessa 4.1 mainittuja tilaisuuksia lukuun ottamatta muuta koulutusta hankkeen taholta. Informaatio heille kulki terveysaseman ylilääkärin ja hoitajien kautta. Suunnitelma oli, että oman koulutuksensa jälkeen hoitajat kouluttavat lääkärit käyttämään Forsante-järjestelmää.

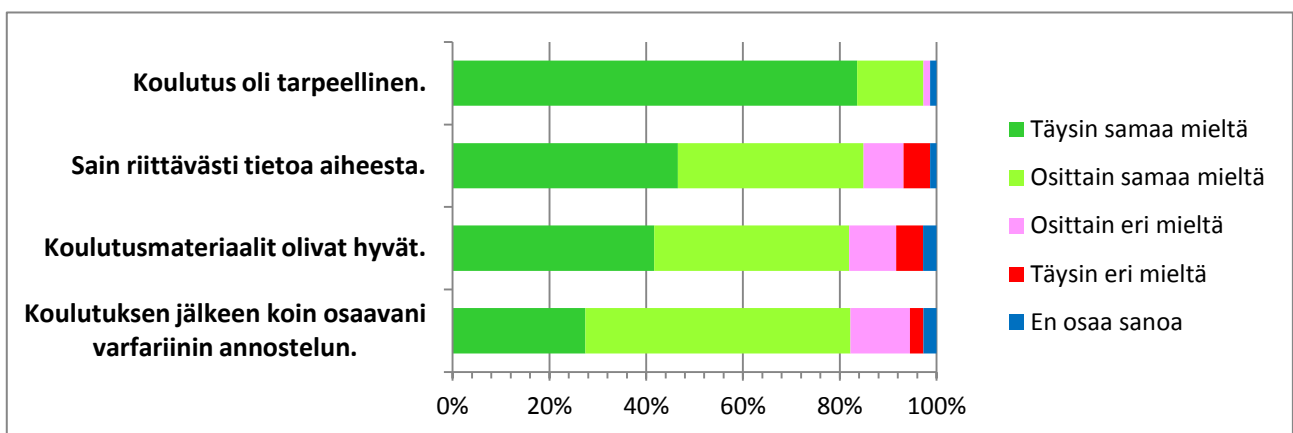
#### 4.2.2 Arvioinnin tulokset

##### a) Hoitajavastuukoulutus

Tähän koulutukseen oli osallistunut 94 % Digium-kyselyyn vastanneista hoitajista. Lähes kaikki hoitajat olivat täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että koulutus oli tarpeellinen (kuva 2). Useampi kuin neljä viidestä hoitajasta koki myös saaneensa tarpeeksi tietoa koulutuksessa.

*”Kerrankin kunnan koulutus ja materiaalit, kiitos siitä! Yleensä on tullut käsky ylhäältä ja on saanut itse ruveta ”säveltämään”, minkä muilta töiltään on ehtinyt!” (Hoitaja)*

*”Oli hienoa, että oli talon ulkopuoliset asiantuntijat!! Esitys oli hyvä.” (Hoitaja)*



Kuva 2. Hoitajien (n=73) kokemukset hoitajavastuukoulutuksesta.

Huolestuttavaa kuitenkin on, että 15 % hoitajista ei kokenut osaavansa varfariinin annostelua koulutuksen jälkeen. Jotkut hoitajat olivat kokeneet kysymysten esittämisen hankalaksi ja koulutuksessa olleen kiire. Koulutukset olivat suuria varsinkin alussa, kun suuri määrä hoitajia piti kouluttaa nopeasti. Osa oli myös epävarmoja koulutuksessa käytetystä kielestä ja termeistä. Muutama henkilö mainitsi, että koulutus oli pidetty ennen kuin kaikki hankkeeseen liittyvät asiat oli viimeistelty.

*”Ei saanut keskustella ja kysellä vapaasti toisten/ohjaajien kanssa, mikä olisi ollut erittäin hyödyllistä projektin alussa.” (Hoitaja)*

*”Ihmisen, joka ei ole joka päivä 100 % mukana projektissa pitäisi pystyä ymmärtämään sitä [koulutuksen ja ohjeiden kieltä]. Esim. mikä on nouseva trendi? Pitää olla konkretiaa hyvin paljon. Normialueella nouseva trendi vai vasta normialueen yläpuolella?” (Hoitaja)*

##### b) Forsante-järjestelmää koskeva koulutus hoitajille

Tähän koulutukseen oli osallistunut 69 % Digium-kyselyyn vastanneista hoitajista. Myös Forsante-koulutus koettiin tarpeelliseksi: 85 % hoitajista oli täysin tai osittain tätä mieltä. Noin kolme

neljästä hoitajasta koki saaneensa tarpeeksi tietoa koulutuksesta ja kaksi kolmasosaa koki koulutusmateriaalit hyväiksi. Forsante-järjestelmä koettiin yleisesti monimutkaiseksi (kappale 4.7). Pääosa kritiikistä kuitenkin kohdistui siihen, että järjestelmän oppiminen vei aikaa ja resursseja, ja kuitenkin järjestelmä poistui käytöstä melko pian. Siksi monet hoitajat kokivat koulutuksen turhana.

*”Forsante-asiat ei auennut minulle koulutuksessa, vasta kun aloin tekemään sitä se hahmottui.” (Hoitaja)*

*”Forsante-koulutus oli täysin tarpeeton, koska järjestelmän käytöstä luovuttiin juuri kun potilaille oli alettu lähettää e-kirjeitä.” (Hoitaja)*

#### c) Lääkärien koulutus

Lääkäreiltä kysyttiin, olisivatko he tarvinneet koulutusta koskien hoitajavastuuta, omahoitoa ja Forsante-järjestelmää. Digium-kyselyyn vastanneista lääkäreistä kolme viidestä oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että lääkäritkin olisivat tarvinneet koulutusta hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtymisestä ja puolet olisi halunnut saada koulutusta Forsante-järjestelmän käytöstä. Suunnitelma siitä, että hoitaja kouluttaa lääkäriyöparinsa käyttämään Forsantea oli toteutunut vain joka kolmannen kyselyyn vastanneen lääkärin kohdalla. Osa lääkäreistä oli sitä mieltä, etteivät lääkärit ota hoitajien antamaa koulutusta yhtä hyvin vastaan kuin toisen lääkärin antamaa koulutusta.

*”Hoitajat koulutettu hyvin, osa lääkäreistä ei ole perehtynyt oppaan mukaiseen annossätelyyn ja seurantatiheyteen. Sooloilevat tai ovat itse epävarmempia kuin perehtyneet hoitajat.” (Lääkäri)*

#### 4.2.3 Parannusehdotukset

Haastatteluissa useat hoitajat kertoivat, että vaikka he olivat kokeneet hoitajavastuukoulutuksen kattavaksi, käytännön työssä oli noussut esiin moninaisia kysymyksiä. Digium-kyselyyn vastanneista 70 % toivoi, että **koulutuksen jälkeen järjestettäisiin vapaamuotoisia kertaus- ja kyselytilaisuuksia**. Hankkeen lopussa potilaiden omahoitokoulutuksia pitäneille hoitajille pidettiin muutama keskustelutilaisuus, mutta myös muille hoitajille kannattaisi järjestää mahdollisuuksia kertaukseen ja keskusteluun. Lisäkoulutuksen tarve nousi esille **erityisesti muutosten yhteydessä**. Hankkeen loppupuolella hoitajavastuun INR-aluetta (eli INR-arvoja, joiden puitteissa hoitaja voi itsenäisesti määrittää potilaan varfariinin annoksen) laajennettiin arvoista 1.8-3.5 arvoihin 1.8-4.5. Haastatteluissa moni hoitaja koki tämän aiheuttavan epävarmuutta. Kyselyyn osallistuneista hoitajista 73 % olisi toivonut lisäkoulutusta tästä muutoksesta. Yli kaksi kolmasosaa oli kuitenkin täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että he ovat alkaneet noudattaa uusia INR-rajoja työssään. Palautteen mukaan myös ensimmäisessä **koulutustilaisuudessa tulisi antaa enemmän aikaa**

**kysymyksille.** Tätä edistäisi **pieni ryhmäkoko.** Koulutuksessa käytetyn kielen tulisi olla yksinkertaista ja esimerkit hyvin konkreettisia.

*”Sapluunat oli selvät, nyt jos olisi lisäkoulutus, osaisi kysyä poikkeustapauksiakin, olisi voinut olla kertaus sen jälkeen kun vähän aikaa oli tehnyt, kyselytunti.” (Hoitaja)*

*”Uusista [INR-] rajoista ei ole tullut yhtään mitään, en ole henkilökohtaisesti siirtynyt uusiin rajoihin. Jossain vaiheessa sanottiin että järjestetään koulutus, mutta ei järjestettykään, se meni jotenkin ohi.” (Hoitaja)*

Vain **lääkäreille järjestettäviä, hoitajien koulutuksia suppeampia koulutuksia** hoitajavastuusta ja omahoidosta tulisi harkita lääkärien informoimiseksi muutoksista. Tämä saattaisi myös poistaa esteitä hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtymiseltä (kappale 4.5). Lääkärit olisivat saattaneet hyötyä myös Forsante-järjestelmää koskevasta koulutuksesta. Tosin moni lääkäri totesi, ettei käyttänyt järjestelmää sen monimutkaisuuden takia, vaikka hoitajatyöpari olisikin kouluttanut järjestelmän käyttöön.

Tietojärjestelmien arviointi ja parannusehdotukset käsitellään luvussa 4.7.

## 4.3 Hoitajien potilaille antama ryhmäkoulutus

### 4.3.1 Kuvaus

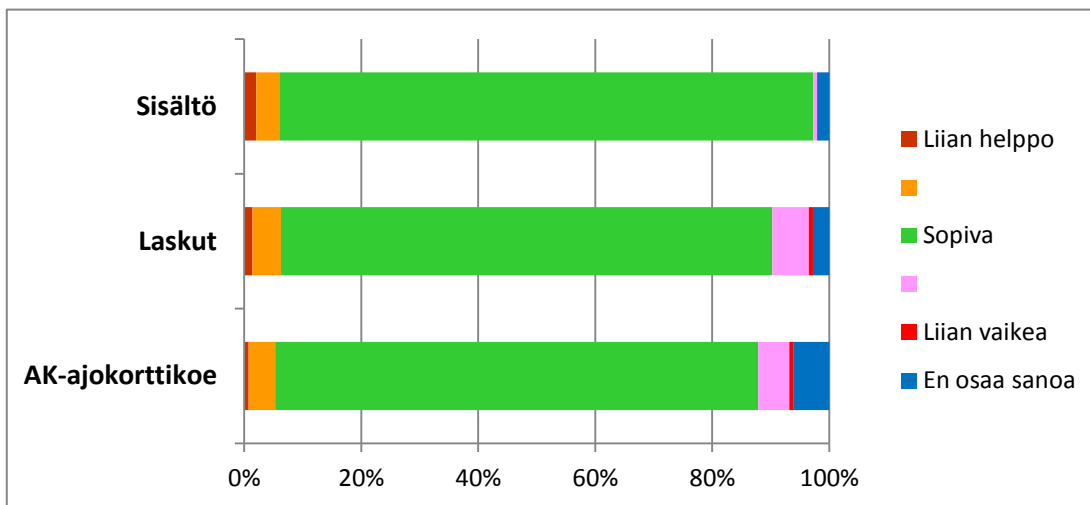
Potilaiden ryhmäkoulutuksen ensimmäisessä osassa (ns. Marevan®-koulutus) käydään läpi AK-hoidon ja sen seurannan perusteet, tukos- ja vuoto-oireet sekä AK-hoidon tehoon vaikuttavat tekijät. Toisessa osassa (ns. omahoitokoulutus) opetellaan omahoidon kriteerit sekä varfariinin annoksen itsenäinen määrittely omasäätelyalueella (INR 1.8-3.5). Yhteensä koulutus kestää noin 3 tuntia. Myös potilaan omainen voi suorittaa koulutuksen, jos hänen tarkoituksenaan on säädellä potilaan AK-hoitoa. Alussa koulutusta annettiin vain suomeksi, mutta nykyään järjestetään myös ruotsinkielisiä ryhmiä.

Aluksi hoitajavastuukoulutuksen (kappale 4.2) käyneet hoitajat pitivät potilaiden ryhmäkoulutuksia omalla terveystasemallaan, ja koulutukseen otettiin vain omahoitoon sopiviksi todettuja potilaita. Ohjeistuksen mukaan läsnä tuli olla kaksi hoitajaa. Nykyisin potilaiden ryhmäkoulutuksista vastaavat ryhmäkoordinaattorit, joita on yksi jokaisella neljällä alueella. He vastaavat kaikista potilaiden ryhmäkoulutuksista myös muiden kroonisten sairauksien osalta. Nämä henkilöt palkattiin vasta hankkeen loppupuolella. Nykyään kaikki AK-hoidossa olevat potilaat kutsutaan Marevan®-koulutukseen, jonka jälkeen ennalta omahoitoon mahdollisesti sopiviksi todetut potilaat saavat omahoitokoulutuksen sekä osallistuvat AK-ajokorttikokeeseen. Kokeessa testataan onko potilas ymmärtänyt koulutuksen sisällön ja osaako hän säädellä varfariinin annostusta INR-tason mukaan. Suunnitelmana on, että potilaat uusivat AK-ajokorttinsa 3 vuoden välein.

### 4.3.2 Arvioinnin tulokset

Suurin osa omahoitopotilaista koki koulutuksen sisällön, koulutuksessa tehdyt annoslaskut ja AK-ajokorttikokeen vaikeustason sopivaksi (Kuva 3). Lähes kaikki saivat koulutuksessa mielestään tarpeeksi tietoa omahoidosta (94 %) ja vastauksen heillä olleisiin kysymyksiin (89 %).

*”Koulutuksessa annettiin ohjeet täysin ymmärrettävissä, ja jos oli kysyttävää neuvottiin ja annettiin vastaus ja selitettiin, varmistaen kysyjän ymmärtäneen kaiken.” (Potilas)*



Kuva 3. Potilaiden (n=132-147) mielipide omahoitokoulutuksen sisällön, koulutuksessa tehtyjen annoslaskujen sekä AK-ajokorttikokeen vaikeusasteesta.

Vain viisi prosenttia omahoitopotilaista ei kokenut saaneensa koulutuksessa tarpeeksi tietoa omahoidosta ja saman verran ei saanut vastauksia kysymyksiinsä. Muutaman potilaan mainitsemia ongelmia olivat liian suuri ryhmäkoko, kouluttavien hoitajien kiire koulutustilaisuudessa, hoitajien käyttämä liian vaikea kieli sekä laskutehtävien ja ajokorttikokeen monimutkaisuus. Haastatteluissa myös hoitajat kertoivat yllättyneensä, miten vaikeiksi varfariinin annostuksen laskeminen koettiin.

*”Antaa aikaa kysellä, perehdyttää paremmin, selitetty asia yksinkertaisemmin, pitää koulutus kahdessa osassa esille tulleiden kysymysten takia. Pällimmäiseksi jäi epävarmuus koulutuksen jälkeen. Suuri vastuu jäi itselle.” (Potilas)*

*”Laskutehtävät ja annostelun muutokset ovat perusaritmetiikkaa, mutta useimmat näyttivät unohtaneen koulumatematiikan.” (Potilas)*

*”Yllätys, että peruslaskutoimituksia, miten ne olikin monille vaikeita.” (Hoitaja)*

Yksittäiset potilaat esittivät kritiikkiä siitä, että koulutuksia on vain työaikaan ja vain suomeksi. Nykyään koulutusta kuitenkin on myös ruotsiksi. Hoitohenkilökunnan haastatteluissa ja potilaspalautteessa tuli esille, että pieni joukko potilaita, jotka ovat jo pidempään annostelleet



lääkityksensä itsenäisesti, eivät olleet motivoituneita koulutukseen. Heidän on kuitenkin suoritettava AK-ajokorttikoe päästäkseen omahoitoon, ja siten osallistuttava myös koulutukseen.

Potilaille koulutusta oli antanut 41 % Digium-kyselyyn vastanneista hoitajista. Heistä neljä viidesosaa oli täysin tai osittain sitä mieltä, että potilaiden koulutusten pitäminen oli mukavaa. Avoimissa kommentteissa sekä haastatteluissa kuitenkin tuli ilmi, että kouluttaminen ja varsinkin kahden hoitajan läsnäolo vei paljon aikaa vastaanottotyöltä. Siksi yli kolme neljäsosaa hoitajista on kokenut koulutusten siirtymisen ryhmäkoordinaattoreille positiiviseksi. Muutamissa kommentteissa toisaalta toivottiin, että hoitajien pitämät koulutukset omilla asemilla jatkuisivat.

*”Syö liikaa vastaanottoaikoja muutoinkin kiireisestä pienestä asemasta. Ryhmät liian suuria. Väestö melko iäkstä ja ryhmässä oppiminen tälle väestölle liian vaikeaa.” (Hoitaja)*

Useampi kuin joka neljäs hoitaja oli kokenut ryhmäkoulutusten pitämisen jossain määrin vaikeana. Vaikka valmiina annettua koulutusmateriaalia pidettiin kattavana, haastatteluissa tuli esille ryhmien ohjausta koskevan pedagogisen koulutuksen tarve. Potilaskoulutuksia pitäneistä hoitajista 59 % olikin täysin tai osittain sitä mieltä, että he olisivat tarvinneet koulutusta ryhmien ohjaamiseen. Myös muiden pitämien ryhmien tarkkailua ehdotettiin kommentteissa, vaikkakin hankehenkilökunta oli ohjannut hoitajia tekemään näin ennen omien koulutusten aloittamista.

*”Kylmiltään, (=en koskaan ryhmiä vetäneenä) jännitti kovin, mutta hommahan olikin mukavaa, antoisaa ja opettavaista monessakin mielessä.” (Hoitaja)*

*”Jos ei ole ryhmiä vetänyt, ja sanotaan että tässä kalvot ja vetelet vaan, tästä vaan pälpätät näin. Tarvii vuorovaikutustaitoja. Oppimisen prosessi, miten etenee, ei kuulunut koulutukseen” (Hoitaja)*

#### 4.3.3 Parannusehdotukset

Tehdyissä haastatteluissa tuli ilmi, että osa potilaista oli kertonut hoitohenkilökunnalle kokeneensa yhdellä kerralla pidetyssä koulutuksessa annetun tietomäärän liian suureksi. Kysyttäessä tätä omahoitopotilaita, vain joka kymmenes olisi halunnut koulutuksen pidettävän kahdessa osassa. Sen sijaan 31 % olisi halunnut saada koulutuksessa käytettävän materiaalin etukäteen kotiin (55 % ei olisi halunnut ja 14 % ei osannut sanoa kantaansa). On kuitenkin otettava huomioon, että mielipidettä kysyttiin vain omahoidossa olevilta ja ajokorttikokeen läpäisseiltä potilailta. Koulutuksen vaikeaksi kokeneet potilaat eivät välttämättä läpäisseet koetta ja siten puuttuvat tästä joukosta. Yksi potilaidenkin ehdottama vaihtoehto olisi **lähettää kotiin suppeampi tietopaketti jo ennen koulutukseen osallistumista**. Toisena vaihtoehtona olisi **kehottaa potilaita tutustumaan nykyään jokaisen terveysaseman internetsivuilta löytyvään omahoitokoulutusmateriaaliin**.

*"Ehkä perusmateriaalia (=infoa) olisi kannattanut postittaa kotiin ennen koulutustilaisuutta."  
(Potilas)*

Potilaiden kommenttien mukaisesti koulutukseen tulisi **varata riittävästi aikaa**, siinä tulisi **käyttää yksinkertaista kieltä** ja varmistaa, että potilaiden **kysymyksiin on vastattu**. Koulutuksessa tulisi myös **harjoitella yhteisesti luennolla esiteltyjä annoslaskuja** ennen AK-ajokorttikoetta. **Pieni ryhmäkoko edistää oppimista** ja vuorovaikutusta ryhmässä. Lisäksi potilaat ehdottivat myöhemmin järjestettäviä **vapaamuotoisia kertaus- ja kyselytilaisuuksia** epäselväksi jääneiden tai koulutuksen jälkeen nousseiden kysymysten ratkaisemiseksi. Erityisesti ruokavalion ja eri vitamiinien vaikutus AK-hoitoon tuntui askarruttavan monia koulutuksen jälkeenkin.

*"Nyt voisi olla "kyselytunti" eli on varmasti asioita, joista voisi keskustella, esim. D-vitamiinilisä jne." (Potilas)*

Potilaat toivoivat myös **erillisten koulutusten järjestämistä eri potilasryhmille** muun muassa sen mukaan, miten kauan potilas on käyttänyt varfariinia, mikä on varfariinin käyttöaihe (indikaatio) sekä minkä vahvuisia varfariinitabletteja (3mg vai 5mg) potilas käyttää. Tämä saattaa kuitenkin olla käytännössä hankala toteuttaa. Huomiota tulee kuitenkin kiinnittää erityisesti siihen, että **erivahvuisia varfariinitabletteja syövät potilaat ymmärtävät annoksen säätelyn omalla annoksellaan**. Mahdollisuuksien mukaan joitakin koulutustilaisuuksia tulisi järjestää ilta-aikaan työssäkäyvien osallistumisen helpottamiseksi.

