

ELINA UUSITALO-KOVANEN

Varfariinipotilaan hoitopolku ja sen kehittäminen perusterveydenhuollossa

Koulutus- ja kehittämisspalvelu Aducate
Itä-Suomen yliopisto
Kuopio
2010

Apteekkifarmasian erikoistumisopinnot proviisoreille, PD
Projektityö

ABSTRAKTI

Varfariini on eniten käytetty oraalinen antikoagulantti. Institute for Safe Medication Practices:n (ISMP) laatiman listan mukaan varfariini kuuluu tarkkaavaisuutta vaati- viin lääkeaineisiin, joiden esiintyvyys lääkityspoikkeamissa ei ole välttämättä suuri, mutta jotka ovat poikkeamatapauksissa vaarallisia. Tämän projektityön tavoitteena oli selvittää varfariinipotilaan hoitopolku ja sen kehittämistarpeet perusterveyden- huollossa käyttäen Orimattilaa esimerkkikuntana.

Eri osapuolten näkemykset hoitopolusta kartoitettiin haastattelemalla kaksi lääkäriä Orimattilan terveyskeskuksesta (yksilöhaastattelu), Marevan-hoitajat (ryhmähaastat- telu, n= 6), Orimattilan apteekin farmaseuttisen henkilökunnan edustajat (ryhmä- haastattelu, n= 6) ja kymmenen varfariinia käyttävää potilasta (yksilöhaastattelu).

Haastattelujen perusteella eteisvärinäpotilaat ovat tavallisimpia, joille varfariinihoito aloitetaan perusterveydenhuollossa. Lääkäri vastaa potilaan hoidosta kokonaisu- dessaan. Marevan-hoitajat antavat potilaalle alkuopastuksen, määrittelevät annos- tuksen (1,40 - 4,50 rajana, määrittävät tämän) ja huolehtivat jatkokontrolleista. Toi- mistohenkilökunta soittaa kokeen tulokset, jos ei ole poikkeavuuksia. Apteekin teh- tävänä on neuvonnan täydentäminen, itsehoitolääkkeiden ja luontaistuotteiden sopi- vuuden sekä interaktioiden tarkistaminen.

Haastattelemillani potilailla ei ollut isoja ongelmia varfariinin käytössä. INR-arvon saamiseen haluttuihin rajoihin kului useampi viikko sekä uusilla käyttäjillä että var- fariinia pidempään käyttäneillä. Syitä INR-arvon heilahteluun ei aina tiedetty. Uudet varfariinikäyttäjät olivat saaneet ensimmäisen neuvonnan apteekista. Vastaanottoai- ka Marevan-hoitajalle oli usein muutaman päivän päästä lääkkeen määräämisestä.

Työikäisillä potilailla on valmiutta ottaa itse enemmän vastuuta omasta hoidostaan, mm. mittaamalla kotona INR-arvoja. He osaavat itse säätää annostustaan. He toivo- vat käyttöönsä kotimittarin INR-määrityksiä varten. Vanhemmat ihmiset kokevat pääsevänsä liian harvoin lääkäriin. Potilaat saavat mielestänsä ystävällistä palvelua, mutta kaipaavat tietoa ja keskustelua hoidostaan. Kysyttäessä, mitä tiedät varfariinis- ta, useimmat vastasivat vain, että se on rotanmyrkkyä.

Hallitusohjelmassa on sitouduttu perusterveydenhuollon vahvistamiseen ja toimi- vuuden parantamiseen (Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma). Perustervey- denhuollon kehittämisen toimintasuunnitelma keskittyy perusterveydenhuollon oh- jaukseen ja rakenteiden kehittämiseen, potilaiden/asiakkaiden hoitoon pääsyyn, ter- veydenhuoltohenkilöstön saatavuuteen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaan- hoidon väliseen työnjakoon sekä seurantaan ja valvontaan.

AVAINSANAT: varfariini, hoitopolku, Marevan-hoitaja, potilas, kehittämistarpeet, Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma

SUMMARY

Warfarin is the most used oral anticoagulant. It is listed by the Institute for Safe Medication Practices (ISMP) as a high-alert medication. It means that warfarin's appearance in medication errors is not necessarily common, but when the medication errors happen, they might be dangerous for patients. The aim of this project was to determine warfarin patient's treatment bath and its developing needs in the primary health care by using Orimattila as a case community.

The treatment bath was explored by interviewing two doctors in the Orimattila healthcare center (personal interviews); all nurses involved in monitoring warfarin treatment (focus group discussion, n=6); representatives of Orimattila Community Pharmacy's pharmaceutical staff (focus group discussion, n=6) and ten patients who were using warfarin (personal interviews).

According to the interviews, warfarin treatment is most commonly initiated in the primary health care for patients having atrial fibrillation. Physicians are responsible for the treatment. Nurses trained to monitor warfarin patients educate them when the treatment starts. They monitor INR, set warfarin dosage when INR is between 1.4-4.5, and take care of the follow ups. The clerical staff of the health center keep patients informed about their situation if no problems exist. Community pharmacist's task is to complement information received from the health center, assure that use of OTC-medicines and herbal medicinal products is safe in self-medication and to check potential interactions.

The patients interviewed for this study (n=10) did not experience big problems in their warfarin use. Both new users and long-term users needed to use warfarin for several weeks before reaching the desired therapeutic level as indicated by the INR value. Patients did not always know reasons for fluctuating values. For new warfarin users community pharmacist was the first professional to tell about the treatment because it takes some days before they can get an appointment to the nurse.

Patients still in working life indicated their willingness to take more responsibility of their warfarin treatment, for example, by measuring the INR at home and adjusting dosage accordingly. The older people perceived that they too seldom saw their doctor. Patients perceived the service friendly, but they wanted more information and discussion on their care. When patients were asked what they knew about warfarin they most often responded that it is poison for rats.

Finnish Government is committed to strengthen primary health care and improve its coordination. A special action plan is set for reaching the goals (so called Toimiva terveystakeskus Action Plan).

KEYWORDS: warfarin, treatment bath, nurse involved in monitoring warfarin treatment, developing needs, Toimiva Terveystakeskus Action Plan

Esipuhe

Aloitin oman oppimispolun helmikuussa 2008 apteekkifarmasian erikoistumisopin-
tojen (PD) merkeissä. Polku on ollut mielenkiintoinen ja haasteita antava. Projektityö-
tä tehdessäni haastattelin mm. varfariinia käyttäviä potilaita. Heiltä sain tietoa, jota
kirjoista en välttämättä olisi löytänyt. On erinomainen asia, kun sairaan- ja tervey-
denhoitajien koulutuksessa on aloitettu käyttämään potilaita kertomassa sairauksis-
taan. Nämä ns. kokemusasiantuntijat antavat opetukselle uuden näkökannan.

Tämän projektityön ohjaajana on toiminut Helsingin yliopiston sosiaalifarmasian
laitoksen professori Marja Airaksinen. Lämpimät kiitokset Marjalle mielenkiintoises-
ta aiheesta, saamastani ohjauksesta sekä positiivisesta kannustuksesta. Kiitän myös
Itä-Suomen yliopiston täydennyskoulutus- ja kehittämiskeskus Aducaten koulutus-
suunnittelija Lea Tuomaista saamastani ohjauksesta kirjoittamisvaiheessa. On ollut
hienoa tehdä osaavien ammattilaisten kanssa yhteistyötä.

Hartolan apteekin proviisorille, kurssitoverini Minna Itkoselle kiitos opponoinnista
ja tarvittaessa nopeasti annetuista kommentteista projektityön eri vaiheissa.

Kiitän kaikkia haastatteluun osallistuneita: Orimattilan apteekin farmaseuttinen hen-
kilökunta, Orimattilan terveyskeskuksen lääkärit ja Marevan-hoitajat sekä varfariinia
käyttäneet potilaat. Te mahdollistitte tämän työn toteutumisen.

Suomalainen terveydenhuolto on haasteiden edessä ihmisten eliniän pidentymisen
johdosta. Tällä vuosituhanella syntyvistä pienokaisista lähes puolet elää satavuoti-
aiksi. Työuransa alkupuolella olevista 35-vuotiaista ja tätä nuoremmista naisista joka
viides ja miehistä joka kymmenes saavuttaa sadan vuoden iän. Eläkeläisten joukko
kasvaa valtavaksi samalla kun työssä käyvien suhteellinen osuus vähenee. Terveys-
denhuollon on löydettävä uusia väyliä ihmisten terveyden- ja sairaanhoitoon pysty-
äkseen tarjoamaan kattavat terveyden- ja sairaanhoidon palvelut. Hoitopolun selvit-
tämällä ja muilla moniammatillisen yhteistyön tavoilla mahdollistetaan asiakkaiden
parempi palvelu ja optimaalisempi resurssien käyttö terveydenhuollon eri sektoreil-
la. Jokaisella meistä on myös vastuu omista elämäntavoistamme.

Hollolassa kesäkuussa 2010

Elina Uusitalo-Kovanen

Sisällysluettelo

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO..... | 11 |
| 2 SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN KEHITTÄMISOHJELMAT | 12 |
| 2.1 Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma | 12 |
| 2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (Kaste)..... | 15 |
| 2.3 Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras)..... | 16 |
| 2.3.1 Uudistuksen eteneminen ja vaikutukset..... | 16 |
| 3 FARMASIAN AMMATTILAINEN OSANA PERUSTERVEYDENHUOLTOA..... | 18 |
| 4 VARFARIINIPOTILAAN HOITOPOLKU JA SEN KEHITTÄMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA | 19 |
| 4.1 Projektityön tavoitteet..... | 19 |
| 4.2 Projektityön tausta | 19 |
| 4.2.1 Tutkimuspaikkakunta | 19 |
| 4.2.2 Varfariini..... | 20 |
| 4.2.3 Hoitopolku | 21 |
| 4.3 Projektityön aineisto ja menetelmät..... | 23 |
| 5 HAASTATTELUJEN TULOKSET | 24 |
| 5.1 Lääkärit, hoitajat ja apteekki | 24 |
| 5.1.1 Varfariinipotilaan hoitopolku perusterveydenhuollossa..... | 24 |
| 5.1.2 Varfariinipotilaan hoitoon osallistuvien työnjako | 28 |
| 5.1.3 Potilaan rooli varfariinihoidossa | 29 |
| 5.1.4 Ongelmat terveydenhuollon näkökulmasta..... | 29 |
| 5.1.5 Varfariinipotilaan hoidon ja hoidon seurannan kehittäminen | 31 |
| 5.2 Potilaat..... | 32 |
| 5.2.1 Tausta..... | 32 |
| 5.2.2 Tiedontaso lääkkeestä..... | 33 |
| 5.2.3 Neuvonta | 34 |
| 5.2.4 Varfariinihoidon hyvät ja huonot puolet..... | 35 |
| 5.2.5 Ongelmat potilaan näkökulmasta | 35 |
| 5.2.6 Varfariinipotilaan hoidon ja hoidon seurannan kehittäminen | 38 |
| 6 POHDINTA..... | 40 |
| 6.1 Varfariinipotilaan hoitopolku | 41 |
| 6.2 Varfariinihoito potilaan näkökulmasta | 43 |
| 6.3 Hoitopolun kehittäminen | 45 |
| 6.3.1 Ruokavalio-ohjaus | 45 |
| 6.3.2 INR-seuranta ja kotimittarit | 46 |
| 6.3.3 Tukea ja ohjausta..... | 47 |

| | |
|--|----|
| 6.4 Farmaseutin rooli varfariinipotilaan hoidossa ulkomailla | 48 |
| 6.5 Projektityön onnistuminen | 50 |
| 7 JOHTOPÄÄTÖKSET | 52 |

| | |
|---------------------|----|
| LÄHDELUETTELO | 53 |
|---------------------|----|

LIITTEET

LIITE 1 Haastattelukysymykset/Orimattilan apteekin farmaseuttinen henkilökunta

LIITE 2 Haastattelukysymykset/Orimattilan terveyskeskuksen lääkäri

LIITE 3 Haastattelukysymykset/Orimattilan terveyskeskuksen Marevan-hoitajat

LIITE 4 Haastattelukysymykset/varfariinia käyttävä potilas

LIITE 5 Suostumus haastatteluun

LIITE 6 Orimattilan terveysaseman potilasohje Marevan-hoitoa saavalle potilaalle

1 JOHDANTO

Suomalaisen terveydenhuollon kehittäminen edellyttää rakenteellisia muutoksia (Suomen kuntaliitto 2008 b). Terveydenhuolto tarvitsee myös lisäresursseja, mutta nämä resurssit on pystyttävä kohdentamaan ja käyttämään nykyistä tarkoituksenmukaisemmin. Väestön ikääntyessä terveydenhuollon on hoidettava aiempaa suurempaa määrää ihmisiä. Ikääntyvien lääkehoitojen rationalisoimiseksi on sosiaali- ja terveysministeriö esittänyt moniammatillisen yhteistyön lisäämistä terveydenhuollon ammattilaisten välillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007 b). Suomessa on käytössä erilaisia paikallisia moniammatillista yhteistyötä hyödyntäviä toimintamalleja (Eldsbacka 2008). Kansainvälisessä kirjallisuudessa esiintyvät laajamittaiset yhteistyömallit, joissa rikotaan sovitusti ammattiryhmien välisiä roolirajoja, puuttuvat Suomesta lähes kokonaan. Erityisesti ikääntyvien ja pitkäaikaissairaiden hoidon seurannassa olisi tarvetta laajemmalle yhteistyölle.

Hallitusohjelmassa on sitouduttu perusterveydenhuollon vahvistamiseen ja toimivuuden parantamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Perusterveydenhuollon kehittämisen toimintasuunnitelma keskittyy perusterveydenhuollon ohjaukseen ja rakenteiden kehittämiseen, potilaiden/asiakkaiden hoitoon pääsyyn, terveydenhuoltohenkilöstön saatavuuteen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseen työnjakoon (yhteistyöhön) sekä seurantaan ja valvontaan (laatu ja potilasturvallisuus). Asiakas- ja potilasnäkökulma on ollut lähtökohtana toimintasuunnitelmaa laadittaessa. Perusterveydenhuollon kehittämistä tehdään vuonna 2008 käynnistyneiden kuntarakenteita uudistavien Paras -hankkeen ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste) linjausten mukaisesti. Työtä raamittavat myös valmisteilla olevat terveydenhuoltolaki sekä sosiaali- ja terveysalan hallintolaki.

Tämän apteekkifarmasian erikoistumisopintoihin liittyvän projektityön tavoitteena oli selvittää varfariinipotilaan hoitopolku ja sen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa käyttäen Orimattilaa esimerkkikuntana. Suomessa oraalista antikoagulaatiohoitoa tarvitsevien potilaiden määrä kasvaa 10 %:n vuosivauhdilla ja varfariinireseptin saa vuosittain lähes 120 000 potilasta (Joutsu-Korhonen ym. 2008). Varfariinin kliinistä käyttöä hankaloittavat verenvuotoriski, kapea hoitoalue, lukuisat yhteisvaikutukset ja huomattava vaihtelu annostarpeessa (Backman ym. 2007). Varfariinihoito vaatii onnistuakseen potilaalta sitoutumista, mutta myös terveydenhuoltohenkilökunnan osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Hoitopolun selvittämislä voidaan asiakkaita paremmin ohjata ja neuvoa niin apteekissa kuin terveyskeskuksessakin.

2 SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN KEHITTÄMISOHJELMAT

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma on yksi nykyisen hallituksen kolmesta politiikkaohjelmasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 b). Sillä pyritään varmistamaan, että terveysnäkökohdat otetaan huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa, elinkeinoelämässä, työpaikoilla ja järjestöissä. Parempi kansanterveys vaikuttaa myönteisesti työllisyysasteeseen, työvoiman riittävyyteen, elatussuhteeseen ja terveysmenojen kustannusten hallintaan. Terveyden edellytyksiin vaikutetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi yhdyskuntasuunnittelulla, liikunta- ja kulttuuripalveluilla, kouluympäristössä ja työpaikoilla. Lisäksi terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa mainitaan, että vastuu terveyden edistämisestä kuuluu myös kansalaisille – jokainen voi itse vaikuttaa omaan terveyteensä ja hyvinvointiinsa jo pienilläkin elintapojen muutoksilla.

2.1 Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma

Toimiva terveyskeskus -ohjelman tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa kehittämällä terveyskeskusten käytäntöjä, hallintoa ja johtamista sekä terveydenhuollon koulutusta ja tutkimusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 c). Ohjelmassa paneudutaan erityisesti terveydenhuoltohenkilöstön saatavuuteen ja riittävyyteen, sillä ne ovat terveyskeskusten toimivuuden avaintekijöitä. Ohjelman painopisteinä ovat pitkäaikaissairaudet, asiakkaan asema ja terveyskeskus hyvänä työpaikkana (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009).

Terveydenhuollon järjestämisvastuu on kunnilla, ja riittävät palvelut järjestetään väestön ja potilaiden tarpeiden perusteella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Kunta määrittää palveluverkon, suunnittelee tuotantotavat, valvoo toiminnan laatua sekä seuraa väestön sosiaali- ja terveyspalvelutarvetta. Palvelut järjestetään asiakas huomioiden vaikuttavasti ja tarvelähtöisesti.

Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma rakentuu neljästä eri osa-alueesta: 1) käytännöt terveyskeskuksissa (palvelutuotanto), 2) hallinto ja johtaminen, 3) koulutus ja 4) tutkimus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Ohjelman sisältämät uudistukset otetaan terveyskeskuksissa vaiheittain käyttöön vuosina 2009 - 2011. Toimiva terveyskeskus -suunnitelman tavoitteena on terveyskeskusten asiakaspalvelun tehostaminen.

1) *Käytännöt terveyskeskuksissa (palvelutuotannon)* osa-alueen tavoitteena on laadukkaiden ja tarpeenmukaisten palvelujen hyvä saatavuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Tähän liittyy potilaan hoitoon pääsyn helpottaminen sekä asiakaskeskeisyyden parantaminen: asiakas on "keskiössä". Tavoitteisiin on määritelty terveyskeskustoiminnan perusta: terveyden edistäminen ja ehkäisevä toiminta.

Hoitoon pääsyä helpotetaan muun muassa uudistamalla terveyskeskusten työn- ja vastuunjako koulutukseen perustuvan osaamisen mukaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden panos pyritään hyödyntämään täysimääräisesti. Työnjako toteutetaan siten, että potilaan/asiakkaan palvelujen saanti paranee. Esimerkiksi akuuttipotilaiden hoitoa tai kroonisten sairauksien seuranta varten lisätään hoitajien ja fysioterapeuttien vastaanottoja. Ne sopivat akuuttipotilaiden hoitoon, kroonisten sairauksien kontrollikäynteihin, kuntoutuksen tai toimintakyvyn arviointiin sekä mielenterveys- ja päihdepotilaiden ja nuorten "matalan kynnyksen" vastaanotoiksi.