*"Koulutuksessa oli sekä uusia että "vanhoja" marevaanikkoja. Ehdotan että koulutuksessa olisi samantyyppisiä "potilaita". Minulle oli helppoa koulutus, mutta koin, että joidenkin mielestä oli tosi hankalaa. Olivat juuri näitä vastikään tai 1-2 vuotta syöneet." (Potilas)*

*"Oli ollut mielestäni ottaa erikseen eri gr:ssa [grammassa; viittaa erivahvuisiin varfariinitabletteihin] olevat potilaat. Opetus kävi sekavaksi. Vasta kotona mahdollisuus paneutua omaan Marevan-vahvuus gr:man laitteluun." (Potilas)*

**Hoitajien ryhmäopetustaitoja olisi hyvä vahvistaa ennen potilaskoulutusten aloittamista.** Toinen vaihtoehto olisi antaa **potilaiden koulutus ryhmäkoordinaattoreiden vastuulle alusta alkaen**. Tämä vähentäisi koulutusten terveysasemilta viemiä resursseja. Keskitettyjen koulutusten koettiin myös tasoittavan potilaskoulutusten saatavuutta ja laatua eri puolilla kaupunkia. Tässä hankkeessa tämän toteuttaminen ei kuitenkaan ollut mahdollista, koska ryhmäkoordinaattorit aloittivat työnsä vasta hankkeen lopussa. Muutama haastateltava ehdotti myös, että jokaisella terveysasemalla vain nimetyt kaksi hoitajaa olisi pitänyt kaikki potilaiden ryhmäkoulutukset. Näin tapahtuikin joillakin terveysasemilla.

*"Nyt tasalaatuisia ryhmät koko kaupungissa. Non-stop ryhmät hyviä, tosi hyvä, koska ryhmät olleet todella epätasaisia ympäri kaupunkia." (Hoitaja)*

*”Koulutuksen olisi voinut jo aikaisemmin ohjata ryhmäkoordinaattoreille.” (Hoitaja)*

## 4.4 Potilaiden siirtäminen hoitajavastuuseen ja omahoitoon

### 4.4.1 Kuvaus

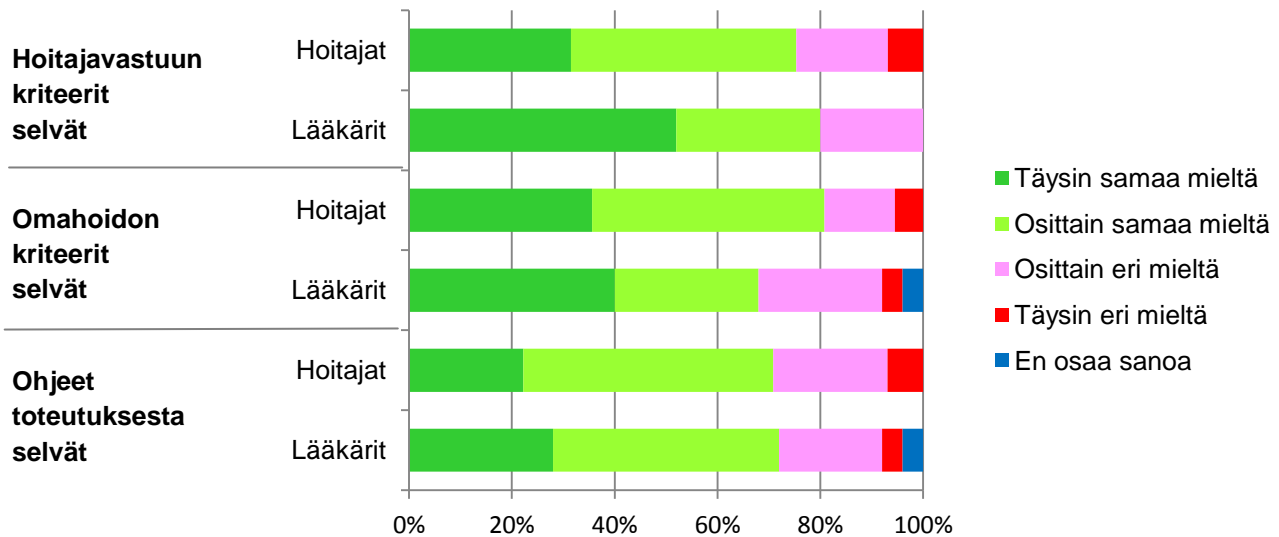
Hankehenkilökunta teki INR-kestolähetteidensä perusteella listat kunkin terveysaseman AK-hoitopotilaista. Nämä listat annettiin terveysasemille, joissa lääkärin ja hoitajien tuli käydä ne yhdessä läpi etsien samalla hoitajavastuuseen sopivia AK-hoitopotilaita. Hoitajavastuussa hoitaja ensisijaisesti määrittelee AK-hoitopotilaan varfariinin annostuksen ja INR-kontrollivälin. Ennen siirtoa lääkärin tulee päivittää potilaan tiivistelmä, hoitosuunnitelma ja lääkelista sekä keskustella siirrosta potilaan kanssa. Hanketta ennen hoitajavastuu oli ollut käytössä neljällä terveysasemalla Helsingissä.

Niille hoitajavastuuseen siirretyistä potilaista, jotka täyttävät omahoidon kriteerit, voidaan ehdottaa omahoitoon siirtymistä. Koulutuksen käytyään ja AK-ajokorttikokeen läpäistyään potilas voi siirtyä omahoitoon. Hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtämiselle on potilaiden halukkuutta, hoitotasapainoa sekä haittatapahtumien riskiä koskevat kriteerit. Lääkäreitä ja hoitajia ohjeistettiin jatkuvasti siirtämään sopivia potilaita hoitajavastuuseen ja omahoitoon

Lääkärit vastaavat edelleen vaikeahoitoisista potilaista ja vain he voivat aloittaa ja lopettaa AK-hoitolääkityksen. Lääkäri määrää vastuullaan olevan potilaan varfariinin annostuksen ja INR-kontrollivälin. Jos omahoidossa olevan potilaan INR on omasäätelyalueen ulkopuolella, omahoitotekstiviesti kehottaa potilasta soittamaan omahoitajalle, joka tarvittaessa konsultoi lääkäripariaan. Myös hoitajavastuussa olevien potilaiden kohdalla hoitaja voi ongelmallisissa tapauksissa konsultoida lääkäriä.

### 4.4.2 Arvioinnin tulokset

Suurin osa hoitajista ja lääkäreistä koki annetut hoitajavastuun ja omahoidon kriteerit selviksi (kuva 4). Viidesosalla tai useammalla oli epäselvyyttä näistä kriteereistä. Yhtä suurelle osalle ohjeet hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtämisen käytännön toteutuksesta olivat täysin tai osittain epäselvät. Kriteerit siitä, milloin lääkärin tulee määrittää hoitajavastuussa tai omahoidossa olevan potilaan varfariinin annostelu olivat selvät suurimmalle osalle hoitajista (83 %) ja lääkäreistä (18/25).



Kuva 4. Hoitajien (n=72-73) ja lääkärien (n=25) mielipiteet hoitajavastuun ja omahoidon kriteereiden sekä hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtämisen käytännön toteutusta koskevien ohjeiden selvytyksestä.

Ohjeita kaivattiin muun muassa siitä, milloin hoitajavastuussa oleva potilas palaa kokonaan tai määrääjäksi lääkärivastuuseen. Osa vastaajista koki, että potilaita olisi voitu siirtää myös suoraan lääkärivastuusta omahoitoon, ja joillakin asemille tätä oli tapahtunutkin. Toisten mielestä taas oli potilasturvallisuuden kannalta hyvä, että omahoitoon siirryttiin hoitajavastuun kautta.

*”Kriteerit oli selvät, ketä ei siirretä, mutta niiden läpikäynti, potilaiden jakaminen sillain, että lääkärivastuussa oleva potilas olisi siirtynyt hoitajavastuuseen, oli epäselvää. Siirtotapahtuma teknisesti oli epäselvä eli miten tämä käytännössä tehdään.” (Hoitaja)*

*”Käsitys on, että syvällä rintaäänellä potilas kertoo, että haluaa ryhmään, mutta oikeasti ei soveltuisi omahoitoon. Kontrollissa käynti jäisi. Suurimmaksi osaksi tulisi tehdä hoitajan kautta, että näkee onko sitoutumista, mutta pitäisi olla mahdollista [siirtyä] myös suoraan.” (Lääkäri)*

Alle puolet hoitajista ja lääkäreistä oli käynyt ohjeiden mukaisesti yhdessä työparinsa kanssa AK-hoitoa käyttävien potilaiden listat läpi. Koska potilaita kuitenkin on siirtynyt hoitajavastuuseen runsaasti, tämä saattaa tarkoittaa sitä, että listoja on käyty läpi erikseen. Hoitajat sekä jotkut lääkärit ja yhteistyötahot kertoivat, että osa lääkäreistä ei halunnut siirtää potilaita hoitajavastuuseen. Syynä tähän on saattanut olla se, että AK-hoitopotilaiden listojen läpikäymisen sekä potilaan tietojen päivittämisen koettiin vievän paljon aikaa. Tämän sekä kiireen kerrottiin johtaneen siihen, että joillakin asemilla potilaiden hoitajavastuuseen siirtyminen viivästyi. Muina viivästyksiä aiheuttaneina syinä mainittiin lääkäreiden epävarmuus hoitajavastuuta ja omahoitoa kohtaan (kappale 4.5) sekä lääkäreiden ja hoitajien suuri vaihtuvuus. Osan lääkäreistä sen sijaan kerrottiin siirtäneen potilaita liiankin nopeasti hoitajavastuuseen, toisinaan kertomatta tästä hoitajaparilleen. Myös hoitajien asenteiden mainittiin vaikuttaneen siirtoihin. Listojen päivittämisen etuna oli se, että listoilla huomattiin ja niiltä poistettiin potilaita, jotka eivät enää

olleet AK-hoidossa. Monella terveysasemalla huomattiin myös, että jotkut potilaat eivät olleet käyneet INR-kontrolleissa pitkään aikaan tai olivat aina ottaneet lääkkeit oman mielensä mukaisesti.

*”Hankalaa, kun on tullut kaiken työn ohessa, ei ole pysähtymiseen aikaa. Osa työporeista istui yhdessä ja sopi työnjaon, mutta suurimmalle osalle ajan ja paikan löytäminen oli ongelma. Niille, jotka istuivat yhdessä, työnjako on paremmin hyväksyttävissä, sitten oli tarvittaessa helpompi siirtää myös takaisin lääkärille.” (Lääkäri)*

*”Kiire on suuri haaste sekä hoitaja/lääkäriyöparien vaihtuvuus, osa hoitajista joutuu perehdyttämään uutta lääkäreitä tai hoitajaa lähes kuukausittain.” (Hoitaja)*

*”Lääkärit ovat ihan saamattomia potilaiden siirtämisessä. Olen itse joutunut melkein jokaisen potilaan kinuamaan itselleni työpariltani. Ei mitään mielenkiintoa heillä asiaan.” (Hoitaja)*

*”Hoitajista osa ei ota mitään lisää, osa taas kokee positiiviseksi, että työnkuva laajenee. Yhdessä vaiheessa oli voimakas vastarinta, ettei kuulu heidän töihinsä, kun taas osa on antanut hyvin positiivista palautetta. Osa koki vastuun positiivisena. Vaikuttaa myös minkälaisen tuen on saanut työparilääkäriltä.” (Yhteistyötaho)*

Omahoitoon ja hoitajavastuuseen siirtäminen ja näiden toteuttaminen vaatii läheistä yhteistyötä hoitaja-lääkäripareilta. Hoitajan tulisi olla helppo konsultoida lääkäripariaan ongelmallisissa tapauksissa. Noin puolet hoitajista ja lääkäreistä koki, että heidän yhteistyönsä on hankkeen myötä parantunut. Moni kommentoi, että yhteistyö oli jo ennestään joko hyvää tai huonoa, eikä tilanne ole hankkeen myötä muuttunut. Henkilökunnan ja siten työparien vaihtuminen sekä kiire koettiin jälleen isoina ongelmina. Neljä viidestä hoitajasta oli täysin tai osittain sitä mieltä, että lääkäriyöparia on tarpeen vaatiessa helppo konsultoida kun taas yhdellä viidestä on hankaluuksia konsultoida lääkäreitä. On huolestuttavaa hoitajavastuussa ja omahoidossa olevien potilaiden kannalta, jos heidän omahoitajansa ei ongelmatilanteissa saa lääkäriltä tukea.

*”Yhteistyö työparilääkärin kanssa ollut jo vuosikaudet erittäin antoisaa, tehokasta ja erityisesti potilaan hoidon kannalta tarpeellista ja tärkeää. Myös hoitajana työni on tullut koordinoitummaksi ja koen usein onnistumista ja tyydytystä työssäni, koska saan paljon kiitosta potilailta hyvin tehdystä työstä. Suuri kiitos kuuluu erinomaiselle lääkärilleni, jota saan aina tarvittaessa konsultoida. Toivottavasti poliitikot eivät romuta hienoa työparityöskentely-mallia!” (Hoitaja)*

*”Lääkäriparini on vaihtunut jo 3 kertaa projektin aikana. Nyt vasta minulla on työpari, joka on aidosti kiinnostunut asiasta, ja yhteistyö sujuu hyvin. Uudet potilaat jää helposti heitteille, kukaan ei ota heitä listalleen, ja he kiertävät lääkäriltä toiselle. Nyt oma lääkäriini on alkanut ottaa ”koppeja” heistä ja samalla ohjelmoi uusia potilaita toisille, jos alkaa liikaa olla.”*  
(Hoitaja)

*”Nykyisessä sekavassa väestövastuun jälkeisessä järjestelmässä hoitaja-lääkäriparit eivät käytännössä oikein tahdo toimia. Hoitajien ja lääkäreiden yhteistapaamisia on liian vähän.”*  
(Lääkäri)

*”Ei lääkäriyöparia, joten tukea on välillä ollut vaikea saada nopeasti.”* (Hoitaja)

#### 4.4.3 Parannusehdotukset

Osa hoitohenkilökunnasta toivoi **yksityiskohtaisia ja konkreettisia ohjeita siitä, miten hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtäminen käytännössä toteutetaan**. Hankkeessa oli laadittu tällaisia ohjeita yhteistyössä pilottiasemien hoitohenkilökunnan ja hankeryhmässä kulloinkin olleen henkilöstön edustajan kanssa. Sen varmistamiseksi, että ohjeet vastaisivat laajasti terveysasemien tarpeita sekä hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtymisen nopeuttamiseksi ehdotettiin **henkilökunnan laajaa konsultointia ja osallistamista ohjeita, aikatauluja ja välitavoitteita laadittaessa** (kappale 4.1). **Terveysasemien esimiehiä tulisi motivoida asetettujen tavoitteiden seuraamiseen**, ja heidän tukena voisivat toimia nimetyt vastuuhenkilöt (kappale 4.5). Mahdollisuuksien mukaan **työparimallia tulisi vahvistaa**.

*”Kaikkien lääkäreiden pitäisi siirtää potilaansa sovitussa aikataulussa hoitajavastuuseen, jolloin vastuukysymykset olisivat selkeämmät ja turhaa aikaa säästyisi niiden potilaiden hoidon osalta, joita ei ole siirretty hoitajavastuuseen (esim. kyseisen lääkärin poissa ollessa rasittavat turhaan jonkun kollegan vastaanottoa)”* (Lääkäri)

*”Hoitajavastuuseen siirtojen toteutumista tulisi seurata paremmin kuin meillä tapahtui.”*  
(Lääkäri)

*”Hankkeelle vastuulääkärit ja hoitajat terveysasemille vieriovetusta varten.”* (Lääkäri)

## **4.5 Motivoivat ja estävät tekijät siirtymisessä hoitajavastuuseen ja omahoitoon**

### 4.5.1 Kuvaus

Arvioinnissa haluttiin selvittää, miten potilaita ja hoitohenkilökuntaa voitaisiin motivoida omahoitoon ja hoitajavastuuseen siirtymisessä. Omahoidossa jo olevilta potilailta kysyttiin, mistä he saivat tietoa ja kenen aloitteesta he siirtyivät omahoitoon sekä mikä motivoi heitä tähän

muutokseen. Hoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin mikä motivoi ja toisaalta esti heitä siirtämästä potilaita hoitajavastuuseen ja omahoitoon sekä miten omahoitoon sopivia potilaita voitaisiin motivoida siirtymään omahoitoon.

Hankkeen aikana henkilökunnalle korostettiin hankkeen tavoitteina erityisesti potilasturvallisuuden paranemista ja hoitohenkilökunnan resurssien järkevämpää käyttöä. Terveysasemien yllilääkäreille myös annettiin kuukausittain palautetta siitä, miten paljon kullakin terveysasemalla potilaita oli hoitajavastuussa ja omahoidossa. Näin seurattiin asetetun tavoitteen (30 % AK-hoitopotilaista omahoidossa ja 60 % hoitajavastuussa hankkeen loppuun mennessä) saavuttamista ja verrattiin Helsingin terveysasemia keskenään.

#### 4.5.2 Arvioinnin tulokset

Puolet kyselyyn vastanneista potilaista kertoi menneensä koulutukseen ja siirtyneensä omahoitoon omahoitajan aloitteesta ja 40 % omasta aloitteestaan. Lääkärin aloitteesta omahoitoon oli siirtynyt 7 % potilaista. Ennen koulutusta kaksi kolmasosaa omahoitopotilaista oli saanut tietoa mahdollisuudesta siirtyä omahoitoon terveysaseman hoitajalta ja yksi kolmasosa kotiin tulleesta kirjeestä. Lääkäriltä tiedon oli saanut joka kymmenes potilas. Muutama prosentti ilmoitti tietolähteekseen terveysaseman toimiston ja ilmoitustaulun, laboratorion sekä lehden tai radion. Valtaosa potilaista (93 %) koki terveysasemalta omahoidosta saamansa informaation selkeäksi. Kolme neljäsosaa omahoitopotilaista koki kotiin lähetetyn kirjeen sisältämän informaation selkeäksi, mutta moni sanoi, ettei ole saanut tai muista saaneensa kyseistä kirjettä. Henkilökunnan haastatteluissa tuli kuitenkin ilmi huoli siitä, ymmärsivätkö kaikki potilaat kotiin lähetetyn kirjeen kieltä. Se oli joillakin terveysasemilla koettu liian monimutkaiseksi, ja kirje oli aiheuttanut joissain potilaissa hämmennystä.

*”Asiakkaille tiedottaminen meni huonosti. Olisi voineet laittaa ilmaislehtiin yksinkertaisia ohjeita, eikä korkealentoista virastokieltä olevaa viestiä. Infokirjeeseen ei sovi tekninen tieto.” (Hoitaja)*

Lähes kaikissa haastatteluissa sekä hankkeelle lähetetyissä potilaspalautteissa tuli esille kuinka vaikeaa potilaille on aikaisemmin ollut saada tieto INR-arvosta ja varfariinin annostuksesta. Potilaspalautteissa kerrottiin, että tuloksia oli toisinaan lähes mahdotonta saada, koska terveysasemien puhelinpalvelussa ja vastaanotossa on niin paljon ruuhkaa. Terveysasemalla oikea henkilö saattoi olla varattuna, jolloin jätettiin soittopyyntö. Potilas joutui usein odottelemaan soittoa pitkään, ja joskus hoitohenkilökunta unohti tai ei ehtinyt soittaa takaisin. Lisäksi terveysaseman soitto takaisin saattaa tulla potilaalle huonoon aikaan. Potilaspalautteissa kuvataan kuinka pahimmillaan potilas oli yrityksistään huolimatta saanut tiedon INR-arvostaan vasta kuukauden kuluttua näytteenottopäivästä. Hankkeen aikana terveysasemille tuli käyttöön takaisinsoittopalvelu, mutta siinäkin on ollut alussa vaikeuksia.

Siksi ei ollut yllättävää, että kysyttäessä mitkä seikat olivat motivoineet potilaita siirtymään omahoitoon, 82 % mainitsi INR-arvon nopean saatavuuden. Se, että omahoidon myötä tarve soittaa terveysasemalle tai odottaa soittoa poistui, oli motivoinut kahta kolmasosaa potilaista. Lähes puolet halusi hoitaa itse sairauttaan, mutta ei siksi, että olisivat kokeneet epäluottamusta terveysaseman henkilökuntaa kohtaan (0 %). Ainoastaan yhdessä potilaspalautteessa toivottiin, että lääkäri vastaisi varfariinin annostelusta ja INR-kontrolleista hoitajan tai potilaan sijaan. Muilta kuullut hyvät kokemukset omahoidosta olivat motivoineet vain 3 %:a omahoitoon siirtyneistä. Muutama potilas mainitsi motivaatioksi myös hoitohenkilökunnan työn helpottamisen ja ajan vapautumisen muiden potilaiden hoitoon.