Omalääkäripalvelut taataan niitä tarvitseville (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Lääkäri- ja hammaslääkäriyömallia kehitetään entistä asiakaslähtoisemmäksi. Myös omahoitajina toimivia sairaanhoitajia ja lähihoitajia ehdotetaan niille potilaille, jotka eniten hyötyvät siitä tai haluavat nimetyn hoitajan.

Suunnitteilla on ollut kuntayhtymiin pikavastaanottoja, joihin pääsisi ilman ajanvarausta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Tämän uskotaan tehostavan akuutti- ja päivystyspotilaiden hoitoa. Iltapäivystykset tulisi järjestää kuntien yhteisenä toimintona. Ehkäisevää terveydenhuoltoa sosiaali- ja terveysministeriö tehostaisi neuvoloiden lisäksi terveyskeskusten vastaanotoilla. Esimerkiksi neuvoloiden ja kotisairaanhoidon kotikäyntejä tulisi lisätä. Ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistämään rakennetaan sosiaali- ja terveydenhuollon neuvonta- ja palveluverkko.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä tiivistetään niin, että erikoislääkärin palveluja olisi tarjolla myös terveyskeskuksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Potilaan ei enää tarvitsisi käydä terveyskeskuksessa hakemassa lähetettä erikoislääkärille, vaan erikoislääkärin konsultaatiota olisi tarjolla myös terveyskeskuksissa.

Tietotekniikkaa hyödynnettäisiin puhelin- ja videokonsultaatioissa sekä internetpalveluissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Kehittämisen myötä potilas voisi tarkastaa järjestelmästä lääkkeensä ja terveystietonsa. Potilas voi ylläpitää itseään koskevia tietoja, jolloin voidaan puhua ns. "omakäyttösairauksettomuksesta". Koulu- ja neuvolaterveydenhuollossa kehitetään "tietotekninen lääkärikonsultaatio", mikä

mahdollistaisi lääkäriresurssin kohdentumisen tehokkaammin ja vaikuttavammin. Mahdollisena ratkaisuna on myös lääkärin/hoitajan puhelinvastaanottotoiminnan laajentaminen videovastaanottotoiminnaksi.

Toimenpideohjelman tavoitteena on myös lääkehoidon kehittäminen erityisesti monilääkityillä potilailla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Lääkealan osaajat halutaan tiiviimmin mukaan kotihoidossa olevien potilaiden lääkehoidon järjestämiseen. Tähän liittyy koneellisen annosjakelun ja erityispatenttien suorittaneiden farmasian asiantuntijoiden parempi hyödyntäminen tuettaessa potilaan kotona tapahtuvaa hoitoa. Tehtävinä olisi siten osallistua lääkehoidon toteutuksen arviointiin, kansansairauksien ehkäisyyn ja hoidon ohjaamiseen.

2) *Hallinnon ja johtamisen* tavoitteeksi on määritelty osaavan työvoiman hyvä saataavuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Johtamisen korkeatasoisuuden turvaaminen terveyskeskuksissa sekä palveluiden tilaajien (järjestämisvastuussa olevien) riittävä tietotaito on tärkeää. Terveysnäkökohdat otetaan huomioon kunnan/jäsenkuntien päätöksenteossa ja kunnan muilla hallinnonaloilla.

Perusterveydenhuollon yksiköiden verkottumisella helpotetaan muun muassa uusien toimintamallien luomista ja jakamista sekä palvelujen tarjonnan koordinoitua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Tällä sovitettaisiin yhteen palvelujen tarjontaa, kuten päivystystoimintaa ja päivällä toimivia akuuttivastaanottoja sekä tehostettaisiin rekrytointia. Verkottuminen vahvistaa myös hyviä johtamiskäytäntöjä. Verkosto luo lisäpanoksen alueen ennaltaehkäisevään työhön.

Terveystieteiden tutkimuskeskustuksen mukaan palvelut suunnitellaan ja järjestetään väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seurantatiedon perusteella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Tavoitteena on terveysnäkökohtien huomioon ottaminen kuntasuunnittelussa, kuntien strategiatyössä ja päätöksenteossa. Tämä on tärkeää erityisesti silloin, kun sosiaali- ja terveyspalveluja ei ole järjestetty kunnassa, vaan yhteistoiminta-alueilla. Lisäksi aluetasolla kehitetään ja lisätään terveyskeskusvuodeosastojen akuutti- ja kuntouttavaa toimintaa pitkäaikaisen laitoshoidon tilalle.

3) *Koulutuksen* tavoitteena on opetus- ja kehittämisterveyskeskustoiminnan levittäminen ja kehittäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Työelämän ja koulutuksen parempi kohtaaminen tehostaa alueellisella tasolla monisektorista toimintaa. Suunnitteilla oleva Euro-lääkärikoulutuksen uudistus kasvattaa terveyskeskusten vetovoimaa työpaikkana (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 2008). Euro-lääkärit työskentelisivät vastedes kuntien sijasta suoraan perusterveydenhuollon yksiköiden palveluksessa kokeneiden lääkäreiden ohjauksessa. Käytännössä uudistus tarkoittaa sitä, että jokaiseen Suomen sairaanhoitopiiriin tulee opetusterveyskeskus. Nyt sellainen on esimerkiksi Turussa ja Porissa.

4) *Tutkimuspuolella* tavoitteena on vahvistaa tutkimusta perusterveydenhuollossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d). Terveystieteiden tutkimusta, mukaan lukien vaikuttavuustutkimusta, hyödynnetään palvelujen järjestämisessä. Kunnilla/kuntayhtymillä olisi yliopiston/ammattikorkeakoulun kanssa yhteisvirkoja, jolloin osa työajasta olisi tutkimusta ja osa kliinistä työtä.

2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (Kaste)

Kaste on strateginen ohjausväline suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden johtamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008 b). Sen päätavoitteena on lisätä osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, lisätä terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta ja kaventaa alueellisia eroja. Tavoitteisiin pyritään ehkäisemällä ongelmia ennalta ja puuttamalla niihin mahdollisimman varhain, varmistamalla alan henkilöstön osaaminen ja riittävyys sekä luomalla sosiaali- ja terveydenhuollon ehyet palvelukokonaisuudet ja hyvät toimintamallit. Kaste-ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveyshuollon yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2008 - 2011.

Kaste-ohjelma sisältää 39 toimenpidettä, joita valtio, kunnat, kuntayhtymät ja järjestöt toteuttavat (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008 b). Tavoitteiden toteutumista seurataan 19 indikaattorin avulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 a). Seurantaindikaattorit on ryhmitelty seuraavasti: a) kuntalaisten osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen väheneminen (viisi indikaattoria), b) hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen sekä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen (kuusi indikaattoria), c) lisäksi palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantuminen sekä alueellisten erojen kapeneminen (kahdeksan indikaattoria). Indikaattoreina ovat muun muassa seuraavat: alkoholijuomien kokonaiskulutus vähenee vuoden 2003 tasolle, ylipainoisten osuus työkäisistä palautuu vuosien 1998-2001 tasolle, asiakaspalautteissa havaittu tyytyväisyys palveluihin paranee, terveydenhuollon hoitoon pääsyn aikarajat toteutuvat, pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevia yli 75-vuotiaita on enintään 3 prosenttia, perusterveydenhuollon lääkäri- ja hammaslääkärivaje vähenee ja alueelliset erot erikoissairaanhoidon vaikuttavuudessa vähenevät.

Ohjelman tavoitteet pyritään saavuttamaan ennalta ehkäisten ja varhain puuttuen, henkilöstön riittävyyden varmistuksen ja osaamista vahvistuksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008 a). Myös sosiaali- ja terveydenhuollon eheällä kokonaisuudella ja vaikuttavilla toimintamalleilla pyritään saavuttamaan Kaste-ohjelman tavoitteet. Tarkoitus on, että kunnat suuntaavat kehittämistoimintaansa siten, että muutos näissä tavoitteissa olisi havaittavissa ja mitattavissa.

2.3 Kunta- ja palvelurakenneuudistus (Paras)

Kunta- ja palvelurakenteen uudistuksen tavoitteena on turvata väestön tarpeita vastaavat, laadukkaat ja saatavilla olevat peruspalvelut taloudellisesti kestäväällä tavalla lähivuosikymmeniksi (Suomen kuntaliitto 2008 a). Sosiaali- ja terveydenhuolto on kuntien laajin toimiala. Kuntien lähtötilanne sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisessa on hyvin erilainen. Tämä johtuu mm. maantieteellisestä sijainnista, asukasmäärästä, aikaisemmista hallinnollisista ratkaisuista ja saatavilla olevista palvelutuotannon vaihtoehdoista. Väestön ikääntyminen kasvattaa lähitulevaisuudessa huomattavasti sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007 a). Tämän johdosta myös palvelujen järjestämisestä aiheutuvat kustannukset kasvavat.

Kunta- ja palvelurakenteen uudistuminen vaatii toimivaa ja eheää kuntarakennetta, palvelurakenteiden vahvistamista ja palveluiden järjestämistä nykyistä laajemmalla väestöpohjalla, kuntien välistä yhteistyötä ja uusia toimintatapoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007 a). Vastuu uudistuksesta on kunnilla.

Terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen, sosiaalisten ongelmien ehkäisy sekä kuntalaisten osallisuuden vahvistaminen ovat tärkeimpiä näkökulmia, kun pyritään väestön yleisen hyvinvoinnin parantamiseen sekä samalla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen ja kustannusten kasvun hallintaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007 a). Palvelujärjestelmän muutos vaikuttaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työhön. Laajemmalla väestöpohjalla toimiminen tarjoaa alan henkilöstölle mahdollisuuden ammatilliseen kehittymiseen, parempaan työnjakoon ja verkostoitumiseen.

2.3.1 Uudistuksen eteneminen ja vaikutukset

Kunta- ja palvelurakenneuudistus perustuu niin sanottuun Paras-puitelakiin, joka tuli voimaan helmikuussa 2007 (Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007). Vuonna 2009 tuli voimaan 32 kuntaliitosta, joissa oli mukana 99 kuntaa (Valtioneuvosto 2009). Kuntien määrä väheni 67:llä. Myös tulevina vuosina toteutuu yhdistymisiä. Toteutuvien liitosten jälkeenkin kuntarakenteemme on haasteellinen palveluiden järjestämisen ja rahoituksen kannalta. Sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen että ammatillisen koulutuksen järjestämisen väestöpohjat ovat merkittävästi kasvamassa uudistuksen myötä ja kuntien välinen yhteistyö lisääntymässä. 260 kuntaa on perustanut tai suunnittelee perustavansa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen, joka täyttää puitelain 20 000 asukkaan väestöpohjan edellytyksen. Yhteistoiminta-alueiden muodostamisen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tullaan järjestämään entistä suuremmissa kokonaisuuksissa. Tämän seurauksena perusterveydenhuollosta ja sosiaalitoimesta vastaavien organisaatioiden määrä lähes puolittuu.

Noin 60 alle 20 000 asukkaan kunnista ei ole vielä tehnyt päätöksiä väestöpohjan saavuttamiseksi eivätkä kaikki kunnat ole siten tehneet puitelain täyttävää ratkaisua (Valtioneuvosto 2009). Tästä huolimatta ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen väestöpohjat merkittävästi kasvamassa ja kuntien välinen yhteistyö lisääntymässä suunnitelmien toteutuessa. Rakenteiden osalta on joillakin alueilla tarvetta nostaa vielä tavoitetasoa. Sosiaali- ja terveystoimi ei muodosta näillä yhteistointialueilla riittävän yhtenäistä kokonaisuutta.

Kaupunkiseuduilla on kaupunkiseutusunnitelmien laatimisen jälkeen edetty seuduittain vaihtelevasti suunnitelmien toimeenpanoon (Valtioneuvosto 2009). Suunnitelmien laatimisvelvoite on saanut seudut arvioimaan tilanteitaan ja tavoitteitaan uudelleen ja seuduilla on käynnistynyt myös uusia yhteistyöprosesseja, mutta palveluja ei aina järjestetä seuduilla taloudellisesti ja tehokkaasti. Kaupunkiseutujen yhteistyön kehittäminen vaatii jatkossa enemmän tukea ja informaatio-ohjausta.

Uudistuksen aikana on toteutettu lisäksi puitelain mukaista erityisen vaikeassa taloudellisessa asemassa olevien kuntien arviointimenettelyä, jonka toimivuus on alustavien arvioiden mukaan ollut hyvä (Valtioneuvosto 2009). Uudistuksen myötä peruspalveluohjelmamenettely on puitelain mukaisesti vakinaistettu. Valtionosuusuu- distuksesta on annettu hallituksen esitys lokakuussa 2009. Valtion ja kuntien tehtävänkatoon on tehty puitelaisissa edellytetyt tarkistukset vuoden 2009 alusta lukien. Valtio ja kunnat ovat lisäksi kehittäneet yhteispalvelumallia ja laatineet yhteisiä standardeja tietojärjestelmien yhteensopivuuden varmistamiseksi. Lisäksi ne ovat edistäneet yhdessä uusien tietohallinnon järjestelmien ja toteuttamistapojen sekä sähköisten palvelujen käyttöönottoa puitelain mukaisesti.

Uudistuksessa on keskitytty toistaiseksi pääasiassa hallinnollisten rakenteiden kehittämiseen uudistuksen toimeenpanon mahdollistamiseksi (Valtioneuvosto 2009). Palvelujen kehittäminen on jäänyt vähemmälle huomiolle. Jatkossa keskeistä uudistuksessa on kunnissa toteutettava palvelujen kehittäminen ja tuottavuuden lisääminen. Tämä on välttämätön edellytys sille, että puitelain tavoitteet palvelujen turvaamiseksi kaikkialla Suomessa toteutuvat. Selonteossa tullaan tekemään toimenpide- ehdotuksia, joiden mukaisesti Paras-uudistuksen painopiste siirtyy hallinnollisten rakenteiden uudistamisen lisäksi palveluiden kehittämiseen.

Uudistuksen painopisteen suuntaaminen jatkossa palveluiden kehittämiseen ja tuottavuuden lisäämiseen edellyttää toimenpiteitä erityisesti suurten kaupunkien ja kaupunkiseutujen osalta (Valtioneuvosto 2009). Selonteossa tullaan ottamaan kantaa mm. siihen, asetetaanko kaupunkiseutujen kunnille selkeämpiä velvoitteita maan- käytön, asumisen, liikenteen ja kuntarajat ylittävien palvelujen käytön osalta.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tavoitteena on, että organisointi perustuu laajaan väestöpohjaan (Valtioneuvosto 2009). Kaikkien kuntien tulisi kuulua laajan väestöpohjan kuntayhtymiin, käytännössä sairaanhoitopiireihin. Kunta- tai kuntayhtymäperusteiset organisaatiot vastaisivat palveluista hyödyntäen yksityistä ja kolmatta sektoria. Hoito- ja palveluyksiköt tarjoaisivat palveluja kunnissa mahdollisimman lähellä asiakasta.

3 FARMASIAN AMMATTILAINEN OSANA PERUSTERVEYDENHUOLTOA

Lääkeinformaation lisääntymisen sekä teknologian ja hoitojen monimutkaistumisen myötä lääkäreiden työ määrä on lisääntynyt räjähdysmäisesti (Eldsbacka 2008). Lääkäreiden ja farmaseuttisen henkilöstön välinen moniammatillinen yhteistyö lääkkeiden määräämisessä ja lääkehoidon seurannassa on keino parantaa lääkehoitojen vaikeavuutta ja laatua. Potilaan hoitopolun selvittäminen on yksi tapa käynnistää yhteistyö paikallisen terveydenhuollon kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissuunnitelmiin kuuluvan Kaste-ohjelman päätavoitteisiin sisältyy mm. kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen sekä palveluiden laadun ja saatavuuden parantaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008 b). Hoitopolun selvittämisellä ja muilla moniammatillisen yhteistyön keinoilla tuetaan Kaste-ohjelman tavoitteita ja mahdollistetaan asiakkaiden parempi palvelu ja optimaalisempi resurssien käyttö terveydenhuollon eri sektoreilla.

Apteekkien farmaseuttisella henkilökunnalla on valmiudet osallistua avohoitopotilaiden lääkehoidon toteutukseen ja seurantaan. He pystyvät ratkaisemaan lääkehoitoihin liittyviä ongelmia ja he ovat asiakkaiden mielestä luotettavia terveydenhuollon toimijoita (Weinberger ym. 2002). Farmasian ammattilaiset ovat niitä terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joita lääkkeitä käyttävät asiakkaat tapaavat useimmin. Siten apteekin henkilökunta voi vaikuttaa lääkehoidon onnistumiseen, hoitotulokseen ja hoitoon sitoutumiseen sekä lääkehoidon sopivuuden varmistamiseen (mm. haitta- ja yhteisvaikutukset). Näiden kautta on mahdollista vaikuttaa lääkitysturvalisuuden lisäksi myös terveydenhuollon kustannuksiin.

4 VARFARIINIPOTILAAN HOITOPOLKU JA SEN KEHITTÄMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

4.1 Projektityön tavoitteet

Tämän apteekkifarmasian erikoistumisopintoihin liittyvän projektityön tavoitteena oli selvittää varfariinipotilaan hoitopolku ja sen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa käyttäen esimerkkikuntana Orimattilaa. Haastattelujen kautta saadaan työkaluja varfariinipotilaan kohtaamiseen ja seurantaan apteekissa ja terveyskeskuksessa. Tavoitteena on luoda haastattelujen pohjalta kehittämissuunnitelma, jonka avulla minimoidaan varfariiniin liittyviä riskitekijöitä ja parannetaan lääkitysturvallisuutta.

4.2 Projektityön tausta

4.2.1 Tutkimuspaikkakunta

Projektityö tehtiin Orimattilassa, joka sijaitsee Päijät-Hämeen maakunnassa Etelä-Suomen läänissä. Aukkaita Orimattilassa on 14 810 (31.12.2008), joista yli 65-vuotiaita on 17,6 % (Orimattilan kaupunki 2009, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2009).

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä tuottaa Orimattilan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut sekä erikoissairaanhoidon palvelut. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä on aikaisempi Päijät-Hämeen sairaalapiiri, johon liitettiin 1.1.2007 alkaen myös sosiaalipalvelut, jolloin siitä tuli Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän täydellinen virallinen nimi on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Orimattilan naapurikunnat Myrskylä, Artjärvi ja Pukkila kuuluvat myös kuntiin, jotka käyttävät yhtymän palveluja. Myrskylä, Artjärvi ja Pukkila käyttävät Orimattilan terveyskeskuksen palveluita päivystystä iltaisin ja viikonloppuisin sekä kesällä päiväsaikaan heidän oman terveyskeskuksensa ollessa kiinni. Sosiaali- ja terveysyhtymä antaa erikoissairaanhoidon palveluja 15 jäsenkunnalle ja sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluja 8 kunnalle. Orimattilan terveyskeskuspalvelut tuottaa Attendo MedOne Oy.

Orimattilan terveyskeskuksessa työskentelee kymmenen lääkäriä ja kahdeksan Marivan-hoitajaa. Laboratoriossa näytteenotossa työskentelee viisi laboratoriohoitajaa. Orimattilassa on yksi apteekki ja terveyskeskuksessa lääkekeskus.

Orimattilan seudun terveyskeskuksen lääkäreiden ja sairaanhoitajien ajanvaraus hoidetaan keskitetysti Päijät-Neuvossa, Lahdessa. Päijät-Neuvo on terveyden- ja sairaanhoidon puhelinneuvontayhteyskeskus. Puhelimeen vastaavat sairaan- ja terveydenhoitajat. Päijät-Neuvo antaa neuvoja terveyttä ja sairautta koskevissa asioissa sekä ohjaa ja neuvoo äkillisissä sairaustapauksissa. Siellä selvitetään yhdessä asiakkaan kanssa hoidon tarve ja kiireellisyys sekä ohjataan tarvittaessa oikeaan hoitopaikkaan. Päijät-Neuvosta saa yleisiä hoito-ohjeita ja tietoa kotikunnan sosiaali- ja terveystalveluista. Päijät-Neuvonnan kautta on mahdollista päästä oman terveysaseman terveyskeskusavustajalle. Hän antaa yleistä palveluneuvontaa, hoitaa kontrollitarkastusten ajanvaraukset, jatkohoitoasiat, lääkereseptiasiat, puhelinaikojen ajanvaraukset ja ajanvaraukset esimerkiksi muisti-, diabetes-, reuma- ja astmahoitajille. Päijät-Neuvo aloitti toimintansa syksyllä 2007. Sitä ennen ajanvaraus ja opastus tapahtuivat ainoastaan Orimattilan terveyskeskuksen kautta.

4.2.2 Varfariini

"Varfariinia käyttävällä asiakkaalla INR-arvot ovat mittausten perusteella halutuissa rajoissa. Jonkun ajan kuluttua asiakas tulee uudestaan mittauksiin. Tulosten perusteella annosta on nostettava. Seuraavalla kerralla lääkäri on ihmeissään, koska varfariiniannosta on edelleen nostettava. Määrä on jo todella korkea. Lääkärin pyynnöstä kotisairaanhoitaja menee asiakkaan kotiin. Paikan päällä selviääkin, ettei asiakas ollut enää käyttänyt varfariinia, koska arvot olivat olleet niin hyvät. Mitä olisikaan seurannut, jos hän olisi ottanut tuplatut varfariiniannoksensa?!"

Edellä kuvattu esimerkki on sairaanhoitajan kertoma ja havainnollistaa tilanteita, joita syntyy varfariinin käyttäjillä. Varfariini on eniten käytetty oraalinen antikoagulantti (12,7 DDD/1 000 as/vrk) (Laitinen ja Raunio 2004, Lääkelaitos ja Kela 2008). Varfariinin pääasialliset indikaatiot ovat syvien laskimotromboosien ja keuhkoembolian ehkäisy ja hoito. Hoito on aiheellinen mm. sydäninfarktin jälkeen, tekoläppien yhteydessä sekä eteisvärinäpotilailla. Varfariinin antikoagulanttivaikutus ilmenee hitaasti, sillä maksimaalinen hoitovaste saavutetaan vasta viikon kuluttua hoidon aloittamisesta. Annostukseen vaikuttavat mm. potilaan sairaudet, ruokavalio ja muu lääkitys.

Vastetta seurataan veren hyytymisaikaa kuvaavan INR-arvon avulla (International Normalized Ratio) (Laitinen ja Raunio 2004, Mustajoki 2009) Varfariinihoidossa optimaalinen INR-arvo on 2,0-3,0 (tekoläppäpotilailla 2,5-3,5), ja vuotovaaran raja on 4,5. Henkilön, joka ei saa antikoagulanttihoitoa, normaali INR-arvo on 0,9-1,1 (Keinänen ym. 2006). Tavoitetason ollessa 2,0-3,0, hyytymisaika kaksin- tai kolminkertaistuu normaaliin verrattuna. Jos INR-arvo kasvaa yli 4,5, vuotoriski kymmenkertaistuu verrattuna potilaisiin, joiden hoitotaso on hyvä. Yleissuosituksesta poikkeava potilaskohtainen hoitoalue voi olla aiheellinen, jos potilaalla on vuoto- tai tukostai-pumukseen vaikuttava yleissairaus tai muu antikoagulanttihoitoa komplisoiva tekijä (Syrjälä 2000)

Varfariinihoito vaatii säännöllistä laboratorioseurainta, jonka avulla ehkäistään liian suurten annosten aiheuttama vuotoriski ja liian pienten annosten aiheuttama tukosriski (Keinänen ym. 2006). Varfariinihoitoon liittyy runsaasti yhteisvaikutuksia lääkkeiden, rohdosten ja K-vitamiinia sisältävän ravinnon kanssa (Laitinen ja Raunio 2004, Raunio 2005 ja 2009). Drug-Reax -interaktiotietokanta listaa interaktioita yli 300, SFINX-interaktiotietokanta listaa interaktiota 215 ja Pharmaca Fennicastakin niitä löytyy toista sataa. Käytännössä tällaisen tietomäärän hallitseminen on mahdollon tehtävä, mutta toisaalta suuri osa interaktioista on kliinisesti merkityksettömiä.

Suomessa oraalista antikoagulaatiohoitoa tarvitsevien potilaiden määrä kasvaa 10 %:n vuosivauhdilla ja varfariinireseptin saa vuosittain jo lähes 120 000 potilasta (Joutsu-Korhonen ym. 2008). Varfariinin kliinistä käyttöä hankaloittavat verenvuotoriski, kapea hoitoalue, lukuisat yhteisvaikutukset ja huomattava vaihtelu annostarpeessa (Backman ym. 2007). Ikääntyminen lisää antikoagulanttihoidon komplikaatioita (Syrjälä 2000). Yli 60-vuotiaan vuotoriski on moninkertainen alle 40-vuotiaaseen verrattuna. Pienikin virhe annoksen suuruudessa voi siirtää INR:n pois hoitoalueelta, ja esimerkiksi INR:n noustessa yli 4,5:n verenvuotoriski kasvaa huomattavasti (Backman ym. 2007). On arvioitu, että käytännössä lähes kolmanneksen ajasta hoitotaso on tavoitteiden ulkopuolella, jolloin vuotoriski tai toisaalta tukosriski kasvaa. Keskimäärin jopa 7 % varfariinia käyttävistä potilaista saa vakavan verenvuodon 12 kuukauden aikana. Vuotoriski on suurin hoidon ensiviikkoina ja – kuukausina.

Erityistä tarkkaavaisuutta vaativaksi lääkkeeksi (high alert medication) eli korkean turvallisuusriskin lääkkeeksi kutsutaan lääkettä, johon liittyy erityinen vakavan haitan riski potilaalle (Linden 2007, Linden-Lahti ym. 2009, Institute for Safe Medication Practices 2009). Tämän vuoksi lääkkeen varastointi, merkitseminen, käyttökuuntoon saattaminen tai anto potilaalle vaatii poikkeuksellista huolellisuutta. Amerikkalainen Institute for Safe Medication Practices (ISMP) on julkistanut listan lääkeaineluokista ja lääkeaineista, joiden esiintyvyys lääkityspoikkeamissa ei ole välttämättä suuri, mutta jotka ovat poikkeamatapauksissa hyvin vaarallisia (Institute for Safe Medication Practices 2009). Näihin erityistä tarkkaavaisuutta vaativiin lääkeaineisiin kuuluu varfariini.

4.2.3 Hoitopolku

Hoitopolun tulisi periaatteessa kuvata kaikkia niitä ovia, joita potilas avaa ja puhelinoitoja, joita hän soittaa (Sonne 2008). Käytännössä terveydenhuollon hoitopolkuja laadittaessa otetaan usein huomioon vain yhden tai kahden hoitoyksikön sisällä tapahtuvat prosessit, joskus on mainittu myös esimerkiksi kotisairaanhoido. Apteekit ja potilasjärjestöt on miltei poikkeuksetta rajattu hoitopolkujen ulkopuolelle. Vaikka apteekit tekevät monenlaista yhteistyötä potilaan lääkehoidon onnistumiseksi, yhteistyö terveyskeskuksen kanssa rajoittuu valitettavan usein reseptien uusintaa kos-

kevasta menettelystä sopimiseen. Näin tilanne on myös Orimattilassa apteekin ja terveyskeskuksen välillä.

4.3 Projektityön aineisto ja menetelmät

Eri osapuolten näkemykset varfariinipotilaiden hoitopolusta kartoitettiin haastattelemalla kahta lääkäriä Orimattilan terveyskeskuksesta (yksilöhaastattelu), osaa Marevan-hoitajista (ryhmähaastattelu, n=6), Orimattilan apteekin farmaseuttisen henkilökunnan edustajia (ryhmähaastattelu, n=6) ja kymmentä varfariinia käyttävää potilasta (yksilöhaastattelu). Farmaseuttisen henkilöstön haastattelun yhteydessä pidettiin toimipaikkakoulutus aiheesta "varfariini ja lääkitysturvallisuus".

Haastattelut toteutettiin kevään 2009 aikana. Haastateltavat lääkärit ja varfariinia käyttävät potilaat valikoituivat tutkimukseen tutkijan oman kokemuksen ja apteekin henkilökunnan ehdotusten perusteella. Potilaista pyrittiin valikoimaan mahdollisimman heterogeeninen ryhmä. Mukavuusotannan mukaisesti haastatteluun valikoitui mahdollisimman helposti tavoitettavissa oleva ihmisjoukko (Hirsjärvi ja Hurme 2008). Kaikki osallistuivat mielellään haastatteluun eikä yksikään haastatteluun pyydetty kieltäytynyt siitä. Haastattelukysymykset olivat osittain samanlaiset kaikille haastateltaville (Liitteet 1-4). Kysymyksillä kartoitettiin mm. varfariinipotilaan hoitopolkua, tehtäväjakoja ja mahdollisesti esiintyviä ongelmia sekä kehittämiskohteita potilaan hoidossa. Tutkimusmenetelmänä oli siis teemahaastattelu, jossa nimensä mukaisesti yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu pyrkii etenemään tiettyjen keskeisten teemojen varassa (Hirsjärvi ja Hurme 2008).

Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun (Liite 5). Haastattelut nauhoitettiin käyttäen kahta digitaalista nauhuria yhtä aikaa. Näin varmistettiin, että esimerkiksi ryhmähaastatteluissa kaikkien kommentit varmasti kuuluivat nauhalta. Haastattelut litteroitiin eli puhtaaksikirjoitettiin sanasta sanaan Word-tekstinkäsittelyohjelmalla (Hirsjärvi ja Hurme 2008). Haastatteluista analysoitiin keskeiset kysymykset teemoittain pohjautuen haastattelukysymyksiin. Litteroinnin jälkeen aineisto järjestettiin niin, että jokaisen teeman alla oli kaikkien haastateltavien vastaukset kyseiseen teemaan. Näiden pohjalta laadittiin kuvaus hoitopolusta ja sen kehittämistarpeista.

5 HAASTATTELUJEN TULOKSET

5.1 Lääkärit, hoitajat ja apteekki

Haastattelemistani kahdesta lääkäristä toinen oli työskennellyt Orimattilan terveyskeskuksessa pitkään ja toinen vasta muutaman vuoden ajan. Haastattelut kestivät noin 1-1,5 tuntia.

Marevan-hoitajina toimivat kaikki Orimattilan terveyskeskuksen kahdeksan sairaanhoitajaa. Jokaisella on perusvastaanoton lisäksi myös muita omia vastuualueita, kuten esimerkiksi muistiasiat, astma ja diabetes. Useimmat heistä olivat työskennelleet useamman vuoden ajan Orimattilan terveyskeskuksessa. Ryhmähaastatteluun heistä osallistui kuusi. Haastattelu kesti tunnin.

Orimattilan apteekissa työskentelee apteekkarin lisäksi kaksi proviisoria ja kuusi farmaseuttia. Haastattelun pidin illalla klo 20.00 alkaen, kun apteekki oli mennyt kiinni. Tämä mahdollisti kaikkien osallistumisen haastatteluun. Henkilökohtaisten esteiden takia haastatteluun osallistui kuusi henkilöä. Ennen haastattelua henkilökunnalle oli toimipaikkakoulutus varfariinista ja lääkitysturvallisuudesta johdatuksena illan keskustelulle. Toimipaikkakoulutus ja haastattelu kestivät yhteensä puoli-toista tuntia.

5.1.1 Varfariinipotilaan hoitopolku perusterveydenhuollossa

Varfariinihoidon määrääminen perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollossa varfariinihoitoon päädytään eteisvärinäpotilailla. Hoito aloitetaan indikaation täytyessä. Potilaalla tulee olla oireita yli kolme vuorokautta ja siten eteisvärinä ei ole "tuore" eikä rytmiä voida palauttaa normaaliksi rytminsiirrolla. Tavallisimmin eteisvärinä löydetään rutiinitarkastuksessa EKG:ssä, vaikka potilaalla ei ole ollut oireita. Toisaalta potilaalla on voinut olla tykyttelyä ja huonoa oloa, eikä hän tiedä, kauanko sitä on jatkunut. Jatkohoidosta konsultoidaan erikoissairaanhoidon puolelta Päijät-Hämeen Keskussairaala (PHKS). Tällöin selvitetään, onko varfariinihoito pysyvä vai lähdetäänkö kääntämään rytmiä. INR-arvon on oltava hoitotasolla, jotta potilaalle voidaan tehdä rytminsiirto.

Perusterveydenhuollossa voidaan hoitaa myös keuhkoembolioita ja (vuodeosastoilla) (toistuvia) syviä laskimotukoksia. Tämä edellyttää röntgenlääkärin mukana oloa. Hän on sattumanvaraisesti kaksi kertaa viikossa Orimattilan terveyskeskuksessa. Tutkimus tehdään ultralla. Erikoissairaanhoidossa päädytään varfariinihoitoon muissa indikaatioissa: aivoverenkiertohäiriöt, leikkaukset, keuhkoemboliat, sydämen vajaatoiminta. Hoidon seuranta tapahtuu perusterveydenhuollossa.

Potilaan muiden sairauksien huomioiminen

Lääkäri hoitaa potilasta kokonaisuutena. Muun lääkityksen sovittaminen varfariinihoitoon on iso työ. Hoidon aloitusta rajoittavia tekijöitä ovat ikä, dementia ja alkoholismi (usein alkoholia käyttävillä potilailla on eteisvärinöitä). Hoidon aloituksessa huomioidaan potilaan muun lääkityksen lisäksi potilaan perussairaudet eli onko vuototaipumusta: divertikuliitti, anemisoituminen, runsaita peräpukamia, runsaita kuukautisvuotoja ja kaatumistaipumusta.

”Nuorehko ihminen, jolla säären laskimotukos, vaatii 3 kk:n hoidon, menee viesti perille. Ikäihmisille haasteellisempaa, joilla pysyvä lääkitys, on onneksi yksilöllistä. Ilmenee paljon väärinymmäryksiä, otetaan marevanit miten sattuu. Vaatii säännöllistä lääkkeenottoa, vaatii aikasidonnaisia mittauksia. Pienemmissä kunnissa kerran viikossa laboratorionäytteenotto, muuten tultava meille, jos vaatii tiheämpää seuranta.” (Lääkäri 1)

Potilaan muiden lääkkeiden huomioiminen

Lääkärien haastattelun perusteella potilaat kertovat itse käyttämistään itsehoitolääkkeistä tai luontaistuotteista vastaanottotilanteessa. Lääkäri ei tule aktiivisesti kysyttyä aikapulan takia. Lääkärit myöntävät, että interaktio-ohjelmaa ”turtuu” katsomaan, sillä se muistuttaa liikaa interaktioista. Hoitajilla ei ole ohjeistusta interaktioiden suhteen. Tapauskohtaisesti mietitään, yleensä suositellaan tiuhempaa INR-kontrollia (= Marevan-koe).

”Ohjeistus lääkekuurien suhteen tulee lääkkeenmääräajalta. Selkeitä ohjeistuksia ei ole, kuinka pian näytteenotto, jos yhteisvaikutus – riippuu lääkäristä. Hoitaja katsoo sillä silmällä, jos huomaa antibioottikuurin ja hieman viiterajojen ulkopuolella – ei muutoksia.” (Hoitaja 4)

Varfariinipotilaan neuvonta

Lääkäri arvioi lääkkeen tarpeellisuuden. Heillä on lyhyt vastaanottoaika, joten potilaiden neuvonta on Marevan-hoitajien tehtävä. Haastattelujen myötä selviää, että apteekkilainen täydentää neuvontaa. Neuvonta on samanlainen eri indikaatioissa, hoitotaso voi olla erilainen. Haastattelemani toisen lääkärin mielestä uusi varfariinikäyttäjä pääsee heti Marevan-hoitajan alkuohjeistukseen. Käytännössä siinä voi olla noin viikon viive, jos ei ole vapaita vastaanottoaikoja. Tällaisissa tapauksissa uusi käyttäjä on siis lääkärin vastaanoton jälkeen saanut ensimmäisen neuvonnan apteekista.

”Annetaan oppaita, opastus hoitajien voimin, heillä on aikaa. Jos lääkärin vastaanotolla sanotaan, he eivät muista mitään. Myös apteekin asiantuntemusta voi käyttää, että kerrataan tietoja.” (Lääkäri 1)

Marevan-hoitajat korostavat, että alkuohjeistus ei ole liian yksityiskohtainen K-vitamiinien pitoisuuksien suhteen (Liite 6). Kaikkia kasviksia saa syödä, kunhan on tasaisesti joka päivä. Alkoholin käyttöön kiinnitetään myös huomiota. Tulehduskipulääkkeiden käyttö on kaikkein tärkein, mitä uudelle käyttäjälle kerrotaan. Varfariinin vaikutuksista kerrottaessa vain, että tällä lääkkeellä estetään tulppien syntyminen,

kun on hoitotasolla. Marevan-hoitajat varovat liikaa kertomista, sillä potilaat voivat säikähtää. Esimerkiksi INR-arvon ollessa 3,52, potilaat voivat säikähtää, että vuotavat kuiviin haavan tullessa. Potilaat voivat olla turvallisesti mielin, sillä Päijät-Hämeen keskussairaala hälyttää INR-arvon ollessa 6 tai yli terveyskeskukseen, jolloin Marevan-hoitajat ottavat yhteyttä potilaaseen jatkoon suhteen.