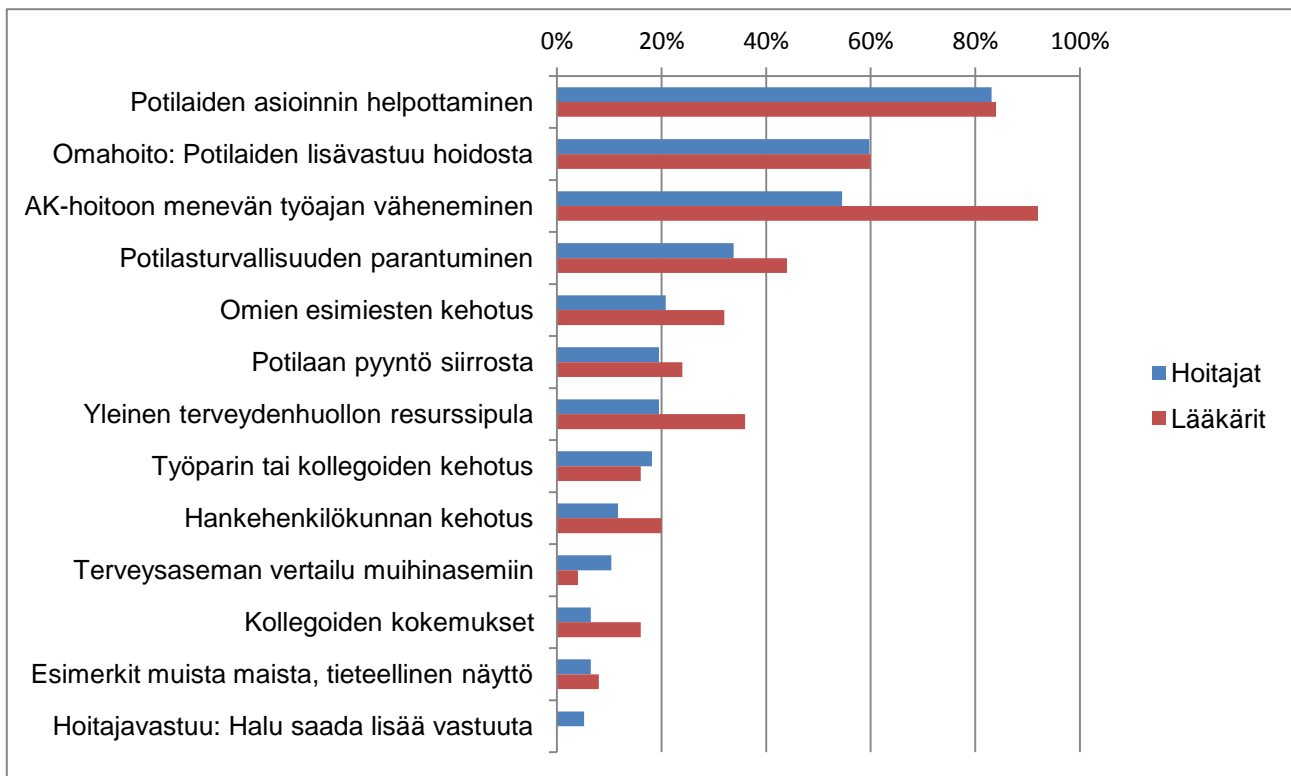
*”INR-hoidon omahoitoon siirtyminen oli loistava idea. Rasittava lääkärin soiton varaaminen ja odottaminen jäi pois. Kokeneen Marevanin (yli 10v) käyttäjälle omahoito suuri helpotus. Kiitos ideoitsijalle! PS. Lääkäreille vapautuu aikaa.” (Potilas)*

Kommenttien ja havaintojen mukaan kaikki potilaat eivät koulutukseen tullessaan olleet ymmärtäneet mistä koulutuksessa oli kyse. Osa olisi ollut kiinnostunut omahoidosta, mutta he eivät olleet keskustelleet omahoitajan kanssa sitä, täyttävätkö he omahoidon kriteerit. Siten he osallistuivat vain Marevan®-koulutukseen, mutta eivät omahoitokoulutukseen. Kaksi potilasta mainitsi hankkeen alkuvaiheessa lähetetyissä potilaspalautteissa, että kirjeen saatuaan ja omahoidosta kiinnostuttuaan, he joko eivät olleet saaneet yhteyttä omahoitajaan tai eivät tienneet kehen ottaa yhteyttä.

Hoitajien ja lääkäreiden välillä ei ollut isoja eroja potilaiden hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtämiseen motivoivissa tekijöissä (kuva 5). Kuten potilaille, myös hoitohenkilökunnalle oli tärkeää potilaiden asioinnin helpottaminen ja he kokivat hyvänä, että potilaiden vastuu oman sairauden hoidosta lisääntyy omahoidon myötä. Lääkäreitä eniten motivoiva tekijä on kuitenkin AK-hoitoon tarvittavan työajan väheneminen ja saman asian mainitsi hieman yli puolet hoitajista (kappale 4.8). Potilasturvallisuuden paraneminen oli molemmille ammattikunnille neljänneksi tärkein motivoiva tekijä.

*”Laboratoriovastauksien saamiseksi ei tarvitse jonottaa puhelimesta/odottaa takaisinsoittoa. Hoitotasapainon on todettu olevan tutkitusti parempi omahoidossa olevilla potilailla.” (Hoitaja)*





Kuva 5. Tekijät, jotka motivoivat hoitajia (n=77) ja lääkäreitä (n=25) siirtämään potilaita hoitajavastuuseen ja omahoitoon.

Hoitajien saamaa lisävastuuta ei koettu erityisen motivoiviksi. Useissa kommentteissa motivoivaksi tarkoitettu terveysasemien keskinäinen vertailu ja annetut prosenttitavoitteet koettiin painostaviksi. Monet vastaajat kokivat, että tämä johti potilaiden pakottamiseen omahoitoon, eikä ottanut huomioon terveysasemien erilaisuutta.

*”Lukuisat sähköpostiviestit ahdistivat. Jatkuva painostus ja vertailu eri asemien kesken toi masentavan ilmapiirin työhön.” (Hoitaja)*

*”Potilaan kykyjen arviointi ja heidän oma tahto on jäänyt taka-alalle. Asialla on ns. pakkopullan maku, vaan tilastot ovat tärkeitä.” (Hoitaja)*

Koetut esteet hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtämisessä olivat hieman erilaisia hoitajilla ja lääkäreillä. Hoitajille suurin este, jonka lähes puolet hoitajista mainitsi, oli vaatimus lisäpalkasta vastuun ja työn lisääntyneeseen. Tämä tuli esille myös monissa avoimissa kommentteissa ja haastatteluissa. Haastateltujen mukaan palkkakeskustelua oli käyty lähes koko hankkeen ajan, ja osa hoitajista koki erittäin epäoikeudenmukaisena sen, että heidän tehtäviensä ja vastuunsa lisääntymisellä ei ollut vaikutusta heidän palkkaansa. Osa hoitajista myös luuli, että lääkärit saavat varfariiniannostuksen määrittämisestä lisäpalkkion, mikä ei pidä paikkaansa. Hoitajien palkka-asiaa oli selvitetty ammattiliitosta sekä sosiaali- ja terveysviraston johdolta, mutta näiden mukaan asia pitää käsitellä yleisissä työehtoja ja palkkaa koskevilla neuvotteluilla. Hankkeella ei ollut muuta mahdollisuutta puuttua asiaan. Hankkeen lopussa suoritetuissa haastatteluissa ja kyselyissä tuli edelleen ilmi paljon katkeruutta aiheeseen liittyen.

*”Vastuun ja työtehtävien lisääntyessä, myös palkkaa olisi lisättävä ja ainakin neuvoteltava asiasta työntekijöiden edustajien, ammattiyhdistysten kanssa.” (Hoitaja)*

*”Teemme lääkärin työtä, mutta vastuiden jatkuva lisääminen ei näy palkassa, jossa sen PITÄISI näkyä!! Törkeää lisätä INR rajat ad 4,5 ilman kunnan lisäkoulutusta palkkauksesta puhumattakaan. Työn vaativuuden ja palkkauksen pitäisi kulkea käsi kädessä, miksi näin ei ole??? Tämä todella syö työmotivaatiota.” (Hoitaja)*

Lääkäreillä suurin este siirtoihin oli kiire, joka esti potilaslistojen läpikäymistä (kappale 4.4). Tämän mainitsi 10 lääkäriä 25:stä. Myös kolmannes hoitajista piti kiirettä esteenä. Molemmilla ammattiryhmillä toiseksi tärkein este (vähän yli kolmanneksella hoitajista ja lääkäreistä) oli potilaiden vastustus ja potilaiden ilmaisemat turvattomuuden tunteet. Haastateltujen mukaan osa potilaista koki, että muutokset syrjivät vanhoja ihmisiä, joiden terveyttä ei enää haluta hoitaa. Monissa kommentteissa ja haastatteluissa painotettiin, ettei potilaita voi pakottaa eikä pitäisi liikaa painostaa omahoitoon ja sähköiseen asiointiin. Monella potilaalla ei ole omahoitoviestin ja sähköisen asiointin viestien vastaanottamiseen tarvittavia matkapuhelinta tai tietokonetta tai he eivät osaa käyttää näitä tähän tarkoitukseen. Osa sähköisen asiointin myötä tekstiviestillä ohjeen saavista potilaista taas kokee käytännön hyväksi eikä halua siirtyä omahoitoon. Kommenttien mukaan tosin on myös potilaita, jotka haluaisivat omahoitoon, vaikka eivät siihen jostain syystä kykene.

*”Koulutukseen vaikea saada asiakkaita, kun ovat iäkkäitä. Kaikki alle 50 v koulutettu ja tietty potentiaaliset iäkkäätkin. Useilla lankapuhelin, ovat muistisairaita jne. Omaisapua ei aina ole saatavissa. Suurin ahdistus koko projektissa on pakottamisen maku iäkkäitä, monisairaita vanhuksia kohtaan. ”Olet huono hoitaja, kun et saa satavuotiaita siirtymään omahoitoon.” (Hoitaja)*

*”Potilaiden reaktio, mulla tällanen tapahtuma, sydäninfarkti tai aivotapahtuma, miten hoitaja nyt alkaa tällaista hoitamaan, eikä lääkärin pitäisi hoitaa tämä, ne oli ihan järkyttyneitä että on rotanmyrkyä. Itsekin olin alussa epävarma.” (Hoitaja)*

*”Jos potilas on epävarma ja pelokas, onko oikeinkaan pakottaa [omahoitoon]. Voi kerrata ja antaa harjoitella (potilas määrittää annostuksen ja kontrollivälin itse ja tarkistaa onko hoitajan ohjeen kanssa yhtenevä---miten lie teknisesti mahdollista?). Ei näitä haluttomia minun tietooni ole paljonkaan tullut. Halukkaita ja ilmeisen kyvyttömiä enemmän...” (Lääkäri)*

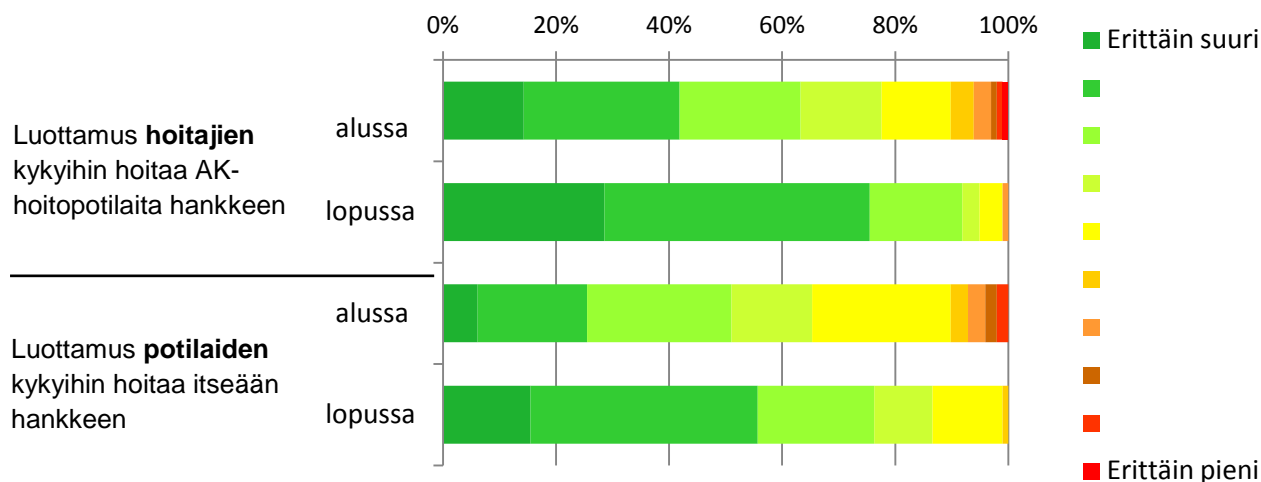
*”Kuten yksi potilas sanoikin että miksi ihmeessä hän viitsii opetella [omahoitoa], kun kaikki tiedot tulevat hänelle eKirjeessä ja jatkossa tekstiviestillä. Kun hyvälle tottuu, kuka hullu siitä luopuu.” (Hoitaja)*

Hankkeen lopussa joka kolmas hoitaja mainitsi siirtojen esteeksi pelon potilasturvallisuuden heikkenemisestä hoitajavastuussa ja omahoidossa. Myös osa lääkäreistä epäili uusien hoitomallien turvallisuutta. Joka neljäs lääkäri ja viides hoitaja koki epäluottamusta siitä, osaavatko potilaat hoitaa itseään. Hoitajien ja lääkärien luottamus sekä hoitajien kykyyn hoitaa potilaita että potilaiden kykyyn hoitaa itseään kuitenkin parani selvästi hankkeen aikana (kuva 6). Joka viides hoitaja ja lääkäri koki epäselvien siirtokriteereiden olevan hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtämisen esteenä (kappale 4.4).

*”Lääkehoidon ero oli niin tiukassa aiemmin, lääkehoito on lääkärin heiniä. Aiheutti epävarmuutta, toiset on turvallisuushakuisia. Herätti kauheaa ahdistusta, osa edelleen lähettää lääkärille varmuuden vuoksi.” (Hoitaja)*

*”Muutama yksittäinen lääkäri pelkäsi, että jos potilas alkaa itse annostella tai vain lähetellään viestejä, niin päätty katastrofiin.” (Lääkäri)*

*”Lääkärit ehkä [nykyään] luottaa enemmän hoitajiin, ehkä siin kans sellanen kulttuurinmuutos”. (Hoitaja)*



Kuva 6. Hoitajien ja lääkärien (tulokset yhdistetty, n=98) luottamus hoitajien kykyihin hoitaa AK-hoitopotilaita ja potilaiden kykyihin hoitaa itseään hankkeen alussa ja lopussa.

#### 4.5.3 Parannusehdotukset

Hoitohenkilökunta ehdotti, että **potilaita voitaisiin motivoida** omahoitoon ja sähköiseen asiointiin **lisätiedotuksella ja keskusteluilla**, joissa korostetaan asioinnin helpottumista ja omahoidossa itsenäisyyden lisääntymistä sekä todennäköistä hoitotasapainon paranemista. Tiedotuksessa tulee käyttää yksinkertaista kieltä ja kunkin alueen potilaat tavoitettavia kanavia kuten kaupunginosien ilmaislehtiä. **Potilaita voisi myös kannustaa kertomaan positiivisista kokemuksistaan** toisilleen. Hoitajien mukaan tämä on saanut jotkut aluksi pelokkaat potilaat kokeilemaan omahoitoa.

*”Aika kypsytää, samoin lupaus hoidon helpottumisesta ja oman hallinnan tunteen lisäämisestä, yhteydenottojen väheneminen.” (Lääkäri)*

*”Median hyödyntäminen lapsenkengissä, juttua paikallislehteen, potilas kertomaan hyviä kokemuksia.” (Yhteistyötaho)*

*”Potilaat on myös kypsyneet siihen [omahoitoon], puhuvat keskenään. Kun kuulevat, että naapurikin on omahoidossa, uskaltavat itsekin alkaa, vaikka aluksi olisi olleet pelokkaita.” (Hoitaja)*

Jotkut arvioivat, että siirtyminen olisi tapahtunut nopeammin, jos **alusta asti kaikki potilaat olisivat käyneet Marevan®-koulutuksen**. Tämä olisi kuitenkin vaatinut lisäresursseja ryhmäkoulutukseen. Nykyisen kaltaisessa kaksiportaisessa koulutuksessa (ensin Marevan®-koulutus kaikille ja sitten omahoitokoulutus vain niille, jotka omahoitaja on todennut mahdollisesti omahoitoon sopiviksi) tulisi kiinnittää huomiota siihen, että hankkeen antaman ohjeistuksen mukaisesti **ennen koulutukseen tuloa potilaiden soveltuvuus omahoitoon on kartoitettu**, jottei mahdollisesti soveltuvia potilaita jäisi tästä syystä pois omahoitokoulutuksesta. **Toinen vaihtoehto on, että kaikki potilaat kävisivät myös omahoitokoulutuksen**, mikä voisi myös rohkaista joitakin aluksi epävarmoja potilaita omahoitoon.

*”Ehkä heti alusta kaikki potilaat infon pariin, ja sieltä omahoitokelpoisten bongaus.” (Lääkäri)*

*”Pitäisi ensin käydä kurssi, että heillä on data asiasta, että he tietää että mikä tää on, hälventää pelkoa ja kannustaa. Vaikka käy inforyhmissä, omahoitajan rooli kun potilas ottaa yhteyttä omahoitajaan, hänen rooli suuri.” (Hoitaja)*

Myös potilaiden opastusta voitaisiin parantaa tekninen opastus mukaan lukien. **Joillekin potilaille yksittäinen henkilökohtainen opastus** oman annostuksen määrittelyssä ja tekstiviestien tai webviestien lukemisessa voi olla tarpeellinen ja saada potilaan kokeilemaan omahoitoa tai sähköistä asiointia. Myös sähköisestä asioinnista voitaisiin järjestää vapaaehtoinen ryhmäkoulutus potilaille. Potilaan turvallisuudentunnetta parantaa myös **tieto, että potilas voi palata hoitaja- tai lääkärivastuuseen/ei-sähköiseen asiointiin**, jos omahoito/sähköinen asiointi osoittautuu liian vaikeaksi tai ahdistavaksi. Lisäksi tulisi **varmistaa nopea tuen saanti** potilaan sitä tarvitessa.

*”Näyttämällä henkilökohtaisesti, miten annokset määritellään. Näyttämällä, miten tekstiviestit toimivat hänen omassa puhelimessaan. (Hoitaja)”*

*”Tekstariongelmissa tullut eteen, että kun laitetaan tekstiviestiä, osa pelännyt ettei osaa lukea. Koelähetyksillä oppineet, mutta pitää mainita, että menee nuolella alaspäin, jotta näkee seuraavan kontrollin.” (Hoitaja)*

Hoitohenkilökunnassa moni korosti, että **omahoito ja sähköinen asiointi eivät sovi kaikille**. Tämä tulee hyväksyä, eikä potilaita pitäisi painostaa liikaa siirtymään niihin. Muutama vastaaja taas kommentoi, että vaihtoehtojen poistaminen ja pakko ovat ainoat keinot saada mahdollisimman moni siirtymään omahoitoon.

*”Yleinen linjaus (pakko) koko kaupungilla, kaikkien käytävä ryhmäkoulutus ja että omahoitajalle voi soittaa jos tarvitsee tukea. Terveysasemalta ei soitella asiakkaille enään, ihmiset haluaa ja VAATII palvelua ja henkilökohtaista kontaktia. Saavutetuista eduista ei haluta luopua..” (Hoitaja)*

Kommenttien mukaan myös **hoitohenkilökunnan motivoimiseen** toimintatavan muutokseen kannattaa panostaa. Yhteistyötahoista kolmasosa oli täysin tai osittain eri mieltä väitteen ”Hankkeessa vastattiin hyvin siinä tehtyjen muutosten aiheuttamaan epävarmuuteen ja vastarintaan” kanssa. Monissa kommentteissa ja haastatteluissa ehdotettiin, että tilastollisten tavoitteiden ja terveysasemien keskinäisen vertailun painottamisen sijaan kannattaa **tuoda enemmän esille muutoksen etuja ja luoda yhdessä tekemisen henkeä. Terveysasemien välistä vertaistukea ja potilasnäkökulman korostamista** toivottiin. Muutama kommentoija tosin totesi, että tilastojen näkeminen auttoi reagoimaan ongelmiin ja ”kilpailu” terveysasemien välillä nopeutti siirtymisprosessia.