”Usein saavat nopeasti ajan – eivät ole vastaanottavaisia alussa – monia asioita pitää hahmottaa eli tietoa ei pysty hahmottamaan. Aluksi ei saa liikaa säätää, normaali elämä, tasapainoinen elämä, hirveästi ei viilata ruokaosaston suhteen.”
(Hoitaja 1)

”Heidän pitäisi ymmärtää mitä sillä lääkkeellä halutaan. K-vitamiinipitoisuudella pelaamista, vaikutus – laihaa, ohutta, paksua, mikä mekanismi, miksi lääkettä syödään.” (Hoitaja 1)

Apteekista annettava neuvonta on samansuuntaista Marevan-hoitajien neuvonnan kanssa: varoitetaan särkylääkkeistä ja muista lääkkeistä sekä ohjeistetaan kasvisten syönnissä päivittäiseen tasapuolisuuteen. Neuvontaa helpottaisi, jos lääkemääräyksen olisi merkitty indikaatio.

”Vaikkea, kun ei tiedä indikaatiota: tilapäinen hoito muutaman kuukauden vai pysyvä, tulppa vai estohoito. Reseptissä ei lue. Lähtötilannetta helpottaisi potilaan kannalta katsottuna asian kertomiseen. Reseptissä lukee vain ohjeen mukaan.”
(Apteekki 3)

Hoidon seuranta ja vastuu potilaan hoidosta

Potilaat käyvät säännöllisesti Marevan-kokeissa. Uusi käyttäjä käy tiheämmin Marevan-kokeissa, kunnes INR-arvo on halutuissa rajoissa. Orimattilassa ei oteta ns. 0-koetta eli INR-arvon määrittämistä ennen lääkityksen aloittamista. Päijät-Hämeen keskussairaalaan tehdään niin, ja se auttaa annostuksen valinnassa. INR-arvon ollessa yli 1,2, potilaan lääkitys aloitettaisiin varovaisesti 3 mg:n varfariinilla. Ensimmäinen Marevan-koe otetaan kolmen päivän päästä varfariinin aloituksesta. Tällöin potilas voi joutua käymään näytteenotossa Päijät-Hämeen keskussairaalaan, jos näytteenotto ajoittuu viikonloppuun. Tavoitteena on ottaa seuraavat Marevan-kontrollit 6-8 viikon välein, jos INR-arvo ei heittele.

Laboratoriohenkilökunta ottaa näytteet yleensä aamupäivällä. Näytteet lähtevät Päijät-Hämeen keskussairaalaan. Tulokset tulevat iltapäivällä Orimattilan terveyskeskukseen. Terveyskeskuksessa Pegasos-ohjelmassa on sähköinen Marevan-kortti, johon tulokset merkitään. Sähköiseen Marevan-korttiin merkitään hoidon aihe, tavoite-taso, annostus, hoidon kesto, annosmuutokset, kokeen ottopäivämäärä ja seuraavan kontrollin ajankohta.

Toimistohenkilökunta (Orimattilan terveyskeskuksessa kaksi henkilöä) soittaa potilaalle seuraavana päivänä, jos arvo on viiterajoissa. Marevan-hoitaja soittaa tuloksista saman päivän aikana tuloksen tulemisesta, jos käyttäjä on uusi tai jos kyseessä on uuden tasapainon hakeminen poikkeavien arvojen jälkeen. Samoin toimitaan, jos kyseessä on ns. hälytykset eli INR-arvo on yli 6. Päijät-Hämeen keskussairaala hälyttää INR-arvon ollessa yli 6, jolloin potilaan annostus laitetaan ”nollille” tai potilas

hälytetään terveystakeskukseen saamaan K-vitamiinia. Myös INR-arvon ollessa yli 9, potilas hälytetään terveystakeskukseen saamaan K-vitamiinia.

Orimattilan ympäristökuntien Myrskylän, Artjärven ja Pukkilan asiakkaat käyvät omassa terveystakeskuksessaan antamassa näytteet tiettyinä päivinä. Jos kokeissa on käytävä tiuhempaan sellaisina päivinä, jolloin heidän kunnassaan ei ole näytteenottoa, tulevat he Orimattilan terveystakeskukseen. Myös kesällä oman terveystakeskuksen ollessa kiinni, he tulevat Orimattilaan. Potilailta saattaa olla kesäpaikka esimerkiksi Asikkalassa. Tällöin heille tehdään maksusitoumus Asikkalaan ja he voivat käydä Asikkalan terveystakeskuksessa Marevan-kokeissa. Edellytys on, että potilas asuu kesän selkeästi yhdellä paikkakunnalla.

Kaupungin laitoshoidossa olevilta potilailta kotisairaanhoidajat tai hoitokotien hoitajat ottavat verinäytteet ja tuovat ne terveystakeskukseen. Näytteet lähtevät Päijät-Hämeen keskussairaalaan. Tuloksien tultua Orimattilan terveystakeskukseen Marevan-hoitajat kirjaavat jatkohoitosuunnitelman/ohjeet ja kuittaavat merkinnät. Kunnallinen kotihoito ja hoitokodin hoitajat näkevät tulokset ja jatkotoimenpiteet tietojärjestelmästä. Sen sijaan yksityisten hoitokotien hoitajat eivät näe tuloksia sähköisestä järjestelmästä. Myös sivukuntien Myrskylän, Artjärven ja Pukkilan terveystakeskuksen sairaanhoidajat näkevät sähköisestä Marevan-kortista tulokset ja ilmoittavat ne puhelimitse potilailleen. Orimattilan terveystakeskuksen vuodeosastoilla osastonhoitaja huolehtii arvojen seurannasta.

Potilaiden vastuulla on omien INR-arvojen kirjaaminen muistiin itselleen.

Mikäli potilaalla on muita sairauksia ja varfariinin käytössä ilmenee ongelmia, esimerkiksi INR-arvon heittelyä, potilas pääsee lääkäriin. Muutoin kaikki tapahtuu Marevan-hoitajien kautta.

Kysyttäessä terveydenhuollon henkilökunnalta, ketkä osallistuvat varfariinipotilaan hoidon seurantaan, apteekkia ei mainita ollenkaan. Keskustelun myötä apteekin rooli nousee esille.

”Tiimi; lääkäri-hoitaja-akseli” (Lääkäri 1)

”Lääkäri, kuka aloittaa, arvioi sen tarpeellisuuden. Potilaan kanssa, miksi se on tarpeellinen ja Marevanin® tavoitteet, miksi käytetään, mikä vaara on. Seuranassa sairaanhoitaja/kotihoitotiimistä/vanhainkodin johtaja. Jos erittäin isoa heittelyä -> päivystävä lääkäri. Jos muutos on iso, ratkaisee lääkäri, muuten hoitaja.”

(Lääkäri 2)

Kysyttäessä kenellä on vastuu hoidon seurannasta, tulee erilaisia vastauksia lääkäreiltä ja Marevan-hoitajilta. Marevan-hoitajilla ei ole vastausten perusteella varmuutta vastuun kantajasta. Vastauksissa ehdotetaan ylilääkäreitä tai lääkärin konsultoidessa hänellä on vastuu. Hoitajat tiedostavat, että jokaisella heistä on oma vastuu. He pyytävät tukea tarvittaessa toisilta Marevan-hoitajilta. Lääkärien mukaan hoitavalla lääkärillä on vastuu ja hoitavaksi lääkäriksi muuttuu se, joka on paikalla.

5.1.2 Varfariinipotilaan hoitoon osallistuvien työnjako

Lääkärit

Lääkäri vastaa hoidosta kokonaisuudessaan ja päättää varfariinin annostelusta. Jos INR-arvo on 4,5-6,0 pidetään taukopäivä- tai päiviä. Myös arvoilla 6,0-9,0 pidetään taukopäivä tai -päiviä tai otetaan Konakion-tabletteja tai suonensisäinen infuusio K-vitamiinia. Yli 9,0:n -arvoilla otetaan Konakion-tabletteja tai suonensisäinen infuusio K-vitamiinia.

Marevan-hoitajat

Marevan-hoitajina toimivat kaikki Orimattilan terveyskeskuksen kahdeksan sairaanhoitajaa, joista seitsemän säännöllisesti. Heillä on sisäinen koulutus Marevan-hoitajina toimimiseen. Ylilääkärin pitämä koulutus on noin 4 h – 1 pv kestävä, jossa määritellään mm. annostuksia.

Marevan-hoitajan tehtävinä ovat alkuohjaus (potilas tulee ensimmäisen INR-tuloksen kanssa), kesto-lahetteen tekeminen, INR-seuranta, annoksen määrittäminen ja jatkosta huolehtiminen (koska seuraava kontrolli). Marevan-hoitajat määrittelevät varfariinin annostukset INR:n ollessa välillä 1,40 – 4,50. INR-arvon ollessa kyseisten rajojen ulkopuolella lääkäri arvioi tilanteen ja päättää hoidosta.

”Marevan-hoitajat kysyvät lääkäriltä kenet tavoittavat. Konsultoivat lääkärää, jos inri heittää ja/tai hemoglobiini on alhainen.” (Lääkäri 2)

Marevan-hoitajilla on vuorotellen määrittelyviikko. Yksi hoitajista on vastuussa viikon kerrallaan. Hän kantaa päävastuun ja jakaa potilaat tasan määrittelijöiden eli muiden Marevan-hoitajien kesken, esimerkiksi 10 potilasta/hoitaja. Muille hoitajille on aamulla varattu 45 min aikaa määrittelyyn ja he vievät eteenpäin tiedon, kuka soittaa potilaalle kotiin. Varfariinipotilaita on noin 50 viikossa.

Orimattilan sivukuntien Myrskylän, Artjärven ja Pukkilan terveyskeskuksissa työskentelevät omat Marevan-hoitajat. Heidän alkuohjaukseensa menevät oman paikkakunnan uudet varfariinin käyttäjät.

Apteekki

Apteekin tehtävinä ovat lääkeneuvonta, asioiden kertaaminen, itsehoitolääkkeiden ja luontaistuotteiden sopivuuden varmistaminen sekä interaktioiden tarkistaminen. Terveyskeskuksessa ei pystytä riittävästi valvomaan potilaan hoitoon liittyviä asioita, joten apteekille jää iso työ.

”Apteekkilaisten syytä muistuttaa annostuksen noudattamisesta.” (Lääkäri 2)

”Apteekki tekee erinomaisen työn, hyvä, kun tarkistavat soitollaan – oliko tarkoitettu niin vai ei, lääkärillä on kiirettä – inhimillistä.” (Lääkäri 2)

”Jos asiakas käy yksityisellä vastaanotolla, apteekilla parempi tietämys kaikista potilaan lääkkeistä. INR:n määrittäminen tarvittaessa aikaisemmin, luontaistuotteiden käyttämisessä ohjaisimme asiakkaan tiuhempaan inriin.” (Lääkäri 2)

5.1.3 Potilaan rooli varfariinihoidossa

Potilas on vastuussa oman hoitonsa onnistumisesta. Suurin osa heistä on tarkkoja ja he toimivat ohjeiden mukaan, jolloin varfariinihoito onnistuu. Alkoholistit eivät ymmärrä tilanteen vakavuutta, jolloin ongelmia esiintyy enemmän. Marevan-hoitajalla on iso vastuu, ja hänellä on myös näkemys siitä, milloin konsultoidaan lääkäreitä.

”Järjestelmä on sitouttava, koska joutuu tiheästi käymään terveyskeskuksessa. Jokaisen potilaan kohdalla, miten omaksuu, jotkut antautuvat hoidettavaksi, jotkut tekevät vain sen mitä käsketään. Jotkut seuraavat aktiivisemmin.” (Lääkäri 1)

”Oletetaan, että asiakas on itse vastuussa hoidostaan. Hoitajat antavat ohjeet. On osa, jotka eivät mene ohjeiden mukaan, he elävät miten sattuu, jolloin INR-arvo heilahtelee. On soitettu ja kerrottu annostuksesta, menee muutama viikko, selviää syövät miten sattuu. Asiakas on kaikkein tärkein kenellä on hoito. Tekevät itse omat ratkaisunsa.” (Hoitaja 6)

5.1.4 Ongelmat terveydenhuollon näkökulmasta

Lääkärit

Lääkehoidossa esiintyvät ongelmat tulevat usein esille vastaanotolla tai reseptin uusinnassa. Interaktioiden yhteydessä lääkärin harkittavaksi jää jatkohoito. Lääkärit tietävät, että Marevan-hoitajat tuntevat potilaat hyvin. Potilaat ovat tiukassa seurannassa INR-arvon ja hemoglobiinin suhteen.

Potilaita kutsutaan päivystykseen K-vitamiinia saamaan. Vuotokomplikaatioita lääkärin eivät muistaneet. Lääkärit arvelevat, että potilas ei huomaa, jos INR-arvot heitävät. Potilaat saavat myös herkästi mustelmia. Korkeiden INR-arvojen taustalla on mm. ylimääräiset tulehduskipulääke-annokset ja annosteluvirheet. Potilaskertomukseen kirjataan ongelmat, mutta yleistä tilastoa ei pidetä.

”Kaatuilevat, unilääkkeitä käyttävät vanhukset: ottavat illalla unilääkkeen, nousevat 2-3 tunnin päästä vessaan, ovat tokkuraisia, kaatuilevat herkästi ja tulee vuotoa. Yksin asuvia.” (Lääkäri 2)

”Moni potilas ei kerro, että itse muuttavat annostustaan – he salaavat. Esim. ottaa puolikkaan pitkän aikaa ja pysyy tavoitetasolla. Potilas joutuu sairaalaan ja siellä on tieto jostain muusta annoksesta eli antavat isompaa annostusta – ongelmia. Mä en halua myrkyä, otan puolikkaan, sanoo ihminen. Yleensä asiakkaat ottavat vähemmän, tapauksia otettiin enemmän mummolla, koska verenkierto oli huono ja jalkoja paleli.” (Lääkäri 2)

Laitoshoidossa potilaille tuodaan lääke aina samaan aikaan, jolloin ongelmia on lääkärin mielestä vähemmän.

”Kotona kenellä on dosetissa ja yksin asuva, ensiapuun potilas, joka heräsi yön aikana ja otti dosetista ajatellen, että on uusi päivä. Nukahti uudelleen ja otti taas lääkkeen herättyään. Tytär tuli kotiin ja katsoi, että 5 päivän lääkkeet. Niillä potilailla pitäisi olla joku joka antaa lääkkeen.” (Lääkäri 2)

Marevan-hoitajat

Potilailla ei pitäisi olla tuntemuksia INR-arvon ollessa alle 2 tai yli 4,5. Osalla potilaista saattaa olla pientä verenvuotoa esimerkiksi nenästä. Potilaiden psyykkisiin tuntemuksiin hoitajat eivät usko, mutta pieniin verenvuotoihin kyllä. Asiakkaat voivat ongelmien ilmaantuessa soittaa Päijät-Neuvontaan. Marevan-hoitajille ei ole suora numeroa.

"Joku sanoo, että on ontto tunne päässä, jos arvo on (korkealla) 3,1. Mikä ei periaatteessa pitäisi tuntua." (Hoitaja 4) "Mä en oikein usko noihin." (Hoitaja 1)

"Verenvuoto, jos ikenet, mutta on sanottava, että verenvuotoa ikenistä voi olla kaikilla. Jos yksi ien vuotaa, se ei haittaa, mutta jos ei tyrehdy ollenkaan. Se on epänormaalia vuotoa. Nenäverenvuoto ei lakkaa -> ensiapuun." (Hoitaja 6)

Hoitajien mielestä ongelmallisimpia lääkkeitä ovat sienilääkkeet, jotkut antibiootit sekä mäkikuisma ja omegakapselit. Monilla voi varfariinin aloitusvaiheessa jäädä Asasantin® ja Primaspan® käyttöön, jolloin Marevan-hoitajat lääkärin konsultaatiolla lopettavat lääkityksen. Ongelmien ilmaantuessa voi olla vuodenaikaan liittyvää vaihtelua ruokavalion muutosten vuoksi. Marevan-kokeissa käyminen vaatii potilaalta sitoutumista. Kesäaikaan potilaat olisivat mieluummin kesämökeillään kuin kävisivät tiuhaan Marevan-kokeissa.

Apteekki

"Kerran asiakas, jossa annostuskortissa luki 5. "Viisi tablettia?" kysyin. "Ei" sanoi potilas, "sain yhden tabletin". Hoitaja oli laittanut korttiin 5, olisi pitänyt olla 1." (Apteekki 1)

Apteekkilaiset kokevat, että harvalla käyttäjällä on ollut ongelmia. Potilaat harvemmin kertovat varfariinihoitoon liittyvistä ongelmista. Osa potilaista on hyvin tietoisia hoidostaan. Elämäntavat ovat sääntilliset. Interaktio-ohjelmassa usein esiintyvä D-luokan interaktio on Marevan® ja tulehduskipulääke. Monesti potilaat ovat tietoisia tästä ja ovat aikaisemminkin käyttäneet tätä yhdistelmää. Apteekista soitetaan harvoin lääkärille tästä interaktiosta. Varfariinin käyttö yhdessä asetyylisalisyylihappoa sisältävien verenkiertolääkkeiden kanssa mietityttää apteekkilaisia: onko yhdistelmä aina tarkoituksella määrätty?

"Sekundääripreveniossa potilaita, joilla käytössä Marevan® ja Primaspan®, lääkärin ohjeen mukaan. Plavix®, Marevan® ja ASA OK yhtä aikaa. Siis on tietten määrätty, ettei anneta väärää ohjetta." (Apteekki 3)

5.1.5 Varfariinipotilaan hoidon ja hoidon seurannan kehittäminen

Lääkäreiltä kysyttäessä ehdotetaan ryhmäopetustilaisuutta tai samanlaista mahdollisuutta potilaalle kuten on sokerimittauksissa. Vastuuta annettaisiin enemmän potilaille, jotka ymmärtävät tavoitteet ja riskit.

Apteekin rooli koetaan hyvänä. On tärkeää, että epäselvissä tilanteissa asia tarkistetaan apteekista puhelimitse lääkäriltä. Kysymykseen, minkälainen apteekin rooli voisi olla varfariinipotilaan hoidossa, koetaan nykyinen käytäntö toimivana. Neuvonnan täydentäminen ja muiden lääkkeiden tarkistaminen, ettei ole päällekkäisyyksiä tai interaktioita, ovat tärkeitä.

Marevan-hoitajat toivovat kotimittareita ja laboratorioon kiinteää näytteenottoa. Marevan-potilaiden määrä on suuri. Tällöin suuri "soittorumba" jäisi pois. He ehdottivat myös palvelupistettä terveyskeskukseen, jossa olisi pikamittari ja hoitaja tavoitettavissa. Tulos tulisi saman tien. INR-kokeet työllistävät nyt useamman henkilön.