*”Panostettiin aluksi siihen, että henkilökunta olisi itse nähnyt hyödyn? Motivaation herättäminen alkuvaiheessa? Motivaatiokeskustelu henkilökunnan kanssa, että itse löytävät hyödyn, eikä tarjota valmiina. Sovitaan aikataulu henkilökunnan kanssa, jotta helpompi sitoutua.” (Yhteistyötaho)*

*”Tämä oli prosessilähtöistä hommaa, tilastoja ja noin, ja jos tässä on vain ajatuksena, että tässä halutaan vaan säästöjä, niin ei motivoi. Potilaslähtöisyys ja helpotus työhön on motivoivia, niitä olisi pitänyt korostaa.” (Lääkäri)*

*”Järjestettiin Marevan-potilas kertomaan kuinka hankalaa on kun ei saa yhteyttä ja aina välillä jättää soittamatta kun ei saa yhteyttä. Auttoi ymmärtämään potilasnäkökulmaa, muuten herkästi mietitään työnjärjestämistä vain työntekijän kannalla.” (Lääkäri)*

*”Ei tuu mieleen muuta tapaa motivoida kuin kilpailuasenne, ihmisillä on aina kilpailuvietti. Aina töllötetään lukuja, itekin.” (Hoitaja)*

*”Muutoksen läpiviennissä hyödynnettiin seurantatietoja, saatiin keppiä ja porkkanaa sopivassa suhteessa.” (Yhteistyötaho)*

Lääkärien ja hoitajien epävarmuuden ja pelkojen hälventämiseksi sekä muutosten toteuttamisen helpottamiseksi ehdotettiin **AK-hoidon vastuuhenkilöiden** (hoitajan ja lääkärin tai työryhmän) **nimeämistä ja koulutusta jokaiselle terveysasemalle**. He voisivat antaa lähiohjausta ja ratkoa ongelmia paikallisella tasolla. Heidän tehtäviinsä ehdotettiin myös AK-hoitoa koskevan terveysaseman sisäisen tilastoinnin koordinoitua ja sen seuraamista, että muutokset etenevät sovitussa aikataulussa. Näiden lisäksi he voisivat hoitaa hankkeen tiedotteiden levittämisen terveysasemalle, antaa palautetta hankkeen henkilökunnalle ja toimia linkkinä eri terveysasemien välillä.

*”Joka paikassa tarvitaan muutama tulisielu/sanansaattaja. Heidän kanssa viedään asiaa eteenpäin. Hankehenkilökunta yksin ei aina riitä sitouttamaan työntekijöitä vaikka johto olisi sitoutunut.” (Yhteistyötaho)*

Lääkärien motivoimiseksi muutoksiin myös heille ehdotettiin koulutuksia (kappale 4.2). Sekä lääkärin että hoitajien **koulutuksissa tulisi kiinnittää huomiota hoitohenkilökunnan pelkoihin ja epävarmuuteen**. Myös **työparimallin ja konsultaatiomahdollisuuden korostamista ehdotettiin** ottaen huomioon, että työparin ja kollegoiden asenteet saattavat vaikuttaa muuhun hoitohenkilökuntaan joko positiivisesti tai negatiivisesti.

*”Olisiko asenteen kannalta ollut hyvä järjestää koulutus lääkäreille? Lääketieteellisiä tuloksia esille.” (Yhteistyötaho)*

*”Hyvä, että lääkäri sanoi, ettei ole tappanut ketään potilasta [varfariinilla]. Tämä helpotti omaa pelkoa. (Hoitaja)*

*”Pelätään, että voi tehdä potilaalle jotain katastrofaalista, ja toiset lääkärit voi ruokkia pelkoa, jos lääkäriillä itsellään on sellainen asenne ja pelkää. Koulutuksessa olisi voitu puuttua tähän. Lääkäreitä voi aina konsultoida, mutta on eri persoonia.” (Lääkäri)*

Muina tapoina motivoida hoitohenkilökuntaa mainittiin **hoitohenkilökunnan isompi rooli muutosten suunnittelussa** (kappale 4.1) sekä **hoitajien palkka-asian ratkaiseminen** ennen muutosten toteuttamista.

*”Vastuun ja työtehtävien lisääntyessä, myös palkkaa olisi lisättävä ja ainakin neuvoteltava asiasta työntekijöiden edustajien, ammattiyhdistysten kanssa.” (Hoitaja)*

*”Palkkaasiat otettava esille ennen tehtävien siirtoa hoitajille.” (Hoitaja)*

## 4.6 Kokemukset omahoidosta

### 4.6.1 Kuvaus

Hyvän hoitotasapainon ja –myöntyvyyden sekä omahoitokoulutuksen ja AK-ajokorttikokeen menestyksekkäästi suorittaneet potilaat voivat siirtyä omahoitoon. Siihen siirtyessään potilaat allekirjoittavat tekstiviestipalvelun käytöstä sopimuksen, jossa he muun muassa sitoutuvat kirjaamaan INR-testipäivät, INR-arvot sekä varfariinin annostelun heille annettuun varfariinihoidon seurantakorttiin. Potilaita on kehoitettu kertomaan ja hoitohenkilökuntaa kysymään ja kirjaamaan potilaan ajankohtainen varfariinin annostus myös terveysaseman potilastietokantaan aina kun potilas on yhteydessä hoitohenkilökuntaan. Omahoitotekstiviestit ovat potilaalle maksuttomia.

Omahoidossa olevat potilaat saavat INR-testissä käytyään omahoitotekstiviestin (liite 6). Laboratorio välittää potilaan INR-arvon tekstiviestit toimittavalle yritykselle, joka lähettää omahoitotekstiviestin automaattisesti potilaalle. Potilas saa tekstiviestin yleensä samana päivänä, jona hän on käynyt INR-testissä. Omahoitotekstiviestissä on INR-arvo ja ohje saman varfariiniannoksen jatkamisesta (jos INR ohjealueella 2.0-3.0), varfariiniannoksen omatoimisesta muuttamisesta (jos INR ohjealueen ulkopuolella, mutta kuitenkin omasäätelyalueella 1.8-3.5) tai kehoitus ottaa yhteyttä terveysasemaan (jos INR omasäätelyalueen ulkopuolella), jossa joko hoitaja tai lääkäri määrittää varfariinin annoksen. Viestissä on myös ohje seuraavan INR-kontrollin ajankohdasta. Vaihtoehtoisesti myös potilaan omainen voi suorittaa koulutuksen ja säädellä potilaan AK-hoitoa.

Tämänhetkinen tekninen järjestelmä mahdollistaa tekstiviestien ohjeissa vain yhden INR-ohjealueen, joksi on valittu yleisin hoitotaso (INR välillä 2.0-3.0). Tämä kuitenkin rajaa intensiivistä hoitotasoa (INR 2.5-3.5) vaativat potilaat omahoidon ulkopuolelle. Näitä ovat muun muassa potilaat, joilla on tekoläppä sydämessään.

### 4.6.2 Arvioinnin tulokset

Yhtä potilasta lukuun ottamatta kaikki kokivat, että omahoitotekstiviestit ovat selkeitä ja 97 % ilmoitti säätävänsä lääkitystään saamiensa tekstiviestien mukaan. Vain 3 % potilaista oli jossain vaiheessa siirtynyt pois omahoidosta. Lähes kaikille (94 %) oli selvää kehen he voivat ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa tai jos heillä on kysymyksiä, mutta 14 % kertoi, ettei saa terveysasemalle helposti yhteyttä ongelmatilanteissa. Muutama potilas kertoi syyksi sen, että terveysasemalla on ruuhkaa.

*”Eipä paremmin voisi tehdä, tulokset tulee nopeasti saman päivän aikana, jossa myös ohjeet jos tarvetta.” (Potilas)*

*”Kun kysyttävää tulee, akuuttia vastausta on mahdotonta saada vaan odotettava.” (Potilas)*

Neljä viidestä potilaasta koki saaneensa tarvitsemaansa tukea ja loput olivat vastanneet ”en osaa sanoa”. Osa mainitsi syyksi sen, etteivät he tähän mennessä olleet tarvinneet tukea omahoidossa. Siinä tapauksessa, että INR-arvo on ollut omasäätelyalueen ulkopuolella, hieman yli puolet on ottanut yhteyttä terveysasemalle, kun taas kolmannekseen potilaista terveysasema on ottanut yhteyttä. Joidenkin kohdalla kommunikaatioita oli tapahtunut molempiin suuntiin, ja osa kertoi, ettei yhteydenotolle ole ollut tarvetta. Osa hoitajista oli huolissaan siitä, että potilaat eivät aina tekstiviestin ohjeen niin kehottaessa soita terveysasemalle, vaan hoitajien vastuulle jää huomata poikkeava INR-arvo ja soittaa potilaalle. Hoitajista 60 % kertoi, he soittavat useammin potilaille, joiden INR-arvo on poikkeava, ja vain 30 % kertoi potilaiden useammin soittavan heille. Ainakin yksi kyselyyn vastannut potilas vaikutti olevan tekstiviestin ohjeesta huolimatta epätietoinen siitä, että on ensisijaisesti omahoitopotilaan vastuulla ottaa yhteyttä terveysasemaan, jos INR-arvo on omasäätelyalueen ulkopuolella.

*”Kun INR oli yli 4 soitettiin minulle, kun en ollut soittanut samana päivänä kun tulos tuli.”  
(Potilas)*

*”INR-arvon ilmoitus tekstiviestinä toimii hyvin, mutta poikkeamien sattuessa terveysasema (nimi poistettu) EI REAGOI LAINKAAN oma-aloitteisesti.” (Potilas)*

*”Potilaat ovat haluttomia ottamaan yhteyttä poikkeavissa INR-tuloksissa. Käyty keskusteluja potilaiden kanssa heidän velvollisuudesta ottaa yhteys terveysasemalle annostuksesta.”  
(Hoitaja)*

Lääkityksen omasäätelyn koki vaikeaksi 5 % potilaista ja yhtä moni oli kokenut turvattomuutta tai epävarmuutta omahoidon vuoksi. Syinä mainittiin lähinnä koulutuksen ongelmat, jotka on käsitelty kappaleessa 4.3. Muita potilaiden esittämiä huolia olivat itse säädetyt annoksen kirjautumattomuus terveydenhuollon rekistereihin ja terveysaseman vaihtumisen (esimerkiksi potilaan muutettua eri alueelle) jälkeinen tietämättömyys omahoitajasta. Myös hoitohenkilökunta mainitsi ongelmana sen, ettei kaikilla AK-hoitopotilailla ole nimettyä vastuuhenkilöä. Tätä aiheuttavat potilaiden terveysaseman vaihtamisen lisäksi hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja joillakin terveysasemilla puutteet vastuuhenkilön merkitsemisessä Pegasoksen lääkesuunnitelmalehdelle (kappale 4.8). Pari potilasta koki, että hoitajat eivät osanneet vastata heidän kysymyksiinsä koskien varfariinin annostusta ja ravinnon vaikutusta AK-hoitoon.

*”Oletan, että nyt mihinkään ei ole rekisteröity nykyistä annosteluani, kun olen itse säädellyt sitä. Miten minua hoidetaan, jos minulle tulee infarkti, enkä pysty itse kertomaan annosteluani?” (Potilas)*

*”Soittooni vastaava hoitaja useimmiten tietämätön Marevan-annostuksen ”herkkyydestä”!  
Uskoisin terveysasemien henkilökunnan olevan koulutuksen tarpeessa tässä systeemissä*



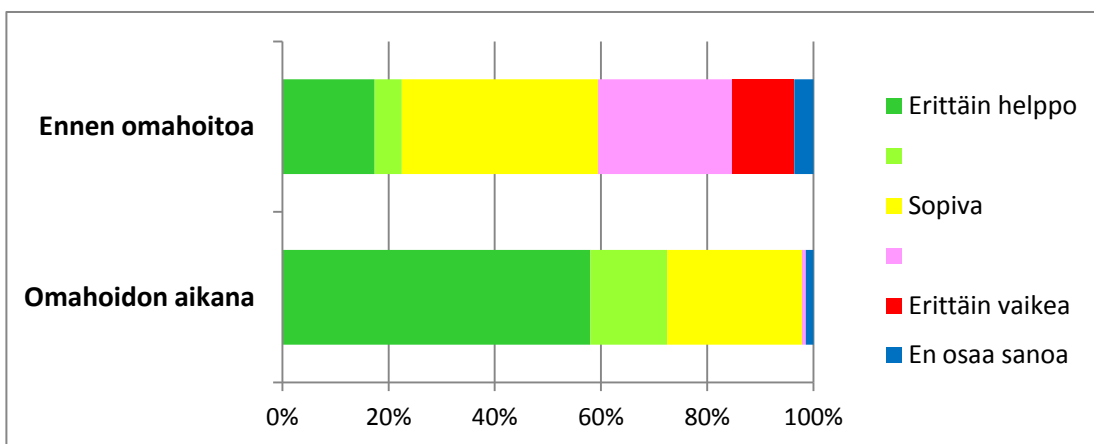
*enemmän kuin potilaiden, jotka ovat siirtyneet omahoitoon Marevania pitkään käytettyään. Jää vähän epävarma tunne, jos saa puhelimesta terveysasemalta LUULISIN/KYLLÄ KAI/ITSE MUUTTAISIN/EN ITSE MUUTTAISI -ohjeita.” (Potilas)*

Kaiken kaikkiaan potilaat kuitenkin olivat erittäin tyytyväisiä omahoitoon. Kommenteissa monet kokivat muutoksen positiiviseksi ja kiittelivät omahoidon helppoutta. Omahoidossa lähes 60 % koki INR-arvon ja varfariinin annosteluohjeen saamisen erittäin helpoksi eikä yksikään potilas kokenut sitä erittäin vaikeaksi, kun vastaavat osuudet ennen omahoitoa olivat 17 % ja 12 % (kuva 7). Myös hoitohenkilökunta kertoi saaneensa potilailta positiivista palautetta omahoidosta.

*”Kaikkiaan erittäin hyvin asiakkaan kannalta toteutettu palvelun muutos. Monista muista muutoksista poiketen selvä edistysaskel ja ilmeisesti myös kustannussäästö. Onnittelen!” (Potilas)*

*”Potilasnäkökulmasta uudistus on positiivinen, varsinkin omahoitoon siirryttäessä. Uudistus muun muassa vähentää potilaan vaivannäköä ja voimaannuttaa potilasta itseään.” (Hoitaja)*

*”Erittäin hyvä asia hankkeessa oli asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden vastuuttaminen omaan hoitoon.” (Yhteistyötaho)*



Kuva 7. Potilaiden (n=136) kokemus INR-arvon ja varfariinin annosteluohjeen saamisen vaikeudesta ennen omahoitoa ja sen aikana.

Yksi kyselyyn vastannut ja yksi palautetta lähettänyt potilas sekä osa haastatelluista mainitsi, että joidenkin potilaiden kohdalla tekniset ongelmat olivat tehneet omahoidon mahdollottomaksi. Nämä koulutuksen käyneet ja omahoitoon halukkaat potilaat eivät jostain syystä saaneet omahoitotekstiviestiä puhelimeensa useista yrityksistä ja yhteystietojen tarkistamisesta huolimatta. Hoitohenkilökuntaa oli kehoitettu ilmoittamaan hankehenkilökunnalle teknisistä ongelmista, joista suurin osa saatiinkin ratkaistua yhteistyössä tekstiviestit toimittavan yrityksen kanssa.

*”Kaikki koulutuksessa ok. Jouduimme heti alkuun luopumaan omahoidosta kun tuloksia ei koskaan tullut tekstiviestinä eikä sähköpostilla. Neljä-viisi kertaa yritettiin. Sitten hoitaja suositteli palaamaan entiseen soitto käytäntöön. Vahinko!” (Potilas)*

#### 4.6.3 Parannusehdotukset

**Potilaiden parannusehdotukset koskivat lähinnä koulutusta** (kappale 4.3). Potilaiden ja hoitajien kommentit viittasivat siihen, että **potilaille tulisi painottaa, että on ensisijaisesti heidän vastuullaan ottaa yhteyttä terveysasemalle omahoidon ulkopuolella olevan INR-arvon saatuaan**, vaikka tekstiviestissä jo näin ohjeistetaankin. Ongelmana on saattanut olla terveysaseman ruuhkaisuus, kuten jotkut potilaista mainitsivat. Hankkeen aikana käyttöön otettu takaisinsoittopalvelu luultavasti helpottaa yhteyden saamista terveysasemalle.

Koulutuksen jälkeenkin saattaa olla tarvetta muistuttaa potilaita ja hoitohenkilökuntaa siitä, että potilaan **ajankohtainen varfariinin annostus tulee kirjata potilastietojärjestelmään joka kerta, kun potilas on yhteydessä hoitohenkilökuntaan**. Lisäksi potilaita tulisi muistuttaa merkitsemään varfariinin annostus hänelle annettuun korttiin ja kantamaan sitä aina mukanaan. Potilaan INR-arvot ovat nähtävissä potilastietojärjestelmässä. Pari potilasta oli kiinnostunut kotimittauksista, eli INR-mittalaitteen ostamisesta tai vuokraamisesta, etenkin matkustaessaan. Vastuullisen hoitohenkilön määrittämistä ja tämän kirjaamista potilastietojärjestelmään käsitellään kappaleessa 4.8.

**Tekstiviestipalvelun laajennusmahdollisuuksia toivottiin**. Hoitohenkilökunta kertoi, että monet tekoläppäpotilaat, jotka tarvitsevat intensiivistä AK-hoidon tasoa (INR 2.5-3.5), olisivat motivoituneita omahoitoon. Jotta hekin voisivat toteuttaa omahoitoa, tekstiviestijärjestelmän tulisi tunnistaa potilaan hoitotaso (INR 2.0-3.0 vai INR 2.5-3.5), ja lähettää hoitotason mukaiset ohjeet tekstiviestissä. Tämä ei kuitenkaan ole toistaiseksi ollut mahdollista teknisistä syistä.

*”Miksi ei fiksuimmat nuoret läppäpotilaat pääse omahoitoon?” (Lääkäri)*

Hankkeen aikana pohdittiin myös mahdollisuutta, että kaikille AK-hoitopotilaille, ei vain omahoitopotilaille, lähetettäisiin automaattisesti tekstiviesti, jos INR on hoitotasolla (noin 64 % kaikista INR-tuloksista) [5]. Näin tarpeettomia yhteydenottoja terveysasemalle voitaisiin vähentää myös muiden kuin omahoitopotilaiden kohdalla. Tämä olisi teknisesti mahdollista, mutta sitä ei hankkeen aikana toteutettu kustannussyistä.

## 4.7 Sähköinen ja muut asiointitavat

### 4.7.1 Kuvaus

Sähköisen asiointijärjestelmän kehittäminen oli osa hanketta. Omahoidon mahdollistivat potilaiden saamat omahoitotekstiviestit, joita käsitellään kappaleessa 4.6. Muita sähköisiä asiointitapoja voidaan käyttää INR-arvon, varfariinin annostuksen ja seuraavan INR-kontrollipäivän välittämiseen hoitaja- ja lääkärivastuussa oleville potilaille. Osana hanketta terveysasemille hankittiin Forsante-järjestelmä, jonka toimitti sama yritys kuin tekstiviestipalvelut. Sen kautta voitiin lähettää eKirjeitä ja viestejä internetin kautta (webasiointi).

Ekirje oli hoitohenkilökunnan sähköisesti lähettämä kopio potilasjärjestelmässä olevasta INR-tuloksen, varfariinin annostelun ja seuraavan INR-kontrollin päivämäärän sisältävästä kortista (ns. Marevan®-kortti), jonka Itella tulosti ja vei potilaalle perinteisen kirjeen muodossa. Forsanten webasioinnissa sähköpostiviesti ilmoitti potilaalle, että hän on saanut terveysasemalta viestin, jonka liitteenä oli Marevan®-kortti. Potilas pystyi lukemaan viestin tunnistautumalla pankkitunnusten avulla. Hoitajat koulutettiin Forsante-järjestelmän käyttöön (kappale 4.2), ja tarkoituksena oli, että hoitajat puolestaan kouluttaisivat lääkäriparinsa käyttämään järjestelmää. Forsante-järjestelmää käytettiin vain AK-hoitoon liittyvien viestien välittämiseen. Siitä kuitenkin luovuttiin vuoden 2013 lopussa sen kustannusten ja monimutkaisuuden takia, ja koska Pegasoksen sähköinen asiointi oli tullut käyttöön.

Hankkeen loppuaikoina Forsanten rinnalle tuli jo pitkään kaikilla terveysasemilla käytössä olleen Pegasos-potilastietojärjestelmän uutena ominaisuutena sähköinen asiointi, joka ei ollut osa hanketta. Koko henkilökunta koulutettiin tämän käyttämiseen. Pegasoksen sähköisessä asiointissa potilaalle tulee tekstiviestillä ilmoitus terveysasemalta tulleesta viestistä, jonka lukeakseen potilaan on tunnistauduttava pankkitunnuksin tai mobiilivarmenteella. Pegasoksen sähköinen asiointi mahdollistaa myös hoitohenkilökunnan lähettämät tekstiviestit, jotka henkilökunta kirjoittaa tietokoneella, ja ne näkyvät normaaleina tekstiviesteinä potilaan matkapuhelimessa. Pegasoksessa ei kuitenkaan ole mahdollisuutta eKirjeen tekoon. Pegasoksen sähköistä asiointia käytetään myös muuhun kuin AK-hoitoa koskevaan viestintään.

Sähköistä asiointia käyttääkseen potilaalla on oltava matkapuhelin ja/tai mahdollisuus käyttää internetiä ja tunnistautumispalveluita. Potilaan on myös allekirjoitettava sähköisen asioinnin sopimus. Ennen sähköisiä asiointitapoja suurin osa INR-arvoista välitettiin potilaalle soittamalla, minkä todettiin vievän paljon henkilökunnan aikaa (kappale 1). Jos tulokset haluttiin antaa kirjallisina, hoitohenkilökunnan piti tulostaa ne ja lähettää normaalissa postissa potilaalle. Forsanten eKirjeen poistuttua vuoden 2013 lopussa hoitohenkilökunnan itse tulostama ja lähettämä kirje on ainoa tapa lähettää tulokset kirjallisena kotiin potilaalle, joka ei pysty lukemaan tekstiviestejä tai internetissä välitettyjä viestejä. Potilas voi myös itse hakea tiedot kirjallisena terveysasemalta.

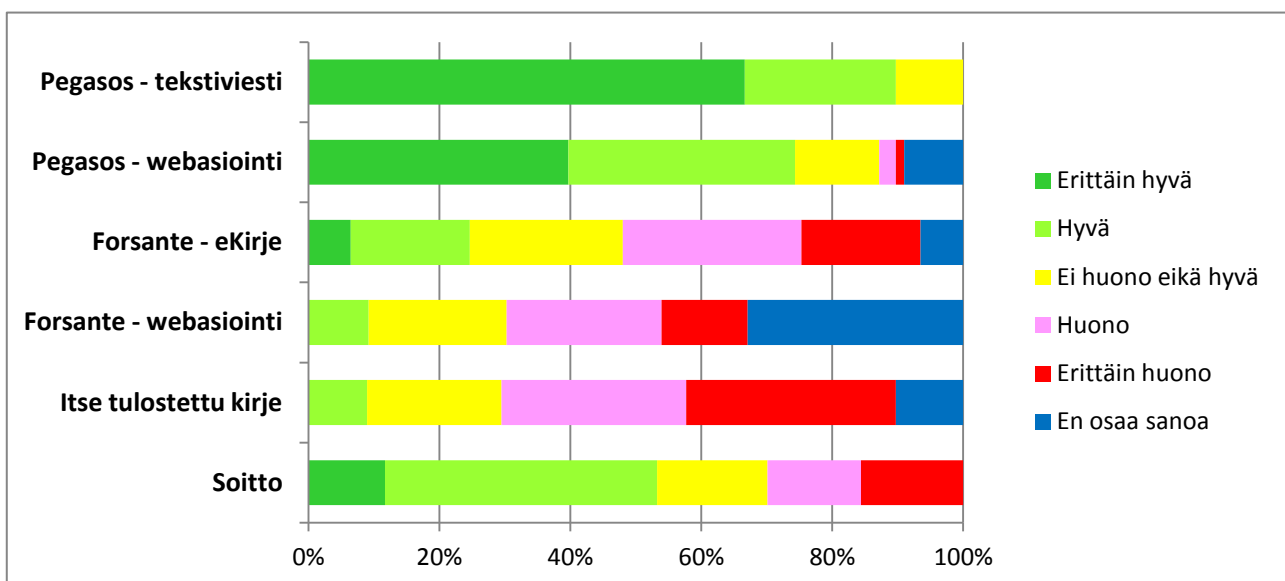
#### 4.7.2 Arvioinnin tulokset

Arvioinnissa kysyttiin hoitohenkilökunnan kokemuksia Forsante-järjestelmän eKirjeestä ja webasioinnista sekä vertailun vuoksi Pegasoksen sähköisen asiointin tekstiviestistä ja webasioinnista, vaikka Pegasoksen toiminnot eivät olleetkaan osa hanketta. Mielipidettä kysyttiin myös itse tulostetusta ja lähetetystä kirjeestä sekä soitosta potilaalle. Koska laboratorio lähettää omahoitotekstiviestit ne toimittaneen yhtiön kautta potilaille, kokemuksia omahoitotekstiviesteistä kysyttiin vain potilailta (kappale 4.6). Yhteistyötahoilta kysyttiin yleisemmin hankkeen tietoteknisten tarpeiden täyttymisestä.

Sekä hoitajat että lääkärit kokivat Pegasoksen sähköisen asiointin tekstiviestin ja webasioinnin parhaina tapoina välittää INR-arvo ja varfariinin annosteluohje hoitaja- ja lääkärivastuussa oleville potilailleen (hoitajien arviot kuvassa 8). Lääkäreistä neljä viidestä koki molemmat näistä hyvinä tai erittäin hyvinä. Sekä hoitajien että lääkäreiden mielestä tekstiviesti oli hieman parempi kuin webasiointi. Kaikki kyselyyn osallistuneet hoitajat ja yhtä lukuun ottamatta kaikki lääkärit ovat käyttäneet Pegasoksen sähköistä asiointia. Hoitajien kommenttien mukaan tosin osa lääkäreistä ei käytä sähköistä asiointia, vaikka potilas on sitä pyytänyt, jolloin potilaat soittavat hoitajille.

*”[Pegasoksen] sähköinen asiointi on loistava, Forsante-touhu välissä oli kauhea.” (Hoitaja)*

*”Osa lääkäreistä ei ole vaivautunut opettelemaan sähköistä asiointia ollenkaan. Heidän saamattomuutensa on kaatunut hoitajien niskaan, koska potilaat soittavat hoitajille ja ihmettelevät, kun eivät ole saaneet lääkäriltä sähköisen asiointin tekstiviestiä tai webviestiä. Hoitajien on sitten kauhean mukavaa selittää tapahtunutta tilannetta potilaalle.” (Hoitaja)*



Kuva 8. Hoitajien (n=76-78) arvio eri tavoista välittää INR-arvo ja varfariinin annostus potilaalle. Kategoriaan ”En osaa sanoa” on yhdistetty myös kategoria ”En käytä”.

Forsante-järjestelmää sen sijaan kritisoitiin runsaasti. Sen toiminta koettiin erittäin monimutkaiseksi ja alttiiksi virheille. Joitakin eKirjeitä lähetettiinkin väärille potilaille, mutta nämä tapaukset huomattiin ennen kuin vahinkoa ehti tapahtua. Osassa terveysasemia Forsante-järjestelmän käyttöönotto viivästyi teknisten ongelmien vuoksi.

*”Forsante oli huono, monimutkainen ja virheen mahdollisuus iso. Ilmeisesti myös kallis.”  
(Hoitaja)*

*”Forsanten mukaanotto ei ollut riittävästi suunniteltu. Hankala systeemi, työntekijät esitti kritiikkiä, että piti tehdä niin paljon klikkauksia ja turvallisuus ei ole taattu. Huomattiin heti, että saattaisi tehdä virheen, että kirje voisi mennä väärälle asiakkaalle.” (Lääkäri)*

Forsanten eKirjeen huonona tai erittäin huonona koki lähes puolet hoitajista ja lääkäreistä. Hyvänä tai erittäin hyvänä sitä piti neljännes hoitajista ja 3 lääkäriä 25:stä. Forsanten webasiointia pidettiin eKirjettä huonompana viestinvälitystapana: hyvänä tai erittäin hyvänä sen koki vain joka kymmenes hoitaja ja lääkäri. Hoitajista lähes kaikki olivat käyttäneet eKirjettä, mutta neljännes ei ollut käyttänyt Forsanten webasiointia. Lääkäreistä yksi viidestä ei ollut käyttänyt eKirjettä ja kaksi viidestä ei ollut käyttänyt Forsanten webasiointia. Haastatellut lääkärit kertoivat, että heillä oli melko vähän käyttöä järjestelmälle, ja sen monimutkaisuuden takia he eivät kokeneet järjestelmän opettelemista tarpeelliseksi.

*”Forsanten opettelu oli tosi tuskaista työtä, yhden e-kirjeen lähettäminen sisälsi lukemattoman määrän klikkauksia. Ehdottoman huono systeemi.” (Lääkäri)*

*”Koko Forsanten ongelma oli se, että lääkäreillä oli niin vähän eKirjeen saavia potilaita, että käyttö oli niin hankalaa, että luopuivat jo vuosi sitten sen käytöstä. Oli niin kömpelö, soittaminen oli helpompaa, oli aikamoinen pumaska miten se prosessi [eKirjeen luominen] meni.” (Lääkäri)*

Muutamit hoitajat pitivät eKirjettä sinällään hyvänä tapana välittää tieto kirjallisena potilaille, joilla ei ole mahdollisuutta sähköiseen asiointiin, mutta Forsante-järjestelmässä kirjeen tekeminen koettiin monimutkaiseksi. Hoitajien mukaan osa potilaista ei myöskään saanut selvää eKirjeenä lähetetyistä tiedoista. Joidenkin hoitajien ja lääkäreiden kokemuksen mukaan kirjeen saapuminen potilaalle kesti niin kauan, että potilas ehti soittaa hoitajalle. Samaa ongelmaa esiintyy myös itse lähetetyn kirjeen ja hoitohenkilökunnan lähettämien tekstiviestien kanssa.

*”Vanhuksia varten tulisi säilyttää myös mahdollisuus lähettää kirje Forsanten välityksellä. Kaikilla ei matkapuhelimia ja kirjeiden lähettäminen vie aivan järjettömän paljon työaika. Tekniikkaa tulisi jo nykyisin käyttää hyväksi!!” (Hoitaja)*

*”Forsantessa [potilaat] tulivat luetuttamaan toimistoon, että miten tämä toimii, eivät ymmärtäneet mitä kortissa luki. Enkä minäkään nähnyt, teksti hyvin pientä. Noloa. Katsoin koneelta, siellä selvempi.” (Hoitaja)*

*”Monien ikääntyneiden potilaiden kännykät on vanhoja ja lasit naarmuuntuneita että pientä tekstiviestiä on vaikea lukea. Viesti usein deletoidaan liian aikaisin ja sitten pitää soittaa terveydenhoitajalle. Lähetin tavallisen kirjeen potilaalle maanantaina ja potilas tuli perjantaina kysymään vastausta oven raosta kun kirje ei ollut saapunut kotiin. Melko turhauttavaa. Potilas yleensä soittaa Marevan-vastauksen jo seuraavana päivänä terveydenhoitajalle koska ei malta odottaa tekstiviestiä. Eli jotta homma toimii niin terveydenhoitajan täytyy lähettää tekstiviesti HETI kun INR tulospostissa, jotta estetään potilaan soitto terveysasemalle. Stressaavaa.” (Hoitaja)*

Sähköisen asiointin järjestelmien nopeaa vaihtuvuutta arvosteltiin, koska uuteen viestijärjestelmään tottuminen vie aikaa sekä hoitajilta että potilailta. Osa piti huonona sitä, että kun hoitajat ja potilaat olivat vihdoin tottuneet eKirjeeseen, järjestelmä poistui käytöstä. Pegasoksen sähköisen asiointin tultua Forsante-järjestelmän rinnalle sähköisen asiointin vaihtoehtoja oli monia, mikä myös aiheutti epäselvyyttä.

*”Forsanten käyttöön otto tuli samaan aikaan sähköisen asiointin kanssa, mikä oli todella huono. Sähköinen asiointi olisi lähtenyt paremmin käyntiin kun olisi saanut keskittyä siihen. Forsante piti ottaa käyttöön, vaikka siitä aika pikaisesti luovuttiin. Turhaa ajan, voimavarojen ja rahan hukkausta.” (Hoitaja)*

*”Siirtyminen ilmoittamistavasta toistuvasti toiseen vähentää potilaiden motivaatiota siirtyä uuteen ilmoitustapaan.” (Hoitaja)*

*”Kauheeta, jos asiakas kysyy miten saan Marevan-annostuksen, ja joudun sanomaan, etten tiedä, meillä on just nyt muutosta tässä.” (Hoitaja)*

Yleisesti ottaen sähköisen asiointin koettiin sopivan asiointikanavaksi AK-hoitoon. Monet hoitajat kertoivat yllättyneensä positiivisesti siitä, kuinka monet iäkkäämmätkin potilaat pystyvät sähköiseen asiointiin. Toisaalta myös monenlaisia ongelmia ilmeni.

*”Yllätyin kuinka moni iäkäs osaa käyttää tekstiviestiä kännykässä, mutta web-viesti onnistuu todella harvalta!” (Hoitaja)*

*”Terveysaseman toimistossa työskentelevänä olen kohdannut useampia sähköisen asioinnin ongelmia viestien välittymisessä asiakkaalle. Muutama esimerkki: Lääkäri lähettänyt asiakkaalle yli 160 merkin tekstiviestin, jolloin viesti jakautuu kahteen, asiakas lukenut vain ensimmäisen viestin (vaikeuksia matkapuhelimen käytössä), jolloin Marevan-annostus jäänyt saamatta/puutteelliseksi. Asiakkaan omassa tietokoneessa ei ole tarvittavia ohjelmia jotta webasiointi toimisi. Ei silloin ollut mitään ohjeistusta mistä ja mitä ohjelmia asiakasta voisi ohjata lataamaan koneelleen. jne.” (Hoitaja)*

Itse tulostettua ja lähetettävää kirjettä pidettiin kovatoisena. Kolme viidestä hoitajasta ja neljä viidestä lääkäristä piti sitä huonona tai erittäin huonona. Perinteistä puhelinsoittoa hyvänä tai erittäin hyvänä pitivät puolet hoitajista ja kolmannes lääkäreistä. Hoitohenkilökunta korosti, että varsinkin poikkeustapauksissa soitto on edelleen tärkeä kommunikointiväline myös niiden potilaiden kanssa, jotka muuten ovat sähköisen asioinnin tai omahoidon piirissä. Se on myös kätevin tapa ilmoittaa INR-arvo ja lääkeannostus potilaille, joilla ei ole mahdollisuutta ottaa vastaan tekstiviestejä tai viestejä internetin kautta.

*”Vuodenvaihteesta tulee itse printtaus ja lähetys, tulee kaatumaan omaan mahdottomuuteensa. Ohjeet, että jokaisesta tulostetaan tarroja, ja lääkäri tulostaa [viestin, jossa on annostelu], ja laittaa kirjekuoreen ja vie toimistoon: ei ole viimeiseen pisteeseen mietitty.” (Lääkäri)*

*”Joskus on potilasturvallisuuden vuoksi pakko keskustella ja selvittää heittelyn syy, silloin soitto on kyllä paikallaan. Kaikilla ei kännyjä, saati nettiä. Tämäkin on siedettävä. Kaikki ei hoidu sähköisesti, vaikka se kätevää onkin. (Lääkäri)”*

Yhteistyötahoista 39 % oli täysin tai osittain eri mieltä väittämän ”Tietotekniset ratkaisut vastasivat hankkeen tarpeita” kanssa. Myös yhteistyötahot kritisoivat Forsante-järjestelmää.

*”Tietotekniset ongelmat olivat suurin ongelmatekijä.” (Yhteistyötaho)*

*”Forsanten käyttö oli liian monimutkaista, käytännössä sen käyttö vähitellen sammui vaikeaan käytettävyyteen.” (Yhteistyötaho)*

Sähköisen asioinnin vakiintuminen osaksi työtä ja vaikutukset työaikaan sekä tuen tarve käsitellään kappaleessa 4.8.

#### 4.7.3 Parannusehdotukset

Forsante-järjestelmä oli selkeästi kritisoiduin osa hanketta, ja sitä sekä sen väliaikaista käyttöä huonona pitivät sekä hoitajat, lääkärit että yhteistyötahot. Heidän mielestään **järjestelmää olisi tullut testata tarkemmin ennen käyttöönottoa, ja järjestelmän ongelmien paljastuttua olisi**

**kannattanut odottaa Pegasoksen sähköisen asioinnin käyttöönottoa.** Tämä olisi kuitenkin viivästyttänyt hanketta. Alussa ei myöskään ollut varmuutta milloin Pegasoksen sähköinen asiointi tulee käyttöön. Sinällään sähköistä asiointia pidetään hyvänä ideana ja sen koetaan sopivan AK-hoitoon. Hankkeen kautta hoitohenkilökunta ja potilaat tutustuivat sähköiseen asiointiin, mutta järjestelmien vaihtuvuutta pidettiin erittäin huonona.

*”INR-arvon / ohjeiden välittyminen potilaalle pitäisi ENSIN olla mietitty mahdollisimman helpoksi ja varmaksi teknisesti” (Lääkäri)*

*”Jälkikäteen ajateltuna, nyt kun viestintävälineet taas muuttui, olisi antanut viivyttää vielä, potilaat on aivan sekaisin. Ei ole pikkujuttu opettaa erilaisia tapoja. Vaarallista jos asiakas ei saa tietoja. Juuri kun on oppinut ja tottunut, niin taas muuttuu.” (Hoitaja)*

*”Asia olisi loppuun asti mietitty ennen käytäntöön ottoa. E-kirjevaihe täysin turha. Sähköinen asiointi sopii Marevan-hoitoon hyvin.” (Yhteistyötaho)*

Pegasoksen sähköinen asiointi ei kuulunut hankkeeseen, vaikka sen käyttö alkoi hankkeen aikana. Tähänkin hoitohenkilökunta kuitenkin teki parannusehdotuksia. He toivoivat ennen kaikkea sitä, että **varfariinin annostuksen pystyisi kopioimaan suoraan Pegasoksen lääkesuunnitelmalehdeltä tekstiviestiin ja webasioinnin viestiin.** Tämä vähentäisi virheen mahdollisuutta ja nopeuttaisi viestin kirjoittamista.

*”Sähköinen asiointi vaatii vielä parannuksia, virheen mahdollisuus edelleen suuri kun tietoa ei pysty poimimaan suoraan lääkesuunnitelma-lehdeltä. Kun siihen tulee muutos virheen mahdollisuus pienenee ja lääkeshoidon laatu paranee entisestään.” (Hoitaja)*

*”Marevan lehdeltä annostelun siirtäminen/siirtyminen suoraan WEB viestiin pitäisi olla mahdollista. Aina kun joudutaan erikseen kirjoittamaan viesti, on virhekirjaamisen mahdollisuus suuri. Laboratoriotuloksen voi poimia, miksi ei Marevan kortista annostelua?” (Hoitaja)*

## **4.8 Hankkeen vaikutukset, seuranta ja toimintojen vakiintuminen**

### **4.8.1 Kuvaus**

Hankkeen päätavoitteina oli parantaa potilasturvallisuutta ja järkevöittää terveydenhuollon resurssien käyttöä vähentämällä AK-hoitoon käytettyä työaika. Näiden tavoitteiden toteuttamiseksi hanke pyrki vakiinnuttamaan omahoidon, hoitajavastuun sekä sähköisen asioinnin osaksi terveysasemien arkipäiväistä toimintaa. Hankkeen odotettiin myös parantavan AK-hoidon kirjaamiskäytäntöjä. Hoitohenkilökunnalta kysyttiin näiden tavoitteiden toteutumista. Sähköisen asioinnin suhteen kantaa pyydettiin Pegasoksen sähköiseen asiointiin, vaikka se ei ollutkaan osa



hanketta, koska Forsante-järjestelmä oli poistumassa käytöstä. Hankkeen lääketieteelliset vaikutukset kuten potilaiden hoitotasapaino raportoidaan muualla (katso kappale 1).

Omahoito- ja hoitajavastuutavoitteiden etenemistä seurattiin tiiviisti hankkeen aikana. Omahoidossa olevien määrää pystyttiin seuraamaan omahoitotekstiviestien avulla, mutta hoitajavastuussa olevien määrän seuranta toteutettiin kysymällä asiaa omahoitajilta säännöllisesti. Omahoitajien piti tätä varten listata kaikki vastuullaan olevat AK-hoitopotilaat. Terveysasemat ilmoittivat usein myös lääkärivastuussa olevien potilaiden määrän tai se pystyttiin laskemaan, koska potilaiden kokonaismäärä tiedettiin INR-kestolähetteen perusteella. Hankehenkilökunta kokosi nämä tilastot ja lähetti ne johdolle ja terveysasemille. Sosiaali- ja terveysviraston johdon asettamana tavoitteena oli, että kullakin terveysasemalla 30 % AK-hoitopotilaista olisi omahoidossa ja 60 % hoitajavastuussa hankkeen loppuun mennessä. Näiden tavoitteiden toteutumista käsitellään hankkeen loppuraportissa [3]. Muun kuin omahoidon AK-hoitoa koskevan sähköisen asioinnin edistymistä pystyttiin seuraamaan Forsante-järjestelmässä, jota käytettiin ainoastaan AK-hoitoa koskevaan viestintään. Sen sijaan Pegasoksen sähköisen asioinnin tilastoinnissa ei voida eritellä viestien käyttötarkoitusta.