Apteekin ja terveyskeskuksen välinen yhteistyö keskittyy lähinnä reseptien uusimiseen liittyviin asioihin. Yhden Marevan-potilaan tulokset faksataan apteekkiin ja potilas hakee tiedon annostelusta ja seuraavasta kontrollista apteekista. Hoitajien taholta ei myöskään ehdoteta mitään uusia rooleja apteekkilaisilla varfariinipotilaan hoidossa:

"Toteutuu jo, että asiakas käy kysymässä teiltä, voinko käyttää, kun on Marevan®." (Hoitaja 3)

"Tulee sanottua, että et syö mitään ennen kuin sanot apteekissa, että on Marevan® ja kovasti luotetaan, että on neuvoja." (Hoitaja 1)

Yhteistyön kehittämiseen apteekin kanssa Marevan-hoitajat toivovat samaa ohjausta, sillä varfariinipotilaat tavoittavat apteekkilaisen paremmin. Toivotaan myös, että potilas ohjattaisiin Marevan-hoitajan luokse, jos potilas on ihan "eksyksissä".

Apteekkilaiset haluavat tietää, miten lääkärit neuvovat ja minkälaisen alkuohjeistuksen potilaat saavat, jotta neuvonta apteekissa olisi samansuuntaista terveyskeskuksen neuvonnan kanssa. Apteekkilaisia mietitytti myös potilaiden saama ruokavalio-neuvonta: onko ohjeistus muuttunut vuosien aikana. Päijät-Hämeen Keskussairaalan antamat ohjeet kiinnostavat: onko eri ohjeet eri osastoilla. Myös heidän jakamansa materiaali kiinnosti. Interaktioiden esiintyminen varfariinin ja muun lääkkeen kanssa mietityttää apteekkilaisia. Minkälaisissa tilanteissa apteekin tulisi tarkistaa yhteensopivuus lääkäriltä? Lääkäreiden tavoitettavuus myös puhutti. Toivottiin sähköpostiosoitteita vähemmän kiireellisten asioiden käsittelyyn. Terveyskeskuksen toivotaan tiedottavan yleisistä muutoksista apteekille.

"Onko kaikille Marevan-potilaille sama neuvo: veritulppa, eteisvärinä tai lonkka-leikkaus?" (Apteekki 5)

"Vaikaa, kun ei tiedä indikaatiota: tilapäinen hoito, muutaman kuukauden vai pysyvä, tulppa vai estohoito. Reseptissä ei lue. Lähtötilannetta helpottaisi potilaan kannalta katsottuna asian kertominen. Reseptissä lukee vain ohjeen mukaan." (Apteekki 3)

5.2 Potilaat

5.2.1 Tausta

Haastattelin viisi miestä ja viisi naista. Miehistä nuorin oli 26-vuotias ja vanhin 80-vuotias. Naisista nuorin oli 38-vuotias ja vanhin 72-vuotias. Uusia varfariinin käyttäjiä oli kaksi. He olivat käyttäneet varfariinia haastatteluhetkellä noin kahden kuukauden ajan. Kaksi naista oli käyttänyt varfariinia kuusi kuukautta. Muut olivat käyttäneet useamman vuoden ajan (puolitoista vuotta – 15 vuotta).

Haastattelut noudattivat pääsääntöisesti teemahaastattelurunkoa. Useimmiten aloitin kysymällä alkuajoista eli määrättiinkö varfariini Päijät-Hämeen keskussairaalassa (PHKS) vai Orimattilan terveyskeskuksessa. Potilaat kertoivat sairauksistaan ja hoidoistaan. Sitä kautta kartoitin potilaan kokemuksia varfariinihoidossa. Haastattelut kestivät noin 40 minuutista reiluun tuntiin. Haastattelin potilaat apteekin alakerrassa, jossa on henkilökunnan infotila.

Yhdellä haastateltavista oli puoliso mukana, joka selkeästi täydensi haastateltavan puolison kommentteja. Tällä 72-vuotiaalla miehellä oli käytössä paljon erilaisia lääkkeitä. Heillä oli kaikki tarvittavat miehen hoitoa koskeneet paperit samassa kansiossa mukana. Myös osalla muista haastateltavista oli Marevan-kortti mukana. Terveyskeskuksesta soitetaan tulokset potilaalle, joten he itse merkitsevät tulokset ylös. Osa laittaa seinäkaleriiniin arvot.

Varfariini oli määrätty eteisvärinänsä kuudelle käyttäjälle, joista kahdelle miehelle oli tehty pallolaajennus, toiselle kaksi kertaa. Tämä 59-vuotias mies olikin ainoa varfariinin käyttäjä, jolla oli myös Primaspan® käytössä. Varfariinia eteisvärinänsä hoitoon käyttäneistä yhdellä naisella oli sydämen tahdistin. Laskimotukoksen hoitoon varfariini oli määrätty yhdelle käyttäjälle ja kahdelle laskimotukoksen estoon. Yhdellä miehellä oli tekoläppä. Muutamalla potilaalla ei ollut aivan tarkkaa tietoa varfariinin käyttötarkoituksesta.

”Verenohennukseen, hemoglobiini oli 171, liian paksua verta ollut aina. Minulla on väärässä rytmisessä sydän, ei ole normaalissa rytmisessä, kun tekivät pallolaajennuksen. Kerran laittoivat, mutta se ei pysynyt.. mutta lääkäri sanoi tuon ikäisellä voi olla väärässä.” (Potilas 1)

”Veren.. sakeutta säätelemään, tarve löytyi yllättäen. Neurologi huomasi yksityisellä.. verenpurkautuma kädessä. Kiireellisenä määräsi tutkimuksiin, purkautuma on hävinnyt, mutta uusi tullut. Muut lääkärit eivät kiinnittäneet huomiota.” (Potilas 4)

Potilailla, joilla varfariini oli määrätty laskimotukoksen ehkäisyyn, oli mennyt useampi viikko ennen kuin laskimotukos diagnosoitiin. Oireina oli ollut mm. pohjekipua ja kantapäätä ei saanut maahan. Kohtaan missä tukos on, jää arpi. Tämä kohta on herkkä ”sakkaamaan” eli kehittämään tukoksen uudelleen samaan paikkaan. Yhdellä heistä oli ollut alle 40-vuotiaana ensimmäinen tulppa ja hän oli käyttänyt 3 kuukautta varfariinia. Sen jälkeen käytössä oli Primaspan®, mutta tulppa uusiutui. Myöskään vaihdevuosigeelin yhteydessä pelkkä Primaspan® ei riittänyt, tulppa uu-

siutui, joten varfariini tuli uudestaan käyttöön. Ensimmäisessä laskimotukoksessa oli ollut voimakkaammat oireet. Toisella käyttäjällä pohjekipu oli välillä hävinnyt, kunnes se paheni ja hän ei pystynyt kävelemään. Kolmannella haastateltavalla oli laskimotukos kehittynyt liikkumattomuuden myötä. Hänellä murtui sääri- ja pohjeluu. Jalka oli tullut kipeäksi ja turvonnut. Hän käytti Klexanea® varfariinin rinnalla muutamana viikona, kunnes INR-arvo oli halutulla tasolla.

Mies, jolla oli tekoläppä, oli sairastanut vuonna 1990 myyräkuumeeseen ja sydänlihaksen tulehtunut. Vuonna 2002 hänelle laitettiin tekoläppä. 45-vuotias mies kertoo:

”Läpäällä on 150 vuoden takuu. Kun on väsynyt, tuntuu kuin vasaralla hakattaisiin päähän maatessa. Saunassa kuuluu kuten seinäkellon tikitys. Se naputtaa päähän, se on ikävintä. Väkäset rintalastassa aiheuttavat hälytyksen lentokentällä. Todistus on siitä. Tapaturman tullessa on lappu, mitä saa ja mitä ei saa tehdä. INR-arvojen heittäminen ei ole hyväksi. Liian paksu veri voi tehdä hyytymää tekoläppän ympärille. Hyytymät voivat lähteä kierto. Ohuen veren huomaa mustelmista”.

Eteisvärinä oli muutamilla potilailla ollut jo pidempään. Eteisvärinä-löydös oli yleensä tehty EKG:ssä. Potilaat odottivat kutsua Päijät-Hämeen keskussairaalaan. Eräällä potilaista oli ollut jo kuusi viikkoa INR hoitotasolla ja haastatteluhetkellä hän oli pääsemässä Päijät-Hämeen keskussairaalaan rytminsiirtoon. Toinen haastatelluista naureskeli, että kun eteisvärinä havaittiin, muuttui hän yks kaks kiireelliseksi tapaukseksi.

Kysyttäessä muita käytössä olevia lääkkeitä, useimmat eivät muistaneet kauppanimiä. Koska he olivat apteekkimme kanta-asiakkaita, tulostin jo etukäteen Versa-Procuro-ohjelmasta lääkelistat. Se helpotti haastatteluhetkellä alkukartoitusta käytössä olevista lääkkeistä. Kahdella naisella oli vain tarvittaessa otettavia särky- tai migreenilääkkeitä. Muilla haastateltavilla oli käytössä vähimmillään yksi säännöllinen lääke tai enimmillään kymmenen erilaista lääkettä. Useimmat käyttivät särkyyn parasetamolien lisäksi joskus Arcoxia®-kuurin tai yksittäisiä Naprometin®-annoksia.

5.2.2 Tiedontaso lääkkeestä

Potilaat olivat tietoisia ruokavaliorajoituksista ja tietyistä lääkkeistä, joita ei saa syödä Marevanin® yhteydessä. Kysyttäessä tietämystä varfariinista, melkein kaikki sanoivat vain, että se on rotanmyrkkyä.

”En oikeastaan muuta kuin rotanmyrkkyä. Turbulenssiin ja hyytymisen estoon läpän takia mun tapauksessa.” (Potilas 3)

”En oikeastaan paljoakaan..se mitä olen kuulostellut, sitä on paljon käytössä. Se tekee verestä juoksevampaa, se ajatus mulla on. Lääke, joka tekee, että mustelmat ovat herkemässä ja vähän kaikelle on herkempi.” (Potilas 7)

Terveydellisenä hyötynä koettiin varfariinin estävän veritulppia. Haastateltavat ymmärsivät, että lääke on tarpeellinen ja muita vaihtoehtoja ei tällä hetkellä ole. Lääkkeellä saadaan ”rytmit kuntoon” tai estetään aivoinfarktia. Kaksi potilasta ei osannut sanoa, mitä terveydellistä hyötyä varfariinihoidosta on.

5.2.3 Neuvonta

Suurin osa haastatelluista potilaista vastasi, että lääkäri ei ole neuvonut mitään. Lääkärin tavoitettavuus on myös huono. Suurin osa potilaiden hoidosta hoituu sairaanhoitajien kautta Orimattilan terveystieteiden keskuksessa. Jos jotain erityistä on, potilas pääsee lääkärin vastaanotolle. Tekoläppäpotilaalla oli säännölliset tarkastukset erikoissairaanhoidon puolella.

Potilaat kokivat, että tietoa on toisaalta ollut tarpeeksi ja toisaalta taas ei. Neuvonnasta huolimatta tullaan varovaisemmiksi. Esimerkiksi 63-vuotias käyttäjä sanoi, että ei uskalla ostaa muita lääkkeitä, kun ei tiedä, mikä sopii. Hänellä varfariini oli ollut käytössä kuusi kuukautta. Toisaalta hänellä oli mielestään hyvin tietoa siitä, mitä särkylääkkeitä saa syödä. Sama henkilö myös mietti vihreistä kasviksista: "en tiedä, kuinka vaarallisia ne on, ei kai niitä voi liikaa syödä?" Ruokavalio-neuvontaa kaikki olivat saaneet eri tahoilta.

Pidempään varfariinia käyttäneiden potilaiden vastauksia neuvonnasta:

"Nykyään on hoitajien harteilla. Hoitajat ovat paneutuneet paremmin. Jos mulla on 2,92, mun pitäisi jatkaa samoilla huippuannoksilla! Kerran juttelin lekurin kanssa, se sanoi voi mennä 4 tai 9 ei haittaa mitään.. mä en anna mennä silleen, tulee huono olo – rytmihäiriöitä." (Potilas 2)

" Alkuaikoina on neuvottu ruoka-aineiden suhteen, sain listan vältettävistä. Epämääräisesti kerrottu. Voisi kertoa, että älä tätä syö tai tätä tee! Alussa opastettiin, että ei alkoholia..tosiasiassa ei ole merkitystä alkoholin käytöllä. Se tehtiin liian jyrkästi, että joskus vain yksittäisen oluen voi ottaa. Ajattelin, että juhliminen loppui siihen. Alkoholi vaikuttaa lyhytaikaisesti veren paksuuteen. "(Potilas 5)

Muutaman kuukauden varfariinia käyttäneiden potilaiden vastauksia neuvonnasta:

"Riippuu, miten puhelias ihminen on luonteeltaan. Varoittavaan sävyyn kaikki terveydenhuollon henkilöstö, ettei yllätyksiä väärässä paikassa, hammaslääkärissä, avohaavat ja verenpurkautumat mainita."(Potilas 4)

"Olen käynyt kerran vastaanotolla, muuten puhelimitse. Opastus oli se, että mulle tarjottiin samaa opasta kuin Päijät-Hämeen keskussairaala. Selasin vihkosen läpi, ei mitään ihmeellistä, kertoi miten se hoituu." (Potilas 7)

Apteekin palveluun oltiin tyytyväisiä. Asiakkaat ovat apteekkiuskollisia ja asioivat paikkakunnan ainoassa apteekissa. Tämä mahdollistaa sen, että asiakkaat tunnetaan. Asiakasjärjestelmään tallentuu tieto käytetyistä lääkkeistä, jolloin pystytään paremmin tarkistamaan varfariinin sopivuus muiden lääkkeiden kanssa.

"Hyvä se kanta-asiakkuus, pitää tarjota aktiivisemmin. Jos on tietynlaisia palveluja, pitäisi tarjota aktiivisemmin, ei muista Kelakorttia. Nyt on vasta laitettu koneelle, että mulla on Marevan®. Ajatuksena kiva, kun on Marevan-tiedot ylhäällä, jos en muista itse sanoa. Asiointia helpottaa kanta-asiakkuusjärjestelmä. Oli eka kerta, kun mainittiin, olen käynyt täällä usein. Marevaniin® lääkkeenä ei ole annettu neuvontaa, mutta kysytty on, tarvitsenko neuvontaa. "(Potilas 5)

Toisaalta apteekin neuvonta on haasteellista lääkettä pitkään käyttäneille:

"Kysytään annoksen määrää, ei ole keskusteltu enempää." (Potilas 3)

5.2.4 Varfariinihoidon hyvät ja huonot puolet

Potilaiden haastatteluissa tuli esille, että varfariinia ei mielellään käytetä, koska sitä pidetään rotanmyrkkynä. Silti haastatellut ymmärsivät, että lääke pitää hengissä. Jollakin haastatellulla matkustelu oli vähentynyt. Varfariinihoidon tiedettiin vaikuttavan leikkauksiin ja hammastoimenpiteisiin. Itseen ei saa myöskään loukata. Haastateltavat tiedostivat, että on muita haasteellisempia hoitoja kuin varfariinihoito, kuten insuliinihoito diabeteksessa. Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa, mitä hyvää ja huonoa hoidossa on. Parkinsonia sairastavan potilaan vaimon mielestä varfariinihoito on hyvin järjestetty verrattuna Parkinsonin -taudin hoitoon ja seurantaan.

”On tämä paskamainen lääke, rajoittaa..ei parempi sana taiteilla ja on mieletön lääke; halpa ja jos pysyy hengissä. Kallistuu hyvään puoleen, kun olet varovainen ja opit käyttämään.” (Potilas 2)

”Huonoa on muistaminen, harmittaa jos unohtaa – ja et ole varma, oletko ottanut (se harmittaa vielä enemmän). Jatkuvasti ongelmia, monessa paikassa olen viikolla ja viikonloppuisin..lääkkeiden säilyttäminen. Muistamiseen liittyvä..reseptin uusiminen, vaivannäkö siinä. On pelko, jos tuntuu outoja tuntemuksia, ajattelee silloin, että liittykö veritulppa. Pieni pelko on aina, jos loukkaa itsensä ajattelee, mitä silloin tapahtuu ja jos ei pysty itse kertomaan lääkityksistään. Yhteiset potilastiedot -> Suomessa on niin fiksua, että joka paikassa ei näy tietoja lääkkeitä, hoidosta..voiko leikata vai laittaa tilalle K-vitamiinia, veriplasmaa... Ei mitään positivistista, koska lääke maistuuakin pahalta.” (Potilas 5)

5.2.5 Ongelmat potilaan näkökulmasta

Potilaiden haastatteluissa kävi ilmi, että hoidon ollessa kunnossa, isompia ongelmia potilailla ei ole ollut. Verenvuotoa hampaita harjatessa ja/tai nenää niistäessä, mustelmia, rytmihäiriöitä sekä henkisiä haittoja on saattanut olla. Ilman syytä alkavaa verenvuotoa pelätään. Haastatellulla 45-vuotiaalla miehellä oli ihon kutinaa ja iho paloi herkästi auringossa. Lääkärien mukaan tämä ei johtunut varfariinista, mutta käyttäjä oli toista mieltä. Naisella tuli finni nenän varteen. Hänen raapaistuaan finniä, tulehtui koko silmänympärystä. Silmä turposi ja tuli mustelma. Samaisella henkilöllä oli myös huuliherpes, joka tulehdutti naamaa. Lääkärin mielestä näillä reaktioilla ei ollut suoraa yhteyttä varfariinin kanssa. Kasvisruokavalio ei tuottanut ongelmia kaikille: yksi haastateltu mies ei edes pitänyt ”heinistä”. Nuorella miehellä oli useamman kuukauden väli INR- kokeissa. Hoidon kannalta tämä ei ollut tuottanut hänelle ongelmia.

”Ei aika huomaamaton, verenvuotoa tulee herkästi nenässä, todennäköisesti ei liity siihen. Puhun vaan ja yht` äkkiä tulee nenästä verta, ei rasituksenkaan yhteydessä..niistan nenää ja sitten.” (Potilas 5)

”Ei huomaa, jos heittelee, korkeintaan niistäessä verta, mustelmia, useampi tunti verenvuodon tyrehtymiseen.” (Potilas 6)

INR-arvon tavoitetasoon pääsemiseksi on voinut mennä useampi viikko niin varfariinin uudella käyttäjällä kuin lääkettä pidempään käyttäneellä. Syitä INR-arvon heilahteluun ei aina tiedetty. Tiheä Marevan-kokeissa käyminen koetaan työläänä. Ruoka-aineista herne, mustaviinimarja, karpalo, parsakaali, salaatti, mansikka, yrtit ja pinaatti olivat haastateltavien mukaan vaikuttaneet INR-arvoihin. Myös alkoholi ja ruumiillinen työ vaikuttivat. Läkettä otettiin hyvin vaihtelevasti: aamulla, päivällä tai iltapäivällä. Haastatelluilla potilailla oli käytössä Crestor®, Simvastatin®, Neurotol slow® ja Prednisolon®, joille VersaProcuuro-interaktio-ohjelma antoi yhteisvaikutuksen. Arcoxia®-kuuri oli muutamilla potilailla joskus.