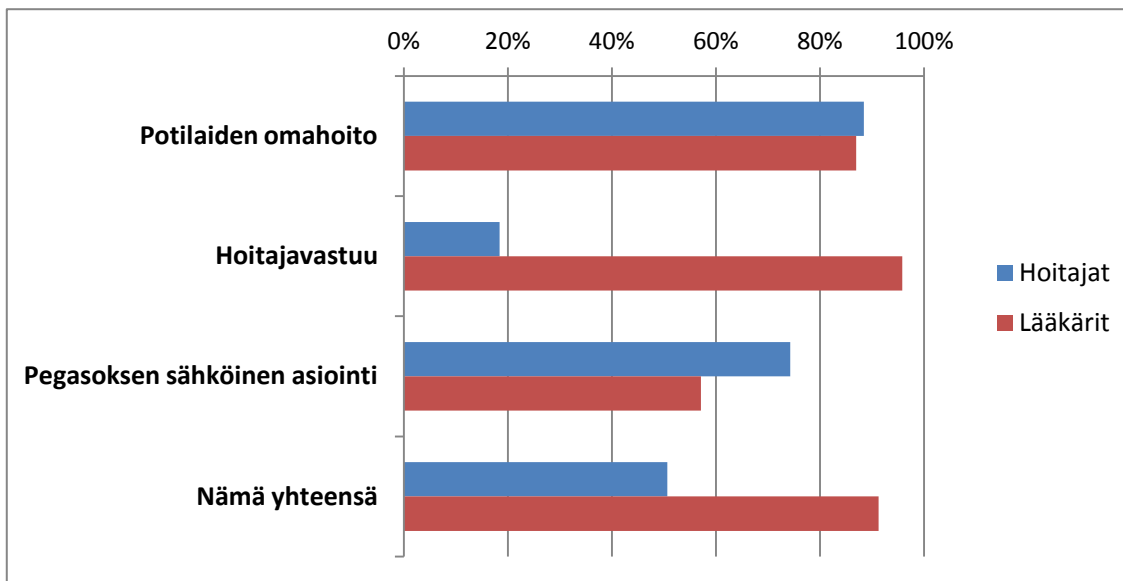
Hankehoitaja jatkaa uusien hoitajien koulutusta hankkeen päätyttyäkin, ja ryhmäkoordinaattorit huolehtivat potilaiden koulutuksesta (kappale 4.3).

#### 4.8.2 Arvioinnin tulokset

Potilaiden omahoito oli selvästi vähentänyt AK-hoitoon menevää työaikaä sekä lääkäreillä että hoitajilla (kuva 9). Hoitajavastuu oli helpottanut lähes kaikkien lääkäreiden työtä, mutta hoitajista yli puolet (62 %) koki, ettei hoitajavastuu ollut helpottanut heidän työtään (20 % ei osannut sanoa tämän vaikutusta). Yhdeksän kymmenestä lääkäristä ja puolet hoitajista arvioi, että omahoito, hoitajavastuu ja Pegasoksen sähköinen asiointi yhteensä olivat vähentäneet heidän AK-hoitoon menevää työaikaansa. Hoitajista neljännes, mutta ei yksikään lääkäri, koki, että nämä toiminnot yhteensä eivät olleet vähentäneet AK-hoitoon menevää työaikaä. Loput olivat valinneet vaihtoehdon ”en osaa sanoa”.

*”Omahoitopotilaita ei tarvi annostella, sehän nyt jo ihan sillain helpottaa. Ja sitten noitten koulutusten kautta noi potilaat ties paremmin täst hoidosta ja soitot on vähentyneet, puhelintyö on vähentynyt käytännön työssä. Työaikaä on säästynyt.” (Hoitaja)*

*”Hoitajat oppivat Marevan-annostuksen -> kaikkiin annostuksiin ei tarvita lääkäreä -> lääkärin työaikaä vapautuu muihin töihin (Marevan-potilaiden määrähän on ollut jatkuvassa nousussa väestön ikääntyessä).” (Lääkäri)*



Kuva 9. Hoitajat (n=74-78) ja lääkärit (n=21-24), jotka arvioivat mainittujen toimintojen vähentävän AK-hoitoon menevää työaika.

Myös haastatteluissa ja kyselyn avoimissa kommentteissa tuli ilmi, että osa hoitajista koki AK-hoitoon liittyvän työmääränsä lisääntyneen runsaastikin, kun taas osa koki sen vähentyneen. Hoitajilla on eri määriä hoitajavastuussa ja omahoidossa olevia potilaita. Osa hoitajista kertoi hoitajavastuunkin lyhentäneen heidän AK-hoitoon menevää työaikaansa, koska heidän aiemmin piti aina pyytää lääkäriltä tieto potilaan varfariiniannostuksesta. Nykyään he pystyvät itse päättämään suurimman osan hoitajavastuussa olevien potilaiden annostuksista, mikä säästää aikaa. Jotkut hoitajat kertoivat, että lääkärit eivät ohjaa potilaita omahoitoon tai käytä sähköistä asiointia, jolloin hoitajalle tulee lisätöitä (kappaleet 4.4 ja 4.7). Osa lääkäreistä taas totesi AK-hoitoon menevän työajan lisääntyneen, koska aikaisemmin hoitaja ilmoitti heidän antamansa varfariinin annostuksen potilaalle, kun taas nykyään he ilmoittavat annostuksen itse. Haastatteluissa tuli ilmi, että varsinkin alussa hoitajien työt olivat lisääntyneet, mutta osalla toimintojen vakiintumisen ja muuttumisen myötä ne olivat vähentymään päin.

*”Näkyy ylitöissä, pakko katsoa [INR]-vastaukset, eli vastaanottoaika pitäisi varata enemmän, kuin lääkärit tehneet aina. Mennyt paljon aikaa, ehkä tuottaa hedelmää vähitellen.” (Hoitaja)*

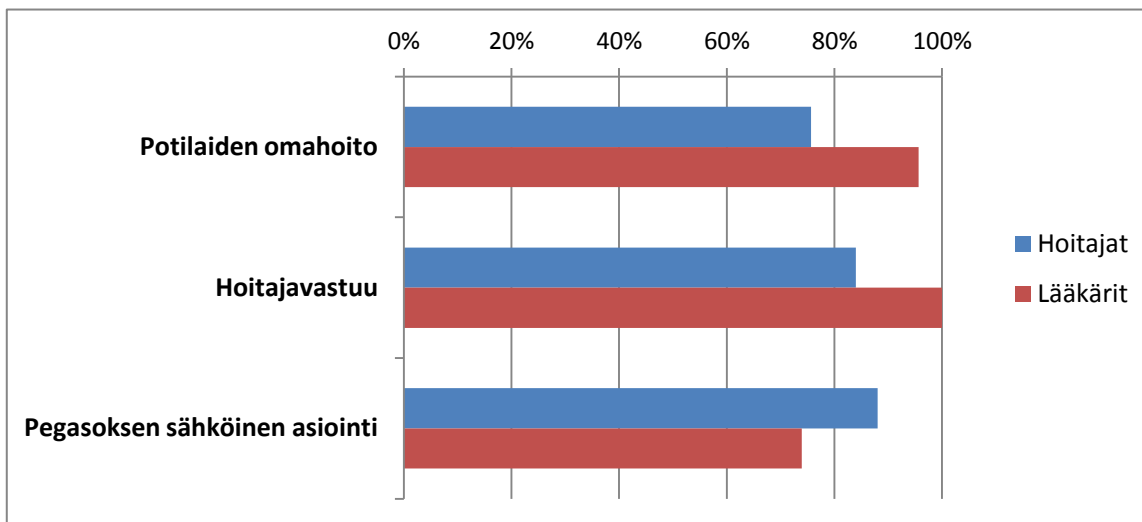
*”Alkuperäiseen tilanteeseen verrattuna enemmän töitä [lääkäreillä], kun lähettää tekstareita. Aiemmin merkattiin korttiin. Ei varahenkilöstöä, työt kasaantuu varsinkin, jos joku lääkäri on poissa.” (Lääkäri)*

Lähes kaikki kyselyyn vastanneet lääkärit ja suuri osa hoitajista koki omahoidon ja hoitajavastuun vakiintuneen arkipäiväisiksi toiminnoiksi (kuva 10). Hoitajista 5 % ilmoitti tarvitsevansa lisätukea potilaiden omahoitoa koskien ja 7 % hoitajavastuuta koskien. Yhtä moni koki, etteivät nämä toimintamuodot olleet vakiintuneet arkipäiväiseksi toiminnaksi. Moni hoitaja ei osannut sanoa kantaansa omahoidon (19 %), hoitajavastuun (9 %) ja sähköisen asiointin (8 %)

arkipäiväistymiseen. Joka kymmenes hoitaja ja lääkäri koki tarvitsevansa lisätukea sähköiseen asiointiin.

*”Tietty siinä vaiheessa, kun lisätään töitä, se ei tunnu hyvältä, mutta nyt [omahoito ja hoitajavastuu] on sulautunut siihen kokonaistyöhön, ei sitä muistakaan et sitä ei ois ollut. Kyl mä luulen et nää hoitajavastuut on juurtunut sinne työhön.” (Hoitaja)*

*”Ei ollut kauan siitä kun lääkäriseurannasta hoitajaseurantaan, [hoitajilla] pelko siitä että on lääkehoito, ei osaa. Nyt tuntuu, että on easy, mutta asenteet ei muutu muutu nopeasti, pitää saada aikaa sulatella muutoksia.” (Hoitaja)*



Kuva 10. Hoitajat (n=74-75) ja lääkärit (n=23), joille mainitut toiminnot ovat vakiintuneet arkipäiväiseksi toiminnaksi.

Kyselyyn vastanneista lääkäreistä kukaan ei ollut sitä mieltä, että omahoito tai hoitajavastuu olisi aiheuttanut potilaille vaaratilanteita, vaikka haastatteluissa tuli ilmi, että osa lääkäreistä oli pelännyt potilasturvallisuuden heikkenevän näiden myötä (kappale 4.5). Kaksi kyselyyn vastannutta lääkäriä kuitenkin koki sähköisen asiointin aiheuttaneen potilaille vaaratilanteita. Haastatteluissa vaaratilanteita kerrottiin syntyneen, kun Forsanten kautta lähetetty eKirje oli mennyt väärälle potilaalle (kappale 4.7). Yksi potilas taas oli pian omahoitoon siirryttyään sairastunut nopeasti etenevään muistisairauteen. Ilmeisesti nämä kuitenkin olivat yksittäisiä vaaratilanteita, jotka huomattiin ennen kuin vakavaa vaaraa aiheutui.

Sen sijaan haastatteluissa tuli ilmi huoli siitä, että omahoidossa oleva potilas saattaa jättää INR-testeissä käymisen ja lääkityksen pois kenenkään sitä huomaamatta. Toisaalta tällaista saattoi tapahtua aiemmassakin järjestelmässä, kuten huomattiin potilaiden listauksen yhteydessä (kappale 4.4). Nyt luodussa toimintamallissa hoitaja- ja lääkärivastuussa olevien potilaiden seuranta saattaa olla parempaa kuin aiemmin, jos vain on selvää, kenen vastuulle kukin potilas kuuluu (katso alla). Tämä tietenkin edellyttää sitä, että joku seuraa potilaan ylipäänsä käyvän INR-

testeissä. Hoitohenkilökunnan kommenttien mukaan kaikki hoitajat ja lääkärit eivät ohjeistuksesta huolimatta seuraa potilaitaan.

*”Ei näy jos joku [omahoidossa oleva potilas] jää kontrolleilta koko vuoden tai reagoiko poikkeavaan arvoon. Jos ei ollenkaan näy, niin kukaan ei tiedä.” (Hoitaja)*

*”Ei ole potilaan soiton varassa kuten ennen, vaan se joka on hoitovastuussa, ottaa yhteyttä.” (Lääkäri)*

AK-hoidon kirjaamisen koki hankkeen myötä parantuneen suuri osa hoitajista (83 %) ja lääkäreistä (18/25). Kolme neljäsosaa hoitohenkilökunnasta oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, INR-vastaukset oli saatu ohjattua oikealle henkilölle, ja kolme neljästä hoitajasta ja kaksi kolmesta lääkäristä koki, että heidän terveysasemallaan on selvää kenen vastuulle kukin AK-hoitopotilas kuuluu. Ongelmiakin kuitenkin ilmeni esimerkiksi siten, että hoitaja- tai lääkärivastuussa olevan potilaan INR-arvo lähetetään aikoinaan INR-kestolähetteen tehneelle henkilölle, joka ei enää ollut vastuussa potilaan hoidosta. Ongelmia ilmeni myös uusien AK-hoitopotilaiden kohdalla, potilaiden vaihtaessa terveysasemaa ja henkilökuntavaihdosten yhteydessä. Erityisesti toimistossa työskentelevät hoitajat kokivat vastuiden epäselvyyden ongelmalliseksi.

*”Iänikuinen ongelma kun pitää laittaa pyyntöä Marevan-annostuksesta lääkärille tai hoitajalle, niin kuka tätä hoitaa. INR-vastaus saattaa mennä yhdelle, annostuksen voi olla määrännyt joku toinen, ja jos tarvitaan nopeasti apua, niin keneltä kysyy, joltain kolmannelta.” (Hoitaja)*

*”Lähetteidien muuttaminen ja ajan tasalla pitäminen, kenen tulospostiin tulee, pitäminen ajan tasalla edelleen vaikeaa. Koko juttu on hankala, siinä on syynä se tietotekniikka, että se ei taivu normaaliin käytäntöön. Henkilökunta vaihtuu koko ajan. Jos olisi sama henkilökunta, niin olisi helpompaa toteuttaa.” (Hoitaja)*

*”Vaarallinen ja sekava systeemi. Kun tulee kummallisia INRejä, välillä [potilaalle] soittaa 3 ja välillä ei kukaan, koska vastuu epäselvä.” (Hoitaja)*

Suurin osa hoitajista (83 %) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että he tulevat hankkeen tuen päätyttyäkin yhdessä lääkäriparinsa kanssa siirtämään kriteerit täyttäviä potilaita hoitajavastuuseen ja omahoitoon. Huolestuttavaa sen sijaan on, että vain kolmasosa lääkäreistä aikoo toimia näin. Tämän saattaa osittain selittää se, että kommenttien mukaan osa lääkäreistä ja hoitajista siirtää itsenäisesti, enintään työpariaan konsultoiden, potilaita hoitajavastuuseen ja omahoitoon.

*”Lääkärityöpari ei osallistu oma-aloitteisesti asiakkaiden ohjaukseen hoitajalle tai omahoitoon. Itse arvioin kuka sopii ja sen jälkeen konsultoin lääkäriä saako siirtää. Lääkäri ei perillä säännöistä kuka sopii hoitajalle, omahoitoon. Ohjaan asiakkaita suoraan luennoille. Jne. Siten työmäärä on lisääntynyt hoitajille.” (Hoitaja)*

*”Siirrän itse potilaita hoitajavastuulle sitä mukaa kun sopiva siirrettävä potilas eteen tulee tulospostia / Marevan-ohjeita tehdessä.” (Lääkäri)*

Suuri osa hoitajista (74 %) aikoo hankkeen päätyttyäkin tilastoida paljonko potilaita on hoitajavastuussa ja omahoidossa. Kyselyyn osallistuneiden lääkäreiden työpaikoista vain kolmasosalla on suunnitelma tilastoida säännöllisesti paljonko potilaita on lääkäri- ja hoitajavastuussa sekä omahoidossa. Vain neljä lääkäriä 25:stä aikoi seurata lukuja omalla kohdallaan. Myös haastatteluissa tuli ilmi, että terveysasemilla ei ollut selkeitä suunnitelmia miten hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtymistä jatkossa seurataan, kun hankkeen tuki ja kannustus tähän loppuu. Kunkin hoitajan itse tehtävä tilastointi hoitajavastuussa olevien potilaiden määrästä oli koettu hankalaksi ja aikaa vieväksi.

*”Tilastointi oli ongelmallista, piti käsin laskea ja laittaa sähköpostia, olisi pitänyt olla automaattinen tilastointi.” (Hoitaja)*

#### 4.8.3 Parannusehdotukset

Vastausten perusteella omahoito ja hoitajavastuu ovat vakiintuneet osaksi terveysasemien toimintaa, ja potilaiden siirtoja todennäköisesti tullaan jatkamaan. Osa henkilökunnasta kuitenkin koki **tarvetta omahoitoa, hoitajavastuuta ja Pegasoksen sähköistä asiointia koskevaan lisäkoulutukseen ja kertaukseen**, jota tulisi halukkaille järjestää hankkeen päätyttyäkin (katso myös kappale 4.2).

Hankkeen tuen päätyttyä vaarana on, että hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtyminen tulee unohtumaan kiireisen arjen keskellä ja siten hidastumaan. Myös vaihtelu toteutustavoissa saattaa lisääntyä. Haastatteluissa ehdotettiin, että terveysasemille luotaisiin **yhteinen ohjeistus** siitä, miten tulevaisuudessa potilaslistoja käydään läpi **sen varmistamiseksi, että hoitajavastuuseen ja omahoitoon sopivat potilaat on siirretty, ja toisaalta, ettei kukaan potilas ole jäänyt pois seurannasta**.

*”Mut tiettenkin ehkä tän asian kehittämine niinku jää tähän. Et jos täs olis viel jotain mitä vois hioa, niin hionta jää sitte. Terveysasemat alkaa vähän niinku tekemään omia juttujaan.” (Hoitaja)*

*”Jälkeenpäin ajatellen pitäisi järjestää, että tietyin ajoin työparin hallinnassa olevat potilaat käytäisiin läpi, kenen vastuulla potilas on, sitä aikaa ei vain ole. Olisi pitänyt projektin painottaa meille, että katsokaa vaikka kerran 2 kk:ssa vastuut.”(Lääkäri)*

*”Laadunseurannassa suunnitelmana, että pari kertaa vuodessa hoitajat ottaa omat listat ja käy läpi, vuositarkastusten yhteydessä lääkäri katsoo INRit. Tämä ei ole vielä rutiinia. Omahoidossa olevat tsekkaisi, että potilaat käy kokeissa ja katsoisi arvot. Ollaan kehittämässä standardia asemalle. Pitäisi miettiä jatkoa, ei ole mietitty. En tiedä ohjeistuksista, on herännyt keskusteluja.” (Lääkäri)*

Hankkeen päättyessä oli epäselvää, kuka ottaa vastuun omahoidossa ja hoitajavastuussa olevien potilaiden tilastoinnista sekä potilaiden hoitotasapainon seuraamisesta terveysasemilla. Yhteistä ohjetta tähän ei ole vielä luotu. Haastatteluissa toivottiin, että **tilastointia standardisoitaisiin ja kehitettäisiin helpommaksi**. Muutamat ehdottivat, että **nimetyt vastuuhenkilöt terveysasemilla varmistaisivat nyt luotujen uusien toimintatapojen sekä tilastoinnin jatkumisen** (kappale 4.5).

**Uuden tieteellisen tiedon ja ohjeistuksen ajanmukaisuuden seuraamiseen** sekä mahdollisten muutosten toteuttamiseen ja tiedottamiseen terveysasemille **tulisi nimetä vastuuhenkilö tai työryhmä**. Samoin tulisi olla selvää, mikä taho tulevaisuudessa kokoaa terveysasemien tilastot ja tarkkailee keskitetysti hoitotasapainoa ja tiedottaa tuloksista terveysasemia ja yhteistyötahoja. Hankkeen lopussa hankehenkilökunta on käynyt keskusteluja näiden tehtävien siirrosta, mutta niiden käytännön toteutus on edelleen epäselvää.

## **4.9 Kokonaisvaikutelma hankkeesta ja hankkeen yhteistyö muiden tahojen kanssa**

### **4.9.1 Kuvaus**

Kokonaisvaikutelmaa hankkeen ideasta ja toteutuksesta kysyttiin hoitohenkilökunnalta ja yhteistyötahoilta. Potilailta kysyttiin heidän mielipidettään hankkeen toteutuksesta. Lisäksi yhteistyötahoilta kysyttiin hankkeen resursseista ja toiminnasta yleisesti.

Hankeella oli runsaasti yhteistyötahoja, joiden roolit olivat hyvin erilaisia. Näitä olivat muun muassa sosiaali- ja terveystieteiden eri yksiköt (sähköisen asioinnin kehitys, tiedotus), Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja HUSLab (asiantuntijatuki, laboratoriotoiminnot), THL (AK-hoidon käsikirja), yksityinen sektori (tietojärjestelmien toimittajat), Sydänpiiri (pitää omia potilaskoulutuksiaan) ja Metropolia Ammattikorkeakoulu (opiskelijat tekivät opinnäytetöitä hankkeesta). Tässä arvioinnissa myös hankkeen ohjausryhmä (kappale 4.1) luokitellaan yhteistyötahoksi.