”En ole tarkkaillut esim. salaatin osalta. Mun mielestä ruokailulla ei ole hirveän suurta vaikutusta, jos ei totaalista muutosta tee. Se on liian ahdistavaa, jos jokais-ta ruokaa miettii.” (Potilas 5)

Työikäiset, lääkettä useamman vuoden käyttäneet muuntelivat itse varfariiniannosta. Esimerkiksi alkoholin nauttimisen yhteydessä he jättävät päivän varfariini-annoksen väliin. Tulehduskipulääkekuurin aikana (Arcoxia®-kuurin yhteydessä) he ottavat vähemmän varfariinia. Kesällä salaatti- ja mansikka-aikaan he lisäävät varfariiniannosta. Kritiikkiä sai myös lääkäreiden toimintatapa. Lääkärit vaihtuvat tiuhaan Ori-mattilan terveyskeskuksessa. Haastateltavien mielestä he määräävät liian isoja varfariini-annoksia. INR-kokeissa pitäisi käydä tiuhaan ja se on hankalaa työssäkäyville henkilöille.

”Rytmihäiriöt, tiedän, kun se menee alle hoitotason, olo on tosi tukkoinen päässä ja koko kropassa, päässä humisee, on paksu olo. Tiedän, että on otettava Marevan® ja se helpottaa. Jos menee yli 3;n, saan siitäkin oireita; sydän alkaa oireilla ylikerroksilla. Jos inri sekoittuu, menee hoitotason alle, se on pitkän aikaa sekaisin, se on vaikeampi kuin pudottaa hoitotasolle (yli 3;sta).” (Potilas 2)

”Arcoxiassa® tiedän itse annostella (pienennän Marevania®), otan ehkä 1-2 kertaa vuodessa kuurin. Sydän rupeaa lepattamaan, on ohut olo, sydän muljahtelee, on ohut veri, menen sitten viikottain tsekkauttamaan inrin.” (Potilas 2)

”Alkoholia, jos olen ottanut, ei ainakaan seuraavana päivänä kokeeseen.” (Potilas 3)

Annostusta potilaiden mielestä on syytä muuttaa maltillisesti INR-arvojen mukaan. Jos INR-arvo on korkea, varfariini-annostusta madalletaan ja toisinpäin.

”Annostuksen muutoksesta: jos otan ke 1, otan sitten su 1 (jos pitäisi puolikas vähentää), että kierto menee tasaiseksi. ma ja ti 1 ½, ke 1, to ja pe 1 ½, la ja su 1 ½ -> su vähennän ½ tablettia, ei kahta perättäistä päivää 1 tabletti. Jos INR-arvo on kovin korkea muuttaa radikaalisti yhden päivän, lisätä 1 tai poistaa 1, sitten jatkaa pienennetyllä annoksella. Jos on hyvin korkea tai matala..ei useamman päivän radikaaleja muutoksia.” (Potilas 3)

Klexanen® käyttö tuotti ongelmia. Klexanea® eräs haastatelluista oli käyttänyt niin kauan, kunnes INR-arvot olivat hoitotasolla. Se oli edellyttänyt potilaalta lääkkeen pistämistä useamman viikon ajan. Kun haastateltavalla oli mahan iho mennyt mus-

telmille, oli aivan sama, miten päin pisti. Hän antoi pistämiseen vinkin, jos lähtee pistämään ja neulankärki sattuu heti iholla, niin on hyvä vaihtaa pistämispaikkaa.

Varfariinia pitkään käyttäneellä 52-vuotiaalla naisella oli ollut kokemusta myös tähystyksistä ja leikkauksista. Niissä tilanteissa lääkäri oli aikonut määrätä liian suuret annokset varfariinia. Kohdun poiston yhteydessä lääkäri oli määrännyt tuplannoksen verenohennuslääkettä estääkseen tulpan, jonka seurauksena oli verta vuotanut vatsaonteloon 2,5 l.

”Tähystyksen jälkeen lääkäri käski ottaa kaikki ottamatta jääneet annokset? Anteeksi mitä, puolitoista pilleriä/pv eli 4,5 tablettia..ai mä ottaisin ne kaikki? Niin kuule en ota, mä ottaisin järkyttävän annoksen. Ajattele niitä mummoja, jotka pökkuroivat lääkärin edessä. Mä otin 2 tablettia, kaikki oli OK.” (Potilas 2)

5.2.6 Varfariinipotilaan hoidon ja hoidon seurannan kehittäminen

Terveydenhuoltohenkilökunnalta saatuun palveluun oltiin tyytyväisiä. Myös itse varfariinihoitoon oltiin tyytyväisiä, vaikka mielellään potilaat eivät koko lääkettä edes söisi. Lääkäriin pääsemistä haluttaisiin parantaa. Lääkäri nähdään liian harvoin. Lääkärin vaihtuvuus Orimattilan terveyskeskuksessa koetaan huonona asiana. Kokeneemmat lääkärit saavat parempaa palautetta kuin nuoret, keikkalääkärit. Orimattilan terveyskeskukseen toivotaan sydänlääkäreitä.

”Pitäisi jossain neuvoa antaa ja keskustella. Mitä vaikuttaa, kun vuositolalla syödään. Ei ole ketään lääkäreitä, kenen kanssa keskustella, heillä ei ole aikaa.”(Potilas 1).

Lahteen soittaminen ja asioiden hoitaminen Päijät-Neuvonnan kautta saa myös kriittistä palautetta. Aikaisemmin oli lääkärin henkilökohtaiset avustajat, joille sai suoraan soittaa. Se systeemi koettiin hyvänä. Toivottiin henkilöä, jolle voisi soittaa ja kysyä tai mahdollisuutta sähköpostin kautta kysymiseen. Toisaalta erään potilaan mielestä asioita hoidetaan liikaa puhelimitse.

Erikseen koulutetut Marevan-hoitajat haastateltavat kokivat hyvänä. Laboratoriohenkilökunta saa kiitosta siitä, että näytteenottoon Orimattilan terveyskeskukseen pääsee tarvittaessa ilman ajanvarausta. Marevan-kokeessa oli käyty myös Päijät-Hämeen keskussairaalassa, jos oli uusi käyttäjä ja näytteenotto-päivä sattui viikonloppuun. Marevan-koe on otettava kolmen päivän kuluttua hoidon aloituksesta. Näytteenotto toivotaan palautettavan entisen käytännön mukaiseksi (tiettyinä päivinä tiettyyn kellonaikaan ilman ajanvarausta). Ajan varaaminen Päijät-Neuvonnan kautta ja ilmoittautuminen Orimattilan terveyskeskuksen laboratorioon kaksinkertaistaa potilaan ja hoitohenkilökunnan työtä. Työikäisten mielestä tämä systeemi ei ole hyvä.

Kolmelle haastatellulle naispotilaalle terveyskeskus ei ollut muistanut soittaa Marevan-kokeen tulosta. Potilaat olivat itse soittaneet seuraavana päivänä tai jopa vasta noin neljän päivän päästä annostuksen jatkumisesta. Uudelle käyttäjälle soitettiin Marevan-kokeen tuloksesta ja sanottiin, että se normaaliannostus. Hän ei ollut ensin ymmärtänyt mitä se tarkoittaa. Haastatellut ehdottivat tekstiviestipalvelua INR-tuloksen saamiseksi. Myös MedOnen toiminta sai kriittistä palautetta, koska INR-kokeisiin pääsyä oli rajoitettu erällä potilaalla. Tällä henkilöllä oli ollut jo kolme

tulppaa vuosien varrella. Varfariinipotilailla on koko ajan voimassa oleva kestolähte laboratorioon. Tämän vuoksi koetaan, että hoidon seuranta ei ole riittävää. Annostuksen säätämisessä on parannettavaa varfariinia jo useamman vuoden ajan käyttäneen mielestä:

”Lääkärit; tiedostettaisiin, että potilaalle löytyy oikea arvo ja tähdittäisiin sen löytämiseen ja potilaan kanssa keskusteltaisiin, onko lääke ottamatta tai miksi arvo ei ole hoitoalueella, mikä on sen lääkityksen säätämisen tavoite. Aina on syy, miksi arvo ei ole kohdalla. Lääkärillä pitäisi olla ymmärtämys muiden aineiden yhteisvaikutuksista. Asiat, jotka vaikuttavat selkeämmin ja tietyt asiat, jotka vähemmän. Hankalaa, kun ei ole kunnon tietoa Marevanista, miten eri aineet vaikuttavat –opusta. Kukaan ei ole mua säikäyttänyt, mutta alkuajoina ei riittävästi kerrottu..tuli olo, ettei mitään saa syödä.” (Potilas 5)

Tukea toivotaan, jos potilas haluaa itse säätää annostuksiaan:

”Potilaallekin mahdollisuus, että voisi itse katsoa annostusta. Koskaan ei ole annettu korttia, miten annosta säädellään. Se on ilmeisesti vain sairaalan käyttöön. Avoimuutta lisää, tukea potilasta päätöksessään, jos haluaa itse säätää. Siinä voisi sitten auttaa tai kysellä oletko itse tarkkaillut, haluatko lappusen, josta tarkkailla. Yhteiset potilastiedot olisi hieno asia.” (Potilas 5)

Myös neuvontaan on syytä kiinnittää huomiota. Seuraava palaute tuli potilaalta, joka oli käyttänyt lääkettä noin kolme kuukautta:

”Se, että asiat eivät ole itsestäänselvyyksiä. Tarkemmin pitäisi olla, että potilas varmasti itse tietää, miten toimitaan. Jos luvataan, että soitetaan tietyinä päivinä, niin soitetaan. Mä osaan kyllä lukea vihkosta, kaikille se ei ole välttämättä itsestään selvää. Jos ei ole ruokarajoitteita syömisten suhteen, se pitäisi kertoa, että ei käy niin, kuten laskin viinirypäleitä.” (Potilas 7)

Kaikki haastattelemani työikäiset (kolme henkilöä) toivoivat omaa kotimittaria, jolloin potilaat itse näkisivät heti ajanjaksojen ja esimerkiksi matkojen vaikutukset.

”Oma mittari, ei tarvitse ostaa, toki ei ole suuri hinta terveydestä, mutta periaatte.” (Potilas 3)

Orimattilan apteekin toiminta sai kiitosta. Haastateltavat kokivat hyvänä, että reseptien uusiminen tapahtuu apteekin kautta. Marevan-oppaiden pitäisi olla maksuttomia asiakkaille. Apteekin neuvontaan oltiin tyytyväisiä.

”Kiva asioida, ihana henkilökunta, kaikki lähtee mun höpötykseen mukaan eli vakavistakin asioista voi heittää huulta.” (Potilas 2)

”Kanta-asiakkuutta pitäisi tarjota aktiivisemmin. Oli kiva, kun tarjottiin, että voi jättää reseptit säilytykseen apteekkiin, mitä normaalisti tarjotaan mummoille.” (Potilas 5)

6 POHDINTA

Haastattelujen perusteella varfariinipotilaan hoitopolku perusterveydenhuollossa Orimattilassa on toimiva ja terveydenhuoltohenkilökunnalla on selkeä roolijako. Lääkärit arvioivat varfariini-lääkkeen tarpeellisuuden ja Marevan-hoitajat huolehtivat neuvonnasta, annostuksista (tietyissä rajoissa) sekä kontroleista. Sairaanhoidajien työnkuva on monipuolinen Orimattilan terveyskeskuksessa. Toimiva terveyskeskuksen –toimenpideohjelman yksi tavoitteista onkin lääkärintyön ja hoitajantyön uudelleen mallintaminen. Apteekin farmaseuttinen henkilökunta täydentää neuvontaa hoitopolussa.

Potilaille varfariinihoito on haasteellinen ja edellyttää säännöllistä seuranta. Potilaat ovat tietoisia tummanvihreiden kasvisten ”sopimattomuudesta” varfariini-hoidon kanssa. Myös särkylääkkeiden soveltuvuudesta potilailla on oikeanlainen käsitys. Toisaalta kysyttäessä potilaiden tietämystä varfariinista lääkkeenä, vastauksena oli usein, että se on rotanmyrkyä. Potilaille yleensä kerrotaan lääkkeen vaikutuksesta vain, että varfariini estää tulppien syntymisen. Kuitenkin potilaiden haastatteluista tuli esille, että he haluaisivat tietää enemmän varfariinihoidosta ja sen toteutuksesta. Osa olisi valmis jopa seuraamaan INR-arvoja kotona ja säätämään annostusta sen mukaan. Erityisesti haastattelemani työikäiset potilaat toivoivat saavansa tukea varfariinin omatoimiseen annosteluun, jota Marevan-hoitajat eivät suositelleet. Myös ehdotettu INR-mittari oli terveyskeskuksen laskelmien mukaan liian kallis. Kuitenkin potilas on oman elämänsä ja arkensa asiantuntija (Routasalo ym. 2009). Hän tekee päätökset elämäntapojensa muutoksista ja omahoidosta autonomisesti tietoonsa ja kokemukseensa tukeutuen. Ammattihenkilön tehtävä on antaa potilaalle tarvittavaa tietoa sairaudesta, hoidon tavoitteista ja keinoista sekä ohjata ja motivoida potilasta. Tällaisella voimaantumiseen ja voimaannuttamiseen perustuvalla toimintamallilla voidaan parhaimmillaan parantaa hoitoon sitoutumista ja siten hoitotuloksia. Suomessa hyviä tuloksia on saatu diabetespotilaiden tehostetusta seurannasta (Tuomi-lehto ym. 2001).

6.1 Varfariinipotilaan hoitopolku

Eteisvärinäpotilaat ovat tavallisimpia, joille varfariinihoito aloitetaan perusterveydenhuollossa. Laskimotukoksen hoito on mahdollista aloittaa, jos röntgenlääkäri on paikalla terveyskeskuksessa. Lääkäri vastaa potilaan hoidosta kokonaisuudessaan. Orimattilan terveyskeskuksen kaikki kahdeksan sairaanhoitajaa on perehdytetty Marevan-hoitajiksi varfariinihoitoon. Marevan-hoitajien vastuulla on iso osa potilaan hoidosta ja hoidon seurannasta. Marevan-hoitajat antavat potilaalle alkuopastuksen, tekevät keistolähetteen, määrittelevät annostuksen (1,40 - 4,50 rajana, määrittävät tämän) ja huolehtivat jatkokontrollista. Marevan-hoitaja soittaa potilaalle kokeen tuloksista, jos on uusi käyttäjä, uuden tasapainon hakeminen tai ns. hälytys eli INR-arvo on yli 6. Toimistohenkilökunta soittaa kokeen tulokset, jos ei ole poikkeavuuksia. Hoitopolkuun osallistuvalla apteekilla tehtävinä ovat neuvonnan täydentäminen, itsehoitolääkkeiden ja luontaistuotteiden sopivuuden sekä interaktioiden tarkistaminen. Kysyttäessä terveydenhuollonhenkilökunnalta, ketkä osallistuvat varfariinipotilaan hoidon seurantaan, apteekkia ei mainita ollenkaan. Haastatteluissa tuli kuitenkin esille, että apteekin rooli on tärkeä. Etenkin potilaiden haastatteluissa tuli myös esille se, että lääkärin toivottaisiin olevan enemmän mukana potilaan hoidon toteutuksessa ja potilasneuvonnassa.

Marevanpotilaiden määrä on suuri ja kasvamaan päin. Marevan-kokeita otetaan vuoden aikana paljon. Orimattilan terveyskeskuksessa 1.1. – 31.12.2008 välisenä aikana Marevan-kokeita otettiin 8594. Ajalla 1.9.2008 – 31.8.2009 Marevan-kokeita otettiin 8142. Ajalla 1.1.2009- 30.9.2009 Marevan-hoitajat käsittelivät INR-asioita 4687 kertaa. Näistä puhelinkontakteja oli 4435, 101 kertaa käytiin vastaanotolla INR-asioissa ja 151:lle käsiteltiin potilaan INR-asioita esimerkiksi luomalla hoitokortti (potilaalle ei soitettu).

Yksi keino selkiyttää hoitopolkua on käyttää ongelmia kartoittavaa ja ratkovaa Rohto-paja-työskentelyä, josta on saatu hyviä kokemuksia (Puhakka ym. 2009). Rohto-paja on pieniryhmämuotoinen lääkekäytäntöjen ja työtapojen kehittämistilaisuus, jonka tavoitteena on entistä rationaalisempi lääkehoito ja hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen (Mäntyranta ja Mäkinen 2009). Rohto-pajoja on sovellettu myös antikoagulaatiohoitoon (Puhakka ym. 2009). Käytössä oleva varfariinihoitopotilaan hoitoprosessi on analysoitu ja kehitetty toimivammaksi sekä sovittu yhtenäisistä kirjaamiskäytännöistä. Antikoagulaatiohoidon järjestelyt Helsingin terveyskeskuksen Töölön terveysasemalla ja Leppävirran terveyskeskuksessa antavat malleja varfariinihoitopotilaan seurannan parantamiseen.

Helsingin terveyskeskuksen Töölön terveysaseman lähtökohdaksi otettiin kattava kirjaaminen (Puhakka ym. 2009). Tukena käytettiin Helsingin kaupungin Marevanhoito-ohjetta, jonka mukaa hoidon aihe, tavoitetaso, annos ja kesto tulee kirjata. Prosessin myötä kirjaamiskäytännöt kohentuivat merkittävästi. INR oli seurannassa tavoitetasolla 66-77 %:lla potilaista. Kattava kirjaaminen parantaa lääkitysturvallisuutta, kun lääkitystiedot ovat helposti kaikkien hoitoon osallistuvien saatavilla. Hoidon

toteuttaminen on myös sujuvampaa, kun tiedon etsiskelyyn ei enää kulu turhaa aikaa.

Töölön terveysasemalla hahmotettiin potilaan kulku terveysasemalla, ja seurauksena laadittiin uudet kirjalliset ohjeet potilaille ja henkilökunnalle (Puhakka ym. 2009). Uuden, yleensä sairaalasta kotiutuneen, varfariinihoitopotilaan ottaessa yhteyttä terveysasemalle hänelle annetaan ohje "Tiedote Marevan-hoitoa saaville potilaille". Toimisto varaa vastaanotto- tai puhelinajan omalääkärille, hoidonohjausajan hoitajalle, tilaa sairauskertomustiedot sairaalasta ja ottaa lääkärille kopion Marevan-kortista sekä tekee laboratorioon INR-kestolähetteen. Potilas ohjataan kokeeseen maanantain ja keskiviikon välisinä iltapäivinä ja hän soittaa vastauksesta kahden päivän kuluttua toimistoon. Kun näyte otetaan annosteluohjeen ollessa vielä voimassa, vältetään turha kiire eikä kuormiteta laboratoriotakaan aamun ruuhka-aikoina. Hoitohenkilökunnalta tulleen palautteen perusteella kokeiden ja vastausten saamisen uusi aikataulu on helpottanut ajankäytön suunnittelua ja vähentänyt antikoagulaatiohoidon seurantaprosessiin kuluvaan aikaa.

Helsingissä on päätetty 1.11.2009, että koko kaupungissa kaikilla terveysasemilla siirytään käytäntöön, jossa hoitaja soittaa potilaalle INR-annostelun (Puhakka, Jaana, henkilökohtainen tiedonanto). Omassa projektissaan Jaana Puhakka pyrki opettamaan ainakin kolmasosan potilaista itsenäisiksi. Ajatuksena on se, että he kävisivät INR- kokeessa, saisivat automaattisesti esimerkiksi tekstiviestillä tuloksen ja toimisivat sen mukaan (jatkaisivat entisellä annostuksella/kontrollivälillä tai olisivat yhteydessä terveysasemaan).

Myös Leppävirralla on varfariinipotilaille tehty hoitopolku (Korhonen 2009). Siellä lääkäri kirjoittaa hoidon aloituspäivän, aiheen, hoitorajat ja annoksen sekä hoidon keston. Hoitajan roolina on ruokavalio-ohjeiden antaminen uudelle antikoagulaatiopotilaalle opaskirjaa (Marevan hoidon opas, Suomen Sydänliitto ry) apuna käyttäen. Omahaoitajan tehtävä on lääkityksen perusteiden kertaaminen ja toimintaohjeet Marevan-kokeiden suhteen. INR-tuloksen tultua lääkäri määrää annoksen ja jatko-seurannan. Vastaukset ja jatkohoito-ohjeet potilaalle ilmoittaa yleensä neuvonta puhelimitse, ellei hoitotasapaino ole vaikeasti horjunut. Molemmilla paikkakunnilla, Helsingissä ja Leppävirralla, apteekkia ei ole huomioitu hoitopolussa. Farmaseuttinen asiantuntija täydentää paremmin lääkärin ja hoitajan toimintaa, kun yhteiset perissäännöt on sovittu.

Orimattilassa varfariinihoitopotilaan hoitoprosessi eroaa Helsingin ja Leppävirran terveysasemien hoitoprosesseista. Orimattilassa varfariinipotilaan hoidossa on sovitut tilanteet, joissa Marevan-hoitajat voivat itsenäisesti vastata myös lääkehoidon seurannasta. Ainoastaan huonossa hoitotasapainossa olevat potilaat ohjataan lääkärin vastaanotolle. Interaktioista ei ollut sovittuja sääntöjä, vaan tapauskohtaisesti hoitohenkilökunta harkitsi jatkon. Haastattelemani potilaat kokivat lääkärin tavoitettavuuden huonona. Ainoastaan tekoläppäpotilaalla oli säännölliset tarkastukset erikoissairaanhoidon puolella. Potilaat olivat tyytyväisiä Marevan-hoitajien työhön. Lääkettä useamman vuoden käyttäneillä oli kritiikkiä lääkäreiden varfariinin annostuksen säätämisestä ja lääkärin jatkuvasta vaihtumisesta. Näytteenotto toivottiin

palautettavan entisen käytännön mukaiseksi (tiettyinä päivinä tiettyyn kellonaikaan ilman ajanvarausta). Orimattilassa potilaiden vastuulla oli INR-kokeiden tuloksien merkitseminen itselleen muistiin, sillä kokeiden tulokset soitetaan puhelimitse. Muutamalla potilaalla INR-kokeiden tuloksista ei oltu myös muistettu soittaa. Tekstiviestipalvelua ehdotettiin vastauksien saamismuotona. Orimattilan terveystieteiden kiireestä ja kuormituksesta johtuen INR-kokeet olisi yksi kehittämiskohde. Myös valikoitujen potilaiden tukeminen itsenäiseen annoksen säätelyyn vähentäisi Orimattilan terveystieteiden kuormitusta. Helsingin terveystieteiden kaltaisten kokeiluprojektien kautta saadaan tietoa ja tukea varfariinipotilaan hoitopolun rakentamiseen myös muilla paikkakunnilla. Samoin oma projektini on tuonut uutta tietoa, jota on sovellettavissa muualla. Se antaa varsin selkeän viestin siitä, että hoitopolku tulisi pystyä eriyttämään ja räätälöimään potilaiden elämäntilanteiden mukaan sekä löytämään keinot potilaiden osallistamisen lisäämiseen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen.

6.2 Varfariinihoito potilaan näkökulmasta

Haastattelemillani potilailla ei ollut isoja ongelmia varfariinin käytössä. Useimmilla potilailla asenne oli kielteinen lääkkeeseen. Lääkettä, "rotanmyrkkyä", ei mielellään käytetä. Ymmärretään, että se pitää hengissä. Varfariinihoito vaatii säännöllistä laboratorioseurainta, jonka avulla ehkäistään liian suurten annosten aiheuttama vuoto-riski ja liian pienten annosten aiheuttama tukosriski. Marevan-kokeissa käyminen koetaan työläänä, etenkin jos Marevan-koe on yhden – kahden viikon välein.

INR-arvon saamiseen haluttuihin rajoihin kului useampi viikko sekä uusilla käyttäjillä että varfariinia pidempään käyttäneillä. Syitä INR-arvon heilahteluun ei useimmiten tiedetty. Potilailla ei pitäisi olla tuntemuksia INR:n ollessa alle 2 tai yli 4,5. Yhdellä potilaalla oli "psykkisiä tuntemuksia", joihin Marevan-hoitajat eivät uskoneet.

Yhteiskäytön riskit eivät aina näy INR-arvon muuttumisena, esimerkiksi varfariinin ja tulehduskipulääkkeen tai luontaistuotteen käyttö ei aina näy INR-arvoissa, vaan vaikutus voi tulla toista kautta (Laine 2003, Keinänen ym. 2006). Jos INR-arvo kasvaa yli 4,5, vuoto-riski kymmenkertaistuu verrattuna potilaisiin, joiden hoitotaso on hyvä. Ikääntyminen lisää antikoagulanttihoitoon komplikaatioita (Syrjälä 2000). Yli 60-vuotiaan vuoto-riski on moninkertainen alle 40-vuotiaaseen verrattuna. Iäkkäillä (80-vuotiailla tai vanhemmilla) antikoagulaation veritulpan riskiä vähentävän vaikutuksen arvioidaan vielä selvästi ylittävän komplikaatio-riskin, mikäli hoitotaso on sopiva (Räihä ym. 1996). On todettu, että antikoagulaatiohoidossa saavutetaan useimmiten riittävä teho lievällä "alihoidolla" eli pitämällä trombolastiiniaika hieman vakiintunutta suositustasoa korkeampana. Etenkin vanhusten antikoagulaatiohoidossa tulisi suosia tällaista kevennettyä hoitoa, mikäli se on hoidettavan taudin kannalta mahdollista (poikkeuksena teko-läppäpotilaat). Erityisen tärkeää on antikoagulaatiohoitoa saavien potilaiden seuranta samassa hoitopaikassa ja trombolastiiniaikamäärittelysten tekeminen riittävän lyhyin väliajoin. Hoito tulisi myös uskaltaa lopettaa, jos esimerkiksi potilaan yhteistyökyky huononee ikääntymisen myötä.

Ruokavaliosta saatava K-vitamiini on osallisena veren hyytymisessä. Varfariinin tehtävänä on estää tätä K-vitamiinin toimintaa. Hoidon tavoitteena on löytää tasapaino ruoasta tulevan K-vitamiinin ja lääkkeen tehon välillä. Kaikki potilaat olivat tietoisia tummanvihreiden kasvien ”sopimattomuudesta” varfariinin kanssa. Kasvisruokavalio, ”heinät”, ei tuottanut ongelmia miehille. Neuvonnassa on kerrottava, että kaikkia kasviksia saa syödä ja tasaisesti. K-vitamiinia jopa suositellaan 150 - 200 mikrogrammaa vuorokaudessa paremman tasapainon saamiseksi (Lassila 2009). K-vitamiinin määrän muuttuessa yli 250 – 500 mikrogrammalla tasapaino saattaa häiriintyä ja INR:n tarkistaminen on aiheellista.

Aktiivinen laihduttaminen vaikuttaa K-vitamiinin saantiin ja imeytymiseen ja tämän vuoksi INR-arvon tarkka seuranta on laihduttamisen aikana tarpeen (Schwab ja Gylling, 2004). Paastoa ei suositella varfariinipotilaalle.

Uudet varfariinikäyttäjät olivat saaneet ensimmäisen neuvonnan lääkärin jälkeen apteekista. Vastaanottoaika Marevan-hoitajalle oli usein muutaman päivän päästä lääkkeen määräämisestä. Vasta Marevan-hoitajalta uusi käyttäjä sai kirjallisia ohjeita lääkkeen käytöstä. Töölön terveysasemalla kirjallinen ohje annettiin potilaalle hänen ottaessa yhteyttä terveysasemaan (Puhakka ym. 2009). Apteekin antaman neuvonnan yhdenmukaistaminen Marevan-hoitajien neuvonnan kanssa on tärkeää, ettei potilas saa ristiriitaista tietoa.

Myös MedOnen toiminta sai kriittistä palautetta, koska INR-kokeisiin pääsyä oli rajoitettu eräällä potilaalla. Potilas olisi päässyt vasta noin viiden päivän päästä kokeeseen. Tällä henkilöllä oli ollut jo kolme tulppaa vuosien varrella. Tämän vuoksi koetaan, että hoidon seuranta ei ole riittävää. Marevan-hoitajat sanovat, että tällaiset potilaat ”säättävät” kaikkea hoidossaan annostuksista lähtien. Parhaiten varfariinin yhteisvaikutukset ovat hallittavissa tiheällä INR-arvojen seurannalla aina kun potilaan lääkityksessä, ruokavaliossa tai terveydentilassa tapahtuu muutoksia (Laitinen 2004). Marevan-hoidon oppaassa potilasta suositellaan ylimääräiseen INR-mittaukseen seuraavissa tilanteissa: aloitetaan/lopetetaan (uusi) lääke, vitamiini tai ravintovalmiste, potilaalla on oksentelua, ripulia, kuumetta tai jokin tulehdustauti sekä lomamatka lähestyy (Kaivos ym. 2009). Näytteenotto Orimattilan terveyskeskuksessa maksaa 3,40 €.

Työikäiset, lääkettä useamman vuoden käyttäneet osaavat itse säätää annostustaan. Alkoholin tai lyhyen tulehduskipulääkekuurin aikana he ovat vähentäneet tai jättäneet kokonaan väliin varfariiniannoksen. Vuodenajoilla on vaikutusta INR-arvoihin. Kesällä salaatti- ja mansikka-aikaan eräs haastatelluista lisäsi vuorokautista varfariiniannostaan. Varfariiniannostusta potilaiden mielestä on syytä muuttaa maltillisesti INR-arvojen mukaan. Jos INR-arvo on korkea, varfariini-annostusta madalletaan ja toisinpäin. Annosmuutokset tehdään korkeintaan yhden tai kahden päivän kohdalle. Myöskään muutospäivät eivät ole perättäiset vaan jakaantuvat tasaisesti viikolle. Potilaiden mielestä INR-arvoa on helpompi laskea yli kolmesta kuin saada ylöspäin yli kahdesta. Marevan-hoitajat eivät suosittele, että potilaat itse kovin herkästi muuttaisivat annostuksiaan.

Tutkimukset hoitoon sitoutumisesta osoittavat, että vain noin 50 % pitkäaikaisia sairauksia potevista käyttää lääkkeitä ohjeiden mukaisesti (Haynes 2001). Sen seurauksena hyöty jää ainakin osittain saavuttamatta ja hoito tulee tuloksiin nähden yhteiskunnalle kalliiksi (Dowell ym. 2007). Suomessa väestön omahoidon tukeminen on nostettu keskeisesti esille poliittisissa linjauksissa (Routasalo ym. 2009). Omahoidon parantamisella on mahdollista edistää ihmisten vastuunottoa omasta terveydestään, terveellisiä elintapoja ja siten sitoutumista näyttöön perustuviin hoitoihin. Omahoidon kannustaminen, esimerkiksi annostelussa, oikein valikoiduille varfariinipotilaille tuottaisi varmasti hyviä tuloksia. Toisaalta on löydettävä keinoja, joilla kiireisessä elämäntilanteessa olevat ihmiset muistavat ottaa lääkkeensä joka päivä. Varfariini on lääkeaine, joka herättää käyttäjässään pelkoa. Eräs haastateltavista toivoi omaa kotimittaria. Kotimittarilla voisi tarvittaessa tarkistaa INR-arvot tilanteissa, kun ei ole varma, onko ottanut lääkkeen vai ei. Näin potilaan hoidosta johtuva pelko olisi vähäisempää.

Päivitetystä Marevan-hoidon oppaassa on myös SOS-kortti, joka kertoo potilaan käyttämästä varfariini-lääkityksestä (Kaivos ym. 2009). SOS-korttia potilas voi kuljettaa esimerkiksi lompakossaan, jolloin onnettomuustilanteissa hoitohenkilökunta saa nopeasti tiedon lääkityksestä. Haastattelussa eräs potilas toivoi ranneketta onnettomuustilanteita varten.

Vanhemmat ihmiset kokevat pääsevänsä liian harvoin lääkäriin. Potilaat saavat mielestensä ystävällistä palvelua, mutta kaipaavat tietoa ja keskustelua hoidostaan. Neuvonnasta keskusteltaessa potilaat vastaavat, että lääkärit eivät ole neuvoneet mitään. Kysyttäessä, mitä tiedät varfariinista, useimmat vastasivat vain, että se on rotanmyrkyä. Muutama haastateltava ei myöskään osannut vastata kysymykseen, mitä terveydellistä hyötyä hoidosta on. Tämä heijastaa potilasneuvonnan kehittämisen tarvetta.

6.3 Hoitopolun kehittäminen

6.3.1 Ruokavalio-ohjaus

Monille varfariinin käyttäjille kasvisruokavalio ei aiheuta ongelmia. Vuosien varrella neuvonnassa on korostettu, että tummanvihreitä kasviksia on syytä välttää. Haastattelemani nuori nainen oli alkanut laskemaan syömiään viinirypäleitä luettuaan Marevan-hoidon opasta (Penttilä ym. 2004). Myös eräs haastatelluista pohti vihreitä kasviksia ja niiden vaarallisuutta. "Ei kai niitä voi syödä liikaa?". Haastattelemani farmaseutti kertoi anoppinsa välttävän kaikkia vihreitä kasviksia. Apteekeista ja terveyskeskuksista jaettava Marevan-hoidon opas on päivitetty (Kaivos ym. 2009). Opas on selkeämpi ruokavalio-ohjeistuksessa, eikä korosta tiettyjen vihreiden kasvien rajaamista pois ruokavaliosta, kuten aiemmin. Marevan-hoitajien antamissa kirjallisissa ohjeissa ohjeistetaan jokapäiväiseen kasvien käyttöön, mutta ei suositella tummanvihreitä. Marevan-hoitajien suullisissa ohjeissa painotetaan, että kaikkea saa syödä, kunhan syö tasaisesti. Ruokavalio-ohjauksen selkiyttäminen on tärkeää potilaan hoidossa. Se vaatii aikaa, jotta vanhat uskomukset saadaan muutettua.

K-vitamiini ei tuhoudu elintarvikkeiden käsittelyn ja ruoanvalmistuksen aikana (Schwab ja Gylling 2004). Tuoreissa elintarvikkeissa on siten yhtä paljon K-vitamiinia kuin pakastetuissa ja keitetyissäkin. Heittelehtivän INR:n paras ensihoito on säännöllisen runsaasti K-vitamiinia sisältävä ravinto (Airaksinen 2008). Tämä muutenkin terveellinen ruokavalio lisää luonnollisesti varfariinin viikkoannosta, mutta helpottaa monen potilaan hoidon tasapainottamista.

6.3.2 INR-seuranta ja kotimittarit

Työkäiset toivovat käyttöönsä kotimittarin INR-määrityksiä varten. Kotimittari vähentäisi huolta INR-arvojen suhteen, jos esimerkiksi tablettilääkkeen ottaminen on unohtunut. Oma kotimittari mahdollistaisi potilaita näkemään ajanjaksojen ja matkojen vaikutukset INR-arvoonsa. Myös laboratorioon meneminen koetaan työläänä. Aika varataan Päijät-Neuvonnan kautta, lisäksi on jonotettava Orimattilan terveyskeskuksessa laboratorioon pääsyä. Koetaan, että jonottaminen on kaksinkertaistunut tämän uuden palvelumallin kautta. Potilaille sovitaan seuraava Marevan- koe-päivä aina soittaessa kokeen tuloksista. Työkäiset ja myös osa eläkeläisistä eivät halua varata aikaa, sillä he eivät välttämättä tiedä, missä ovat neljän viikon päästä.

Marevan-hoitajilla on samanlaisia kehittämisideoita: kotimittareita, laboratorioon kiinteä aika tai mittauspiste, jossa tuloksen saisi heti. Marevan-potilaiden määrä on suuri ja edelleen kasvamaan päin.

INR-seuranta voidaan tehdä Point-of-care-laitteilla (POC), joissa määrittäminen tehdään antikoaguloimattomasta kokoverinäyttestä, ts. yleensä näytemuotona on sormenpäästä otettava ihopistosnäyte (Joutsu-Korhonen ym. 2008). INR-pikatestejä tehdään, kun tulos halutaan joustavasti (kotisairaanhoidossa, vanhainkodit), nopeasti (päivystyspoliklinikat, leikkaussalit) tai pienestä verimäärästä ilman laskimonäytteenottoa (lapsipotilaat). Lisäksi ulkomailla potilaan itse suorittama INR-seuranta on yleistä. Laajoissa meta-analyysissä on osoitettu potilaan itse suorittama INR-seuranta ja lääkkeen annostelu olevan yhtä tehokasta ja turvallista kuin keskitetysti tehty seuranta ja ohjaus (Jansson 2005, Mähönen ym. 2005, Joutsu-Korhonen ym. 2008). Huomioitavaa on, että potilaan siirtyessä pikatesteihin, määritystiheys lisääntyy ja tämä osaltaan parantaa hoitotasoa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä on kokemuksia INR-pikamittareista kotisairanhoidossa. Kotisairanhoidossa välimatkat ovat usein pitkiä ja hoitajien aikaa säästyy, jos yhdellä käyntikerralla voidaan hoitaa sekä INR-mittaus että varfariinien annostelu. Kotisairanhoidotajien aikataulu ei myöskään ole sidottu laboratorion aukioloaikoihin tai kuljetuksiin.