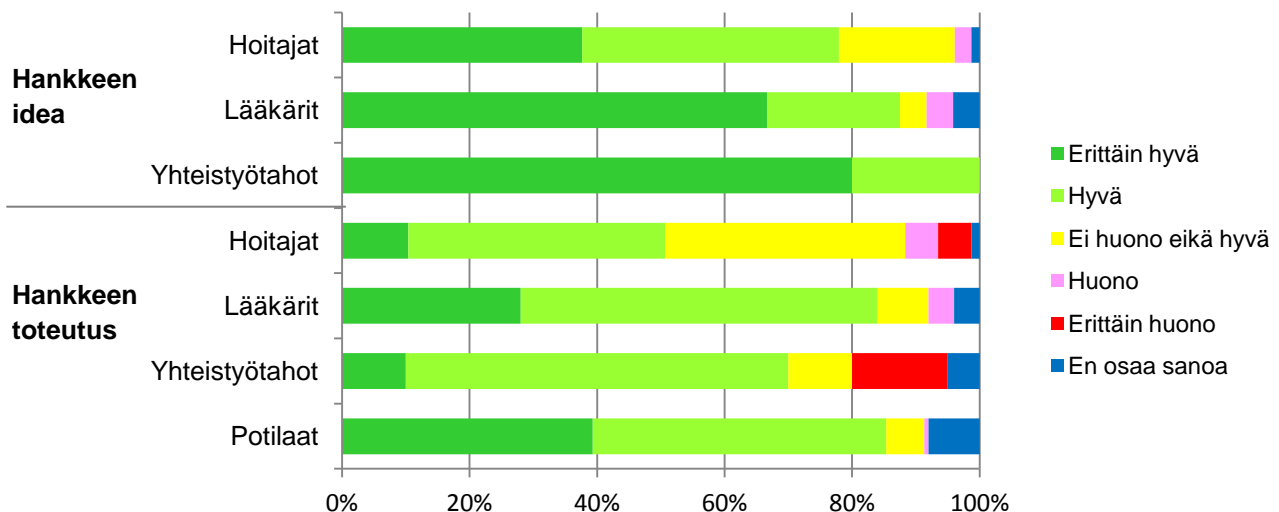
#### 4.9.2 Arvioinnin tulokset

Suurin osa hoitajista, lääkäreistä ja yhteistyötahoista piti hankkeen ideaa hyvänä tai erittäin hyvänä (kuva 11). Hankkeen toteutukseen kriittisimmin suhtautuivat hoitajat ja yhteistyötahot. Lääkäreistä ja potilaista sen sijaan useampi kuin neljä viidestä piti hankkeen toteutusta hyvänä tai erittäin hyvänä.

*”Selkeä idea ja pyrkimys parantaa potilaan palvelua ja samalla sujuvoittaa AK-asiakettua terveysasemalla. Win-win tilanne sekä potilaalle että organisaatiolle.” (Yhteistyötaho)*

*”Alussa tuntui kauheelta potilasmassa, mutta perustarkoitus todella hyvä. Muutosta ei tule ilman projektia.” (Lääkäri)*

*”On ollut hieno projekti, vaikka toteutus vähän kangerteli.” (Lääkäri)*



Kuva 11. Hoitajien (n=77), lääkäreiden (n=24), yhteistyötahojen (n=20) ja potilaiden (n=150) kokonaisarvio hankkeen ideasta ja toteutuksesta.

Kysyttäessä hoitajilta ja lääkäreiltä erikseen hankkeen eri komponenteista, yli 90 % hoitajista ja lääkäreistä oli sitä mieltä, että potilaiden omahoito ja sähköinen asiointi ovat hyviä ideoita. Suurin osa lääkäreistä piti myös hoitajavastuuta hyvänä ideana. Hoitajista samaa mieltä oli 72 %, mutta 14 % ei pitänyt hoitajavastuuta hyvänä ideana.

Yhteistyötahoilta kysyttiin lisäksi miten hyvin hankkeen resurssit ja toiminta vastasivat kentän tarpeita. Täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että hankkeella oli riittävät resurssit, oli vähän yli puolet, ja siitä, että hankkeella oli johdon tuki, oli neljä viidesosaa yhteistyötahoista. Suurin osa muista vastanneista ei osannut sanoa kantaansa. Kymmenen 18:sta oli sitä mieltä, että hanke toteutettiin kentän tarpeet ja rajoitukset huomioon ottaen, mutta kolme yhteistyötahoa oli tästä täysin eri mieltä.

*”Hankkeen lopputuloksen jalkauttaminen eli AK-hoidon itsesäätelyn vieminen potilastasolle koulutuksineen ja seurantoineen vaatii enemmän resursseja kuin mitä siihen on pystytty irrottamaan. Jatkossa olisi pohdittava työpisteittäin AK-hoidon vastuuhenkilöä, joka vastaa AK-itsesäätelyyn siirtyvien potilaiden seulonnan, koulutuksen ja seurannan.” (Yhteistyötaho)*

Kaikista kyselyyn vastanneista yhteistyötahoista noin puolet koki, että hankkeen henkilökunnalle oli helppo raportoida ongelmista, ja että hanke reagoi niihin ja esitettyihin parannusehdotuksiin nopeasti. Tyytymättömiä hankkeen reagointiin oli viidennes yhteistyötahoista, loput eivät osanneet sanoa kantaansa. Kolme viidestä yhteistyötahosta oli sitä mieltä, että työnjako oman organisaation ja hankkeen välillä oli selkeää ja järkevää. Toisaalta viidennes koki ongelmia työnjaossa. Lähes kolme neljästä yhteistyötahosta oli sitä mieltä, että yhteistyöstä hyötyi sekä hanke että oma organisaatio. Kokonaisuudessaan yhteistyön hankkeen kanssa hyväksi tai erittäin hyväksi koki kaksi kolmesta yhteistyötahosta, mutta huonoksi tai erittäin huonoksi sen koki kymmenesosa.

*”Hankkeessa yhteistyö oli hyvää.” (Yhteistyötaho)*

*”Yhteistyö oli puutteellista. Nyt tehtiin omissa porukoissa, tuloksena ristiriitaisia ja vaikeita ohjeita.” (Yhteistyötaho)*

Haastatteluissa ja avoimissa kommentteissa tuli ilmi joitakin ongelmia käytännön yhteistyössä eri tahojen kanssa. Osa potilaista, joilla aloitetaan varfariini erikoissairaanhoidossa, on huonosti informoituja AK-hoidosta. Osa erikoissairaanhoidon henkilökunnasta ei myöskään tiedä Marevan®-ryhmäkoulutuksista. Kotisairaanhoidon hoitajavastuussa taas oli eri INR-rajat ja hoitajat saivat toteuttaa hoitajavastuuta vain kotihoidossa määrättyjen AK-lääkitysten osalta. Muiden potilaiden kohdalla he konsultoivat terveysasemien hoitajia ja lääkäreitä. INR-rajat on nyt yhtenäistetty laajentamalla hoitajavastuun rajoja kaikille (kappale 4.2) ja kotisairaanhoidon hoitajat saavat annostella kaikkien hoitajavastuuseen sopivien potilaidensa AK-hoitoa. Myös laboratorioissa on ollut epätietoisuutta omahoidosta, mikä on haitannut sen toteutumista.

*”Erikoissairaanhoidossa informaatio ei ole aina selkeä potilailla tai lääkäreillä siellä. Vaihtelee hirveästi miten saa tietoa. Voi mennä todella pieleen ja tulla hirveästi hommaa selvittää. Mutta on tosi hyvin ja selkeästi informoituja potilaita. Päivystyksessä hyvin hektistä, tabletit vs. mg [saattavat mennä potilaalla sekaisin].” (Lääkäri)*

*”Yllätyin, että sisätautipolin ja päivystyksen väki tiesi omahoidosta muttei Marevan-ryhmistä, että hekin voi ohjata ryhmiin. Siirtymävaihe sotku. (Hoitaja)*

*”Kotihoito tuli paljon hitaammin mukaan, kysyvät omahoitajalta annosteluohjeet. Ihan hölmöä, vieläkin näin on.” (Hoitaja)*



#### 4.9.3 Parannusehdotukset

Hankkeen aloittaman **yhteistyön syventämistä erikois- ja kotisairaanhoidon, hammashoidon sekä laboratorioiden kanssa** toivottiin. Erikoissairaanhoidosta voitaisiin ohjata potilaita suoraan Marevan®-koulutuksiin. Koulujen kanssa tehtävää yhteistyötä ehdotettiin laajennettavan entisestään. Yhteistyötä THL:n AK-hoidon käsikirjan ja muun luodun materiaalin lisähyödyntämisessä ehdotettiin muun muassa potilasjärjestöjen kanssa.

*”En usko, että tätä olisi tässä tilanteessa voitu toteuttaa nopeammin tai siis aikaisemmin, mutta jos oltisiin odotettu hiukan ja panostettu valmistelemaan työhön (mukaan lukien yhteistyö), se [hanke] olisi voitu viedä läpi /jalkauttaa nopeammin.” (Yhteistyötaho)*

*”Kaupungin systeemissä järkevämpää, että sairaala tietäisi ja ohjaisi suoraan Marevan-ryhmiin.” (Hoitaja)*

## 5. Arvioinnin päätulokset, niiden luotettavuuden arviointi ja suositukset

### 5.1 Arvioinnin päätulokset

Hankkeessa toteutettiin osittainen AK-hoitoa koskeva tehtävänsiirto lääkäreiltä hoitajille (hoitajavastuu) ja terveyshyötymallin mukaisesti lisättiin potilaiden aktiivisuutta ja roolia omassa hoidossaan (omahoito). Lisäksi kehitettiin sähköisiä asiointikanavia sekä pyrittiin AK-hoidon kirjaamiskäytäntöjen parantamiseen.

Kaikki arviointiin osallistuneet tahot pitivät hankkeessa toteutettua omahoidon mallia hyvänä ja AK-hoitoon sopivana. Erityisen tyytyväisiä olivat omahoitopotilaat itse. Omahoito helpottaa potilaiden asiointia ja lisää itsenäisyyttä sekä vastuunottoa omasta terveydestä. Potilaat kokivat saamansa omahoitokoulutuksen erinomaiseksi ja omahoidon mahdollistavat tekstiviestipalvelut toimiviksi. Arvioinnin tulosten mukaan omahoito on vähentänyt hoitajien ja lääkärien (hoitohenkilökunnan) AK-hoitoon menevää työaika. Näin terveydenhuollon rajallisia resursseja voidaan käyttää tehokkaammin.

Hoitajat saivat kattavaksi koetun koulutuksen hoitajavastuuseen. Lähes kaikki lääkärit kertoivat hoitajavastuun vähentäneen heidän työmääräänsä. Yli puolet hoitajista sen sijaan koki hoitajavastuun lisänsä heidän AK-hoitoon käyttämää työaikaansa. Tämä sekä hoitajien lisääntynyt vastuu AK-hoidossa aiheutti runsaasti vaatimuksia lisäpalkasta. Tähän ongelmaan hanke ei voinut puuttua muutoin kuin selvittämällä asiaa muilta tahoilta. Hoitajien palkkaan ei hankkeen aikana tullut muutosta, mikä koettiin epämotivoivana hoitajien keskuudessa.

Hoitohenkilökunnalla esiintyi jonkin verran sekä hoitajavastuuseen että omahoitoon liittyviä epävarmuuden tunteita ja pelkoa potilasturvallisuuden heikkenemisestä, vaikka omahoidon ja hoitajavastuun on arvioitu parantavan hoitotasapainoa. Hoitohenkilökunnan epäluottamus hoitajien ja potilaiden kykyihin kuitenkin väheni selvästi hankkeen myötä. Silti hankkeen lopussa kolmasosa hoitajista koki pelon potilasturvallisuuden heikkenemisestä esteenä potilaiden siirtämiselle hoitajavastuuseen ja omahoitoon. Yli puolet hoitajista toivoi lisäkoulutusta tai annetun koulutuksen kertausta. Tämä saattaisi hälventää hoitajien epävarmuutta.

Kriteerit potilaiden hoitajavastuuseen ja omahoitoon siirtämisestä koettiin melko selviksi, mutta ohjeisiin siirtojen käytännön toteutuksesta toivottiin lisää yksityiskohtaisuutta. Myös muihin hankkeen antamiin ohjeisiin kaivattiin enemmän käytännön näkökulmaa ja ohjeiden jatkuva vaihtuminen koettiin ongelmaksi. Koska vastaavaa muutosta ei näin isossa mittakaavassa ole ennen toteutettu, eikä ohjeille ollut valmista mallia, on ymmärrettävää, että niitä piti muokata hankkeen aikana. Ohjeet pilotoitiin kahdella terveysasemalla ja lisäksi hankeryhmässä oli hoitohenkilökunnan jäseniä. Hoitohenkilökunta kuitenkin toivoi, että heitä olisi konsultoitu ja otettu mukaan koko hankkeen ja ohjeiden suunnitteluun ja testaamiseen laajemminkin.

Sähköinen asiointi koettiin suurimmaksi osaksi hyvänä tapana välittää viestejä AK-hoitopotilaille. Hankkeessa käytössä ollut Forsante-järjestelmää kuitenkin pidettiin erittäin monimutkaisena ja virhealttiina. Moni lääkäri ei ottanut sitä lainkaan käyttöön. Siitä luovuttiinkin hankkeen päätyttyä ja Pegasoksen sähköinen asiointi jäi käyttöön. Sähköisen asiointin järjestelmien nopea vaihtuvuus koettiin ongelmalliseksi sekä hoitohenkilökunnalle että potilaille. Haastateltavat korostivat, että ennen teknisten ratkaisujen valintaa ne tulee testata tarkasti kiinnittäen erityistä huomiota potilasturvallisuuteen. Hoitohenkilökunta myös totesi, että kaikki potilaat eivät pysty sähköiseen asiointiin.

Suuri osa hoitohenkilökunnasta koki muutosten toteuttamisen tapahtuneen liian nopeasti. Osa taas oli sitä mieltä, että etenkin hoitajavastuuseen siirtymiseen meni liian kauan. Syinä hitauteen mainittiin muun muassa muut samanaikaiset muutokset terveysasemilla, kiireinen työrytmi, henkilökunnan vaihtuvuus ja yllä mainittu epävarmuus. Hoitohenkilökunta toivoi suurien muutosten koordinoitua niiden päällekkäisyyden välttämiseksi. Kiireeseen ja henkilökunnan vaihtuvuuteen hanke ei voinut vaikuttaa.

Osa hoitohenkilökunnasta ja yhteistyötahoista koki puutteita terveysasemien esimiesten aktiivisuudessa. Lähiesimiehillä oli hankkeen toteutuksessa suuri rooli. Muun muassa hankkeen tiedotus kulki pitkälti heidän kauttaan. He voivat myös vaikuttaa hoitohenkilökunnan asenteisiin ja muutosten toteuttamistapoihin ja -nopeuteen terveysasemallaan. Terveysasemien esimiesten, mutta myös muun hoitohenkilökunnan, motivointi ja sitouttaminen muutoksiin ja sovittuun aikatauluun koettiin tärkeiksi. Tähän voidaan pyrkiä muun muassa ottamalla heidät mukaan muutosten suunnitteluun, kuten yllä on mainittu. Terveysasemien esimiehillä on usein monta samanaikaista muutosta hallittavanaan. Siksi ehdotettiin, että jokaisella terveysasemalla olisi työpari tai työryhmä, joka paikallisesti tukisi muutosten toteuttamista sekä toimisi linkkinä hankkeen ja terveysaseman välillä.

Vaikka arvioinnin tulosten mukaan omahoito, hoitajavastuu ja sähköinen asiointi ovat vakiintuneet osaksi terveysasemien toimintaa, vaarana on, että hankkeen tuen loputtua potilaiden siirtäminen hoitajavastuuseen ja omahoitoon kiireisen arjen keskellä unohtuu. Samalla hankkeessa saavutettujen yhtenäisten AK-hoidon toimintatapojen vaihtelu saattaa jälleen lisääntyä. Hankkeen loppuessa terveysasemille ei myöskään ollut selvää, miten hoitajavastuussa ja omahoidossa olevien potilaiden osuuden ja eri hoitomalleissa olevien AK-hoitopotilaiden hoitotasapainon seuranta jatketaan. Tärkeänä pidettiin yhteisen ohjeistuksen luomista ja vastuuhenkilöiden nimeämistä sekä terveysaseman että johdon tasolla, jotta varmistetaan luodun toimintamallin ja siihen liittyvän tilastoinnin jatkuminen. Vastuuhenkilöt voisivat myös valvoa AK-hoidon kirjaamiskäytäntöjä, joiden koettiin hankkeen aikana parantuneen.

## 5.2 Tulosten edustavuuden ja luotettavuuden arviointi

Arvioinnin tuloksia tulkitessa on otettava huomioon sen rajoitukset. Satunnaisesti valittujen, kyselylomakkeen saaneiden omahoitopotilaiden vastausprosentti oli hyvä, ja vastausten voidaan olettaa edustavan tämän joukon mielipiteitä. Valitettavasti potilaiden mielipiteitä voitiin pyytää vain jo omahoidossa olevilta potilailta, jotka siis olivat päässeet AK-ajokorttikokeesta läpi ja kykenivät omahoitoon. Siten näiden potilaiden vastaukset ovat valikoidulta joukolta, eivätkä ne edusta kaikkia AK-hoitopotilaita. Hoitohenkilökunnan haastatteluissa ja avoimissa vastauksissa oli toisaalta runsaasti kommentteja potilaiden kokemuksista. Niissäkin omahoitopotilaiden todettiin olevan erittäin tyytyväisiä omahoitoon, mutta ilmi tuli myös toisten potilaiden haluttomuus omahoitoon ja pelko tai epävarmuus sitä kohtaan. Potilaspalautteissa oli lisäksi joitakin kommentteja potilailta, jotka eivät ainakaan vielä olleet omahoidossa. Potilaspalautteet ja hoitohenkilökunnan kommentit on otettu mukaan arvioon, mutta ei voida tietää, edustavatko ne kattavasti omahoidon ulkopuolelle jääneiden potilaiden mielipiteitä.

Hoitohenkilökunnan vastausprosentti jäi hyvin alhaiseksi. Hankkeen työntekijöiden mukaan on normaalia, että terveysasemille suunnattujen kyselyiden vastausprosentti on alhainen, mutta yleensä se on kuitenkin parempi kuin tässä kyselyssä. Tähän mahdollisesti vaikuttavia seikkoja olivat kyselyn pituus (10-15min lääkäreillä, 15-20min hoitajilla), ajankohta (joulu edeltävä viikko) sekä vastausaika (yksi viikko). Kyselyn pituuden suhteen otettiin tietoinen riski, koska kyselyyn haluttiin sisällyttää paljon avoimia kysymyksiä. Tämä mahdollisesti johti alhaiseen vastausprosenttiin, mutta odotusten mukaisesti kyselyyn vastanneet toivat runsaasti mielipiteitään esille avoimissa vastauksissa. Yhteistyötahojen alhainen vastausprosentti oli odotettavissa, sillä mukana oli runsaasti henkilöitä, jotka osallistuivat AK-hoidon käsikirjan kirjoittamiseen, mutta työskentelevät muissa kaupungeissa tai eivät muusta syystä ole seuranneet hanketta läheltä.

Hoitohenkilökunnan ja yhteistyötahojen alhaisesta vastausprosentista johtuen ei voida tietää, edustavatko arvioinnin tulokset näiden ryhmien kantaa yleisemmin. Hoitohenkilökunnan tulosten luotettavuutta kuitenkin tukee se, että satunnaisesti valittujen terveysasemien haastatteluissa ja muille terveysasemille suunnatuissa kyselyissä tulivat samat asiat esiin. Näin oli siitä huolimatta, että haastatteluissa olivat hoitohenkilökunnan esimiehet ja kollegat läsnä, kun taas kyselyihin vastattiin anonyymisti. Myös Metropolia Ammattikorkeakoulun oppilaiden tekemien, hoitajien koulutusta, hoitajien ja lääkäreiden kokemuksia tehtävänsiirrosta sekä potilaiden kokemuksia koulutuksesta ja omahoidosta koskevien lopputöiden tulokset vastaavat tässä arvioinnissa saatuja tuloksia [6-10]. Lisäksi hoitohenkilökunnan ja yhteistyötahojen vastaukset olivat keskenään samansuuntaisia sekä määrällisissä että avoimissa kysymyksissä. Siksi voidaan olettaa, että arvioinnin tulokset vastaavat kohtuullisen hyvin hoitohenkilökunnan ja yhteistyötahojen mielipiteitä.

## 5.3 Suositukset

Tähän kappaleeseen on koottu tärkeimmät suositukset koskien arvioidussa hankkeessa toteutettujen toimintojen jatkoa. Suosituksia annetaan myös vastaavan hankkeen toteuttamiseen muilla paikkakunnilla tai muissa yksiköissä, joissa toimintaympäristö vastaa arvioidun hankkeen toimintaympäristöä. Suositusten lopussa mainitaan kappaleet, joissa on yksityiskohtaisemmin käsitelty suosituksen käsittelemiä asioita.