Haastattelemillani työkäisillä potilailla on valmiutta ottaa itse enemmän vastuuta omasta hoidostaan, mm. mittaamalla kotona INR-arvoja. Tähän kannattaa pyrkiä niiden potilaiden kohdalla, jotka pystyvät ottamaan lisää vastuuta. Kotimittari saattaisi jopa huomattavasti parantaa hoidon seuranta ja siten hoidon tuloksellisuutta, koska nyt osalle näyttää olevan hankalaa mennä seurantamittaukseen terveyskeskukseen. INR-pikamittareiden yleistymisen edellyttää laajoja tutkimuksia. Pikamittareiden hyödyt ja haitat tiedetään, mutta kallis hinta on yleistymisen esteenä. Lep-

päivirralla työn alla on käyttöön otettava kannettava INR-pikamittari kotisairaanhoidossa (Korhonen 2009).

Marevan-hoitajat kertoivat haastattelujen palaute-tilaisuudessa, että Orimattilan terveyskeskukselle tulee edullisemmaksi potilaiden käynnit terveyskeskuksessa kuin mittareiden jakaminen varfariini-potilaille kotikäyttöön. Kotimittarit maksavat tällä hetkellä noin 660€ ja testiliuskat 180 €/prk (24 liuskaa) (Varsinais-Suomen Sydänpiiri ry 2009). Käyttäjien määrän kasvaessa laitteiden hinta todennäköisesti laskisi.

Toisaalta pikamittarien mahdollistamat helpotukset seurannassa vaativat selkeitä pelisääntöjä INR-seurannan laadun takaamiseksi (Mähönen ym. 2005, Lassila 2009). Potilaiden valinta, laitteiden toiminnan seuranta, tulosten vertailu laboratoriotulosten kanssa, tulosten ja poikkeamien kirjaaminen ja toimintasuositukset ovat kriittisiä elementtejä hoidon turvallisuuden takaamiseksi. INR:n omaseuranta pikamittarilla on soveltuvilla potilaille hyvä ratkaisu. Sen on osoitettu vähentävän kuolleisuutta jopa 30 % varfariinihoidon aikana (Joutsu-Korhonen ym. 2008).

Huolimatta lääketeollisuuden uusista vaihtoehtoista antikoagulaation toteuttamiseen, on nykyvaihtoehtojen käyttöä optimoitava (Lassila 2008). Tulevaisuutta ajatellen farmakogenetiikka on tuonut varfariinin alkuannostelun avuksi polymorfioihin perustuvia geenitestejä, joiden kohteet ovat varfariinin metaboliaa säätelevä CYP2C9 ja K-vitamiinin aineenvaihduntaan vaikuttava VKORC-1-entsyymi. Testien avulla voidaan räätälöidä yksilöllinen varfariiniannos, mutta annosteluun vaikuttavat edelleen lukuisat tekijät ja erityisesti lääkeaineinteraktiot. Varfariinin annostelun farmakogeneettistä mallia, jota esitetään www.warfarindosing.org -verkkosivulla, voisi alkuun testata ainakin suuren vuotoriskin potilailla.

6.3.3 Tukea ja ohjausta

Huolimatta lääkkeen hyödyistä varfariinia määrätään liian vähän vanhemmille ihmisille (Poon ym. 2007). Tämä johtuu siitä, että pelätään vuotovaaroja, lääkeinteraktioita ja muiden sairauksien aiheuttamia haittoja. Bajorek työryhmineen (2009) haastatteli vanhempia ihmisiä heidän kokemuksistaan varfariinihoidosta. Vanhemmat ihmiset hyväksyivät varfariinihoidon terveydenhuoltohenkilökunnan käsityksistä poiketen. Heillä oli hyvä hoitomyöntyvyys (compliance), vaikka pelkoa ja tiedon puutetta esiintyi. Enemmän tukea ja tietoa tarvitaan potilaiden pitkäkestoisessa varfariinihoidossa.

Eräs omista haastateltavistani kommentoi, että neuvonnassa on huomioitava, että asiat eivät ole itsestänselvyyksiä potilaalle. Marevan-hoitajat sanovat varovansa kertomasta liikaa potilaille, jotteivat potilaat säikähtäisi. Keskustelujen aikana ilmeni, että potilailla tietoa on ollut ja toisaalta ei ole ollut. Lääkityksen käyttöaiheen huolellinen selittäminen parantaa hoitoon sitoutumista (Halinen 2001).

Asiakkaan käydessä yksityisellä lääkärillä, apteekilla on parempi tietämys potilaan kaikista lääkkeistä. Tällöin apteekissa pystytään paremmin varmistamaan itsehoitolääkkeiden ja luontaistuotteiden sopivuus sekä tarkistamaan interaktiot. Lääkärit korostavat, että apteekin farmaseuttisen henkilökunnan on myös muistutettava potilaita varfariini-annoksen noudattamisesta.

Apteekkilaiset toivovat käyttöindikaation kirjaamista lääkemääräykseen neuvonnan helpottamiseksi. Apteekkilaisten mielestä myös, asetyylisalisyylihappoa sisältävien verenkiertolääkkeiden käyttö yhdessä varfariinin kanssa olisi syytä selkeämmin tulla esille varfariini-potilaille.

Potilaat haluavat parannusta Marevan-hoidon tuntevien henkilöiden tavoitettavuuteen. Potilaat ehdottavat ei-kiireellisten asioiden selvittämistä sähköpostin kautta.

Toinen lääkäreistä ehdotti ohjauksen kehittämiseen ryhmäohjausta. Ryhmäohjaus on luonteeltaan informatiivista tiedonjakoa pienryhmässä, jossa paneudutaan myös yksilöllisesti esiin tuleviin ongelmatilanteisiin. Ryhmän kautta saisi perustietoja, valmiuksia ja vertaistukea varfariinihoitoon. Ryhmäohjaus soveltuisi terveyskeskuksen järjestämäksi. Myös apteekin sydänyhdyshenkilö voisi vieraillla ryhmässä kertomassa asioita apteekin näkökulmasta.

Apteekin rooli neuvonnassa korostuu, sillä Orimattilassa potilaiden hoito järjestyy suurelta osin sairaanhoitajien kautta. Tavanomaista on, että lääkkeen vaihto tapahtuu sairaanhoitajan välityksellä. Uusi resepti tulee apteekkiin ja potilas ei ole edes tavannut lääkäriä. Potilas pääsee lääkäriin sairaanhoitajan tapaamisen jälkeen, jos hänellä on jotain erityistä. Useimmat haastattelemani potilaat eivät olleet nähneet lääkäriä varfariinin määräyksen jälkeen. Lääkärien vaihtuvuus terveyskeskuksessa asettaa myös omat haasteensa potilaan hoitoon.

6.4 Farmaseutin rooli varfariinipotilaan hoidossa ulkomailla

Tässä projektityössä saatiin kuvatuksi suomalaisen apteekin tehtävät varfariinipotilaan hoitopolussa: lääkeneuvonta, lääkeneuvonnan täydentäminen, muiden lääkkeiden ja luontaistuotteiden sopivuuden sekä interaktioiden tarkistaminen. Ulkomailla farmaseutin rooli voi olla erilainen kuin Suomessa. Moniammatillisia toimintamalleja on kehitetty runsaasti, joista ensimmäiset kuvaukset ovat 1970-luvulta (Eldsbacka 2008). Pääosa malleista on 1990- ja 2000-luvuilta. Yhdysvaltalaisia tutkimuksia on paljon. Toimintamalleja on yleisimpiin kansansairauksiin, kuten korkeaan kolesteroliin, verenpaineeseen ja diabetekseen. Myös verenhennuslääkkeiden hoidon optiimointiin keskittyviä toimintamalleja on useita. Nämä moniammatilliset toimintamallit eroavat usein siinä, tekeekö farmaseutti itsenäisesti lääkehoitoihin liittyviä päätöksiä vai onko lääkäri aina lopullisessa vastuussa muutoksista.

Kanadassa tutkittiin farmaseuttijohtoista antikoagulanttihoitoon pitkäaikaisseuranta, jota verrattiin hoidon tehon ja kustannusten suhteen normaaliin lääkärin vastaanotolla tapahtuvaan seurantaan (Lalonde ym. 2008). Tutkimuksen kohteena olivat potilaat, joille aloitettiin oraalinen antikoagulanttihoito. Farmaseuttijohtoisessa antikoagulanttihoitossa potilaat saivat lääkeneuvontaa ja heidän INR-arvonsa määriteltiin. Tutkimuksessa farmaseuttijohtoinen antikoagulanttihoito pitkäaikaisseuranta oli kustannuksiltaan kalliimpi mutta yhtä tehokas kuin lääkärin vastaanotolla tapahtuva seuranta.

Yhdysvalloissa on tutkittu yli 75-vuotiaiden varfariinia käyttävien potilaiden oraalisen antikoagulanttihoidon seuranta. Seuranta tapahtui farmaseutin valvonnassa (Poon ym. 2007). Farmaseuteilla oli oikeus muuttaa potilaiden lääkeannoksia verikoetulosten perusteella ilman lääkärin hyväksyntää. Farmaseuttien seurannassa olevaa ryhmää verrattiin lääkärin seuraamaan ryhmään. Tulokset olivat positiivisia. Farmaseuttijohtoinen antikoagulanttiseuranta paransi hoitoa ja vähensi komplikaatioita. Lääkärin vastaanotolla katsottiin varfariinilääkityksen lisäksi potilaan muu lääkitys ja hoito. Garwood kumppaneineen (2008) osoittivat samansuuntaisia tuloksia Yhdysvalloissa tekemässään tutkimuksessa. Potilaat, joiden antikoagulanttihoito oli saatu tasapainoon farmaseuttijohtoisella klinikalla, siirtyivät lääkärin seurantaan. Potilaat siirtyivät harvemmin tapahtuvaan lääkärin seurantaan, kun viimeiset kuusi INR- mittausta olivat toivotulla tasolla. Potilaiden siirtäminen farmaseuttijohtoisesta seurannasta lääkärin seurantaan johti INR -kontrollien määrän vähenemiseen, komplikaatioiden määrän kasvuun ja potilaiden tyytymättömyyteen.

Yhdysvalloissa on tutkittu puhelimitse tapahtuvaa farmaseutin ylläpitämää antikoagulanttihoidon seuranta (Witt ym. 2005). Neuvonta oli tarkoitettu yli 18-vuotiaille varfariinia käyttäville kotona asuville potilaille. Tutkimus osoitti puhelinneuvonnan parantavan INR-kontrollia ja vähentävän komplikaatioiden esiintymistä verrattuna vastaanotolla tapahtuvaan kontrolliin. Tutkimuksessa todetaan, että on tärkeää kehittää antikoagulanttihoidon seuranta olipa se sitten puhelimitse tai vastaanotolla tapahtuvaa. Yhdysvalloissa tutkittiin myös huonosti liikkuvien potilaiden puhelimitse tapahtuvaa farmaseuttijohtoista antikoagulanttihoidon seuranta (Wittkowsky ym. 2006). Tutkimuksessa 117 potilasta sai neuvontaa puhelimitse ja 117 kävi klinikalla vastaanotolla. Tuloksissa tutkittujen ryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja. Erot INR-arvoissa tai verenvuodoissa ja muissa komplikaatioissa eivät olleet isoja ryhmien välillä. Puhelimitse tapahtuva antikoagulanttiseuranta on hyvä vaihtoehto esimerkiksi huonosti liikkuville potilaille.

On tärkeää, että antikoagulanttihoitoa ja hoidon seuranta kehitetään. Monet tutkimukset osoittavat, että farmaseuttijohtoinen (tai sairaanhoitajan vastaanotolla tapahtuva) antikoagulanttiseuranta parantaa potilaan hoitoa vähentäen verenvuotoja ja muita komplikaatioita (Amruso 2004, Jackson ym. 2005, Wittkowsky ym. 2006, Barnes ym. 2008). Potilaan seuranta on johdonmukaisempaa, riskitekijät huomataan ajoissa ja potilaan tietämys hoidostaan parantuu. Puhelimitse tapahtuvaan antikoagulanttihoidon seurantaan potilaat ovat myös tyytyväisiä (Witt ym. 2005, Wittkowsky ym. 2006).

6.5 Projektityön onnistuminen

Haastattelut sopivat tutkimusmenetelmäksi silloin, kun tavoitteena on selvittää tutkittavien ajatuksia, näkökulmia, kokemuksia tai käsityksiä tutkittavasta aiheesta (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Haastattelu on ennalta suunniteltu vuorovai-
kutustilanne, jota haastattelijä ohjaa (Hirsjärvi ja Hurme 2008). Se on joustava mene-
telmä, joka sallii tarkentavat kysymykset. Tutkimusmenetelmänä haastattelemalla
tulee paljon tietoa, josta on osattava poimia tutkimuksen kannalta oleelliset asiat.
Haastattelijan on myös osattava tehdä oikeanlaisia tarkentavia kysymyksiä. Tutki-
muksen huolellisella suunnittelulla ja hyvällä perehtymisellä tutkittavaan asiaan väl-
tytään työläiltä jälkipaikkailuilta.

Aloitin haastattelut Orimattilan apteekin farmaseuttisen henkilökunnan haastattelul-
la. Tutkimusmenetelmänä haastattelu oli minulle uusi, joten heidän kanssaan oli hy-
vä "harjoitella". Haastattelujen edetessä rohkenin tehdä kysymyksiä, jotka aluksi
koin vaikeiksi kysyä. Varovaisuus johtui siitä, etten tiennyt, miten haastateltavat suh-
tautuvat kysymyksiin. Vastauksien myötä varmistui, että kyseisiä asioita kannattaa
kysyä. Vaikein kysymys oli mielestäni esittää Marevan-hoitajille teemasta "mitä tie-
dätte lääkkeestä varfariini". Kysymyksen jälkeen oli hetken hiljaista. Itse jatkoin liian
nopeasti, puhuin esitteistä ja etenin kysymyksissä neuvonnan puolelle. Siten heidän
vastauksensa käsittelivät varfariinin käytön neuvontaa. Haastattelijan on siedettävä
hiljaisuutta.

Haastatteluihin kaikki osallistuivat mielellään. Terveystieteiden henkilökunnaltakin
löytyi kiireestä huolimatta aika haastatteluun. Lääkäreistä toinen oli ns. maahan-
muuttajalääkäri. Hän oli asunut Suomessa noin neljä vuotta. Hänellä oli yllättävän
hyvä suomen kielen taito. Kieli asetti kuitenkin omat haasteensa keskustelutilanteel-
le. Liian aikaisin ei kannattanut haastattelu-aikaa varata, sillä esimerkiksi yksi poti-
laista ei tullut haastatteluun. Ehkä hän ei muistanut tapaamista tai aika ei ollut hänel-
le sopiva. Myöhemmin hän tuli haastateltavakseni, jolloin huomasin, että hän myös
menee INR-kokeisiin silloin, kun hänelle sopii. Haastatellessani kymmentä potilasta,
asiat alkoivat toistua noin viidennen potilaan kohdalla. Suunnittelemani kysymykset
toimivat runkona, mutta parhaiten sai tietoa antamalla potilaan kertoa ja kommentoi-
da. Myös kehittämiskohteet löytyivät parhaiten pitkin haastattelua, ei niinkään
varsinaisen kysymyksen kohdalta. Potilaita valikoitui haastateltavaksi melko hetero-
geeninen ryhmä. Varfariini oli määrätty heille eteisvärinänsä, laskimotukoksen hoi-
toon tai estoon sekä tekoläpän takia. Projektityön eteneminen olisi hidastunut, jos
haastatteluun olisin valinnut potilaita, joilla olisi ollut muita kuin edellä mainittuja
käyttöindikaatioita.

Orimattilan terveyskeskuksessa ei pidetä yleistä tilastoa varfariinihoidon ongelmista. Pegasos-järjestelmään kirjataan ainoastaan potilaan kohdalle mahdolliset ongelmat. Siten haastateltujen kuvaamat ongelmat ovat muistinvaraisia. Kysyin Päijät-Hämeen keskussairaalan potilasasiamieheltä mahdollisista potilasvahingoista vuoden 2009 aikana. Ilmeni, että varfariinihoidosta ei oltu tehty yhtään valitusta. Koko Päijät-Hämeen alueelta oli tehty kahdeksan valitusta potilasasiamiehelle vuoden 2009 alusta syyskuun alkuun 2009 mennessä (sisältää kaikki hoidot).

Projektityössäni haastateltavien määrä oli suhteellisen pieni, mutta tutkimus antaa käsityksen varfariinipotilaan hoitopolusta perusterveydenhuollossa Orimattilassa. Paikkakuntaakohtaisia eroja varfariinipotilaan hoidon työnjaossa on terveyskeskuksissa (vrt. Korhonen 2009, Puhakka 2009). Orimattilan terveyskeskuksessa työnjako on selkeä lääkäreiden ja Marevan-hoitajien kesken. Potilaan hoitoon osallistuu usea eri ammattihenkilö laboratoriohoitajasta apteekin farmaseuttiseen henkilöstöön asti. Potilaan vastuulla on iso osa omasta hoidostaan. Elämäntapojen ollessa kohtuulliset varfariinihoito näyttää sujuvan hyvin.

Projekti tarkentaa kuvaa työnjaosta varfariinipotilaan hoidossa perusterveydenhuollossa. Sen avulla saa selkeämmän käsityksen siitä, miten potilasta neuvotaan, millainen on apteekin rooli ja miten voimme potilaan neuvontaa täydentää. Haastattelujen kautta saatiin työkaluja päivittäiseen varfariinipotilaan kohtaamiseen ja seurantaan apteekissa ja terveyskeskuksessa. Alusta alkaen olisi minun kannattanut pyytää Marevan-hoitaja ja/tai lääkäri mukaan tähän projektiin ja sen suunnitteluun. Siten terveydenhuoltohenkilökunta olisi sitoutunut paremmin tähän projektiin ja toiminnan kehittämiseen sen perusteella.

Varfariinipotilaan hoitopolkua ei ole aikaisemmin selvitetty apteekin näkökulmasta. Hoitopolun selvittämällä voidaan varfariinia käyttäviä asiakkaita huomattavasti paremmin ohjata ja neuvoa apteekissa. Potilaita haastatteleamalla sai tietoa