### Arvioidun hankkeen toimintojen jatkoa koskevat suositukset

- 1. Luotujen toimintatapojen jatkuvuus, ajanmukaisena pysyminen ja seuranta hankkeen loputtua tulee varmistaa.** Terveysasemille tulee luoda yhtenäinen ohjeistus siitä, miten hankkeen tuen loputtua taataan sopivien potilaiden siirtyminen hoitajavastuuseen ja omahoitoon ja miten tätä seurataan tilastollisesti. Tilastointia olisi hyvä kehittää toteutukseltaan helpommaksi. Terveysaseman tasolla näiden toimintojen seuraamista voisivat hoitaa nimetyt ja koulutetut vastuuhenkilöt. Lisäksi tulisi nimetä henkilö tai ryhmä, joka keskitetysti kokoaa ja seuraa tilastoja, seuraa AK-hoitoa koskevaa uutta tietoa, päivittää tarvittaessa materiaalit sekä hoitaa näihin liittyvän tiedotuksen. Sama henkilö/ryhmä voisi kehittää kohdissa 4 ja 5 mainittuja tiedonvälitystapoja ja yhteistyötä. (Kappale 4.8)
- 2. Hoitajille ja lääkäreille tulee tarjota mahdollisuus omahoitoa, hoitajavastuuta ja sähköistä asiointia koskevaan lisäkoulutukseen ja kertaukseen.** Kaikessa koulutuksessa kannattaa korostaa muutoksen etuja, erityisesti potilasnäkökulmaa ja AK-hoitoon menevän työajan vähenemistä. Koulutuksissa tulisi myös käsitellä miten sopivia potilaita voitaisiin parhaiten motivoida hoitajavastuuseen, omahoitoon ja sähköiseen asiointiin. (Kappaleet 4.5 ja 4.8)
- 3. Potilaiden koulutuksissa tulee kiinnittää enemmän huomiota sopivien potilaiden motivoimiseen omahoitoon.** Potilaille tulisi antaa tietopaketti jo ennen koulutusta. Koulutuksissa pitää varata riittävästi aikaa asioiden ja potilaiden kysymyksiä läpikäymiseen. Niissä tulisi käyttää yksinkertaista kieltä ja harjoitella yhteisesti luennolla esitellyjä annoslaskuja. Kaikki halukkaat voisivat osallistua myös omahoitokoulutukseen, jossa potilaat saavat selvemmän kuvan omahoidosta. Koulutusryhmien koko tulee pitää pienenä. Myös potilaille tulisi järjestää vapaamuotoisia kertaus- ja kyselytilaisuuksia. Potilaita ei pidä kuitenkaan painostaa siirtymään omahoitoon. (Kappaleet 4.3 ja 4.5)
- 4. Tiedonvälitystapoja tulee mahdollisuuksien mukaan edelleen kehittää.** Mikäli teknisesti mahdollista, turvallisuussyistä Pegasoksen lääkesuunnitelmalehdeltä tulisi voida kopioida varfariinin annostus suoraan tekstiviestiin ja webasioinnin viestiin. Työajan säästön lisäämiseksi tekstiviestipalvelun laajennusmahdollisuuksia kannattaa selvittää. Tämä koskee erityisesti intensiivistä hoitotasoa tarvitsevien potilaiden mahdollisuutta siirtyä omahoitoon ja

kaikkien potilaiden, joiden INR on hoitotasolla, mahdollisuutta saada tekstiviesti, joka neuvoo jatkamaan aikaisempaa annostusta. (Kappale 4.7)

## 5. Yhteistyötä ja tiedotusta tulee lisätä erityisesti erikois- ja kotisairaanhoidon kanssa.

Erikoissairaanhoidosta voitaisiin ohjata potilaita suoraan Marevan®-koulutuksiin. Omahoidon ja hoitajavastuun toteuttamista kotisairaanhoidossa tulee tukea ja tehostaa. (Kappale 4.9)

### Muita vastaavia hankkeita koskevat suositukset

Annetuissa suosituksissa on lähdetty siitä, että toimintaympäristö on samankaltainen kuin arvioidussa hankkeessa. Siten suositukset eivät päde kaikkiin tilanteisiin, ja toimintoja tulee muokata kulloisenkin toimintaympäristön ja tarpeiden mukaan. Yksinkertaisuuden vuoksi alla mainitaan vain terveysasemat, vaikka kyse voi olla myös muunlaisista yksiköistä.

### **A. Valmisteluihin panostaminen todennäköisesti nopeuttaa muutosten toteuttamista.**

Arvioinnin tulokset viittaavat siihen, että muutosten valmisteluihin kannattaa käyttää runsaasti aikaa ja resursseja. Valmisteluissa kannattaa ottaa huomioon ainakin seuraavat seikat:

- **Ajankohta:** Arvioidussa hankkeessa hoitohenkilökunta koki toteutetut muutokset odotettua suuremmiksi. Muiden suurten muutosten toteuttamista samaan aikaan pitää siksi välttää. Terveysasemien tulee voida vaikuttaa ajankohtaan. (Kappale 4.1)
- **Aikataulu:** Muutosten toteuttamisnopeuden yhdenmukaisuuden ja hallittavuuden parantamiseksi kokonaisaikataulu sekä välitavoitteet kannattaa sopia yhteistyössä kunkin terveysaseman kanssa. Näitä tulee seurata säännöllisin väliajoin. Huomattuihin ongelmiin pitää puuttua nopeasti, ja suunnitelmien toteutuessa ei saa unohtaa positiivisen palautteen antamista. (Kappale 4.1)
- **Hoitohenkilökunnan osallistaminen:** Muutokset toteuttavan henkilökunnan ja heidän esimiestensä motivointiin tulee panostaa. Henkilökunnan laaja osallistuminen toimintojen ja aikataulun suunnitteluun sitouttaa heitä niihin. Se saattaa myös vähentää ohjeisiin tarvittavia muutoksia, joita arvioidussa hankkeessa kritisoitiin. Koulutetut vastuuhenkilöt jokaisella terveysasemalla voivat toimia hankehenkilökunnan ja esimiesten apuna ja linkkinä kentälle sekä antaa vertaistukea muille terveysasemille. Työrauhan parantamiseksi vastuunsiirrosta johtuvat korvauskysymykset tulee selvittää ennen muutosten toteuttamista. (Kappale 4.5)
- **Tekniset ratkaisut:** Käyttöön otettavat tietojärjestelmät tulee testata huolellisesti erilaisissa tietoteknisissä ympäristöissä ja erityisesti niiden potilasturvallisuuden tulee kiinnittää huomiota. Pällekkäisiä tietoteknisiä muutoksia ja järjestelmiä pitää välttää. Tilastointiin tulee luoda työtä helpottavia teknisiä ratkaisuja. Hankkeessa käytetty omahoidon tekstiviestijärjestelmä todettiin hyväksi, joskin sitä voisi vielä laajentaa (suositus 4 yllä). (Kappale 4.7)
- **Tiedotus ja yhteistyö:** Tiedotuksessa potilaille kannattaa käyttää heille tuttuja kanavia ja tuoda esille potilaiden positiivisia kokemuksia heidän itsensä kertomana. Kiinteä yhteistyö

muiden AK-hoitopotilaita hoitavien tahojen (esimerkiksi kuten mainittu suosituksessa 5 yllä) kanssa tehostaa muutosten toteuttamista. (Kappaleet 4.5 ja 4.9)

- B. Hoitajien ja potilaiden koulutukseen kehitettiin arvioidussa hankkeessa erinomaiset mallit, joita voi vielä parantaa pienin muutoksin** mukaan lukien yllä suosituksissa 2 ja 3 mainitut seikat. Jos mahdollista, kaikki potilaat kannattaa kouluttaa alusta alkaen. Henkilökunnan määrästä ja halukkuudesta riippuen potilaiden koulutukset on hyvä keskittää tietyille henkilöille, jotka saavat myös pedagogista koulutusta. Myös lääkäreiden kouluttamisesta olisi todennäköisesti hyötyä. (Kappaleet 4.2, 4.3 ja 4.5)
- C. Toteutettujen muutosten jatkuvuuden takaavat toimet tulee suunnitella ja toteuttaa jo muutosprosessin aikana.** Yllä suosituksessa 1 mainitut seikat tulee suunnitella, testata ja varmistaa niiden vakiintuminen osaksi työtä ennen ulkopuolisen tuen ja seurannan loppumista. (Kappale 4.8)

## Lähteet

1. HUSLab 2012
2. Puhakka J (toim.) Antikoagulaatiohoidon käsikirja. Ohjeistu varfariinihoidon toteutuksesta. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Tampere 2011.
3. Puhakka J, Korhonen K, Karjalainen T, Holvitie J. Loppuraportti. Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla –projekti. Helsinki 2014.
4. Metropolian opinnäytetyöt: <https://www.theseus.fi/handle/10024/6>
5. Helin T, Lassila R, Mäki T, Joutsu-Korhonen L. INR-seurannan toteutuminen HUS-alueen perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 20/2012.
6. Rintakallio K, Äijälä, A. Asiakkaiden kokemukset varfariinin potilasohjauksesta. Metropolia Ammattikorkeakoulu, 2013.
7. Tiitinen, J. Varfariinin omahoitoon siirtyneiden potilaiden kokemuksia vastuunotosta ja selviytymisestä. Metropolia Ammattikorkeakoulu, 2012.
8. Pitkänen M-T, Vilenius M. AK -Projekti: Antikoagulaatiohoidon omahoito-koulutuksen saaneiden tiedontarve koulutuksen jälkeen. Metropolia Ammattikorkeakoulu, 2012.
9. Alanko S, Laakso M. Hoitajien kokemuksia antikoagulaatiohoidon malli tehtävänsiirtokoulutuksesta. Metropolia Ammattikorkeakoulu, 2012.
10. Sabri N. Tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle: Antikoagulaatiohoitoa saavan potilaan hoidossa. Metropolia Ammattikorkeakoulu, 2013.



## Liitteet

### Liite 1. Yhteistyötahot, joilta pyydettiin arviointia hankkeesta

Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveysvirasto:

- Avosairaanhoidon kehittämistyöryhmä (avokehry)
- Pegasoksen sisällön kehittämistyöryhmä
- Terveysasemien johtoryhmä (TAS), nykyiseltä nimeltään Terveysasemien ja sisätautien poliklinikan (TERSI) johtoryhmä: terveystasemien johtajalääkäri, johtava ylihoitaja, hallinnollisten alueiden johtavat ylilääkärit ja ylihoitajat; nykyään myös sisätautipoliklinikan ylilääkäri
- Tietohallintoyksikkö
- Sähköisen asioinnin työryhmä
- Tiedotusyksikkö

Muut:

- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS)
- Laboratorio HUSLAB
- Helsingin yliopisto
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Antikoagulaatiohoidon käsikirjaa tekemässä olleet kirjoittajat, asiantuntijat ja AK-verkoston kuuluneet
- Sydämpiiri
- Valuecode (yritys, joka toimittaa omahoitotekstiviestipalvelun ja Forsante-järjestelmän)

## Liite 2. Omahoitopotilaille lähetetty kyselylomake

Potilaille lähetettiin alla oleva kysely yhtenä kaksipuolisena lomakkeena, jonka kirjainkoko oli suurempi kuin tässä mallissa, ja viimeiseen kysymykseen oli enemmän tilaa vastata.

### Kyselylomake: Antikoagulaatiohoidon omahoitoon siirtymisen arviointi

Täyttöohje: Rastikaa ystävällisesti teille sopivimman vaihtoehdon edessä tai alapuolella oleva ruutu.

#### Taustatiedot

Tämän kyselyn on täyttänyt.....  Omahoidossa oleva itse  Omainen/muu henkilö\*  
Ikäni .....  Alle 60v.  61-70v.  71-80v.  81-90v.  Yli 90v.  
Olen käyttänyt Marevania® .....  Alle 6kk  6-12kk  Yli 1v.  
Olen ollut omahoidossa .....  Alle 6kk  6-12kk  Yli 1v.  
\*Täyttäkää ystävällisesti seuraavat tiedot koskien hoitamaanne omaista/potilasta.

#### Kysymykset

1. **Mistä saitte tietoa mahdollisuudesta siirtyä omahoitoon?** (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

Kotiin tulleesta kirjeestä  Ystäviltä, tuttavilta, sukulaisilta  
Terveysasemalta:  Hoitajalta  Lääkäriltä  Toimistosta  Ilmoitustaululta  
 Laboratoriosta  Lehdestä, radiosta  Internetistä  
 Muualta, mistä \_\_\_\_\_  En osaa sanoa

2. **Oliko seuraavilta tahoilta ennen koulutusta saamanne informaatio selkeää?**

Kyllä Ei En osaa sanoa  
a) Kotiin lähetetty informaatiokirje .....  .....  .....   
b) Terveysasemalta saamanne informaatio .....  .....  .....

3. **Kenen aloitteesta hakeuduitte koulutukseen ja siirryitte omahoitoon?**

Omasta aloitteesta (otin itse yhteyttä terveysasemalle)  Omahoitajan aloitteesta  
 Lääkärin aloitteesta  Omaiseni aloitteesta  En osaa sanoa

4. **Mikä motivoi teitä siirtymään omahoitoon?** (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

INR-tuloksen nopea saatavuus  Tarve soittaa terveysasemalle/odottaa soittoa poistuu  
 Halu hoitaa itse sairautta  Epäluottamus terveysaseman henkilökuntaa kohtaan  
 Kuulin hyviä kokemuksia omahoidosta, keneltä\* \_\_\_\_\_  
 Muu, mikä \_\_\_\_\_  En osaa sanoa

\*Esimerkiksi: Omahoitaja, lääkäri, sukulainen, tuttava, luin lehdestä jne.

**5. Miten koitte saamanne koulutuksen sekä AK-ajokorttikokeen?**

- |                                     | Liian helppo             | Sopiva                   | Liian vaikea             | En osaa sanoa            |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Koulutuksen sisältö .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Koulutuksessa tehdyt laskut..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) AK-ajokorttikoe.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |                                                                                                              | Kyllä                    | Ei                       | En osaa sanoa            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d) Olisitteko halunnut saada koulutuksessa teille annetun kirjallisen materiaalin jo ennen koulutusta? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Olisiko koulutus ollut parempi pitää kahdessa osassa? .....                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Saitteko koulutuksessa tarpeeksi tietoa omahoidosta? .....                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Saitteko koulutuksessa vastauksen teillä olleisiin kysymyksiin? .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6. Omahoidon toteutuminen ja tuen saaminen**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Kyllä                    | Ei                       | En osaa sanoa            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Ovatko saamanne omahoitotekstiviestit selkeitä? .....                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Säädättekö itse lääkitystänne jos tekstiviestissä lukee niin? .....                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Onko lääkityksen omasäätely vaikeaa? .....                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Onko teille selvää kehen voitte ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa, tai jos teillä on kysymyksiä? .....                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Saatteko ongelmatilanteissa helposti yhteyden terveysasemalle? .....                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Oletteko saanut tarvitsemaanne tukea? .....                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Onko omahoito aiheuttanut turvattuutta tai epävarmuutta? .....                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Oletteko missään vaiheessa siirtynyt pois omahoidosta? .....                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Jos laboratorio (INR) –arvonne on omasäätelyalueen ulkopuolella, otatteko yleensä itse yhteyttä terveysasemalle, vai soitetaanko terveysasemalta teille?<br><input type="checkbox"/> Otan itse yhteyttä <input type="checkbox"/> Terveysasemalta soitetaan minulle <input type="checkbox"/> En osaa sanoa |                          |                          |                          |

**7. Miten koitte laboratorio (INR) -tuloksen ja Marevan®-lääkkeen annosteluohjeen saamisen ennen omahoitoa ja sen aikana?**

- |                       | Erittäin helppona        | Sopivana                 | Erittäin vaikeana        | En osaa sanoa            |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ennen omahoitoa.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Omahoidon aikana..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**8. Yleisesti ottaen, miten omahoitoon siirtyminen mielestänne toteutettiin?**

- Erittäin huonosti    Huonosti    Ei huonosti eikä hyvin    Hyvin    Erittäin hyvin

**9. Miten omahoitoon siirtyminen olisi voitu tehdä paremmin? Voitte myös kirjoittaa muita kommentteja, ja tarvittaessa jatkaa erilliselle paperille.**

**Palauttakaa ystävällisesti lomake vastauskuoressa. Kiitos osallistumisestanne!**

### Liite 3. Terveysasemien henkilökunta, joilta pyydettiin arviointia hankkeesta

#### Haastatteluihin ja kyselyyn osallistuneiden lukumäärä

1) Haastatteluihin neljällä terveysasemalla (1 asema/hallinnollinen alue) osallistui yhteensä:

- 4 ylilääkärinä
- 3 muuta lääkäriä
- 4 osastonhoitajaa
- 8 muuta hoitajaa (omahoitajaa/terveydenhoitajaa/toimistonhoitajaa)

2) Digiumkyselyt:

- 831 sähköpostikutsua lähetettiin
- 25 lääkäriä ja 77 hoitajaa vastasi kyselyyn

#### Taustatiedot

Digium-kyselyyn vastanneiden hoitajien ja lääkäreiden taustatiedot:

	Lääkärit		Hoitajat	
	Määrä (n)	Prosenttia (%) vastanneista	Määrä (n)	Prosenttia (%) vastanneista
Kokonaismäärä	25		78	
Alue, jossa töissä				
Etelä	8	32 %	21	27 %
Itä	4	16 %	23	29 %
Länsi	5	20 %	14	18 %
Pohjoinen	8	32 %	18	23 %
Ei tietoa	0	0 %	2	3 %
Toiminut lääkärimä/hoitajana				
<1 v.	2	8 %	2	3 %
1-5 v.	1	4 %	19	24 %
6-10 v.	2	8 %	6	8 %
>10 v.	18	72 %	51	65 %
Ei tietoa	2	8 %	0	0 %
Toiminut omahoitajana (vain hoitajat)				
<6 kk			1	1 %
6-12kk			9	12 %
>1v.			63	81 %
En lainkaan			5	6 %
Kokemusta AK-hoidon hoitajavastuusta, omahoidosta tai sähköisestä asioinnista (vain lääkärit)				
<6 kk	2	8 %		
6-12kk	2	8 %		
>1v.	20	80 %		
Ei lainkaan	1	4 %		

## Liite 4. Omahoitopotilaat, joilta pyydettiin arviointia hankkeesta

### Kriteerit, joilla omahoitopotilaat tunnistettiin arviointia varten

Potilaat, jotka täyttivät kaikki seuraavat kriteerit:

- helsinkiläinen
- käynyt INR-testissä vähintään 7 kertaa
- käynyt INR-testissä touko-kesäkuun 2013 aikana
- vastaanottanut vähintään yhden omahoitotekstiviestin

Näiden 1794 potilaan joukosta valittiin satunnaisesti 200 potilasta vastaanottamaan kysely.

### Taustatiedot

	Tunnistetut omahoitopotilaat	Potilaat, joille lähetettiin kysely
Määrä (n)	1794	200
Ikä (vuosia)		
Minimi	21	32
Maksimi	95	91
Keskiarvo	69,6	69,7
Miehiä (%)	63%	63 %

Kyselyyn vastanneiden taustatiedot:

	Määrä (n)	Prosenttia (%) vastanneista
Määrä	150	75 % <sup>1</sup>
Ikä		
<60 v.	18	12 %
61-70 v.	58	39 %
71-80 v.	60	40 %
81-90 v.	12	8 %
>90 v.	1	1 %
Ei tietoa	1	1 %
Käyttänyt Marevania®		
<6 kk	0	0 %
6-12kk	1	1 %
>1v.	147	98 %
Ei tietoa	2	1 %
Ollut omahoidossa		
<6 kk	3	2 %
6-12kk	41	27 %
>1v.	99	66 %
Ei tietoa	7	5 %

<sup>1</sup> Prosenttiosuus potilaista, joille kyselylomake lähetettiin

## Liite 5. Haastateltujen allekirjoittama suostumuslomake

### Suostumus ”Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla” –hankkeen arviointihaastatteluun

”Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla” –hankkeen (AK-hanke) arvioinnin tarkoituksena on selvittää kyseisen hankkeen toteutustapaa. Arvioinnin tuloksia saatetaan käyttää tulevien vastaavien hankkeiden suunnittelussa. Arvioinnissa haastatellaan hankkeeseen osallistuneita potilailta, henkilökuntaa sekä yhteistyötahoja. Arviointiin osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Voin halutessani kieltäytyä haastattelusta ilman seuraamuksia. Ymmärrän, että antamiani tietoja käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla ja tulokset raportoidaan nimettöminä sellaisessa muodossa, että yksittäistä haastateltavaa ei voi tunnistaa. Vain arvioija näkee antamani tiedot alkuperäisessä muodossaan. Tämä tunnistetietoja sisältävä suostumuslomake säilytetään erillään haastattelustani tehdyistä muistiinpanoista, ja tämä lomake tuhoetaan välittömästi arvioinnin analyysin valmistuttua.

Minulle on kerrottu AK-hankkeen arvioinnista ja arviointimenetelmistä ja minulle on annettu mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. Saatuani kaiken tarvitsemani tiedon arvioinnista annan suostumukseni haastatteluni tekemiseen sekä sen käyttämiseen AK–hankkeen arvioinnissa.

Päiväys \_\_\_\_\_

Suostumuksen antajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Nimen selvennys: \_\_\_\_\_ Syntymäaika: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Arvioijan yhteystiedot: [poistettu]

Arvioinnista vastaavan yhteystiedot: [poistettu]

## Liite 6. Omahoitotekstiviestien mallit

INR-testissä käytyään omahoitopotilas saa yleensä saman päivän aikana yhden seuraavista tekstiviesteistä (riippuen potilaan INR-tuloksesta):

1. "INR-arvonne on x.x, jatkakaa lääkitystänne kuten ennenkin. Seuraava kontrollikäyntinne on 4-6 viikon kuluttua."
2. INR-arvonne on x.x, säätäkää itse lääkitystänne ohjetaulukon mukaisesti tai ottakaa yhteyttä terveysasemalle. Seuraava kontrolli on taulukon ohjeen mukaan."
3. "INR-arvonne on x.x, joka on omasäätelyalueen ulkopuolella. Ottakaa yhteyttä terveysasemalle."
4. "Verikokeenne epäonnistui, pyydämme teitä käymään mahdollisimman pian uudestaan laboratorion näytteenotossa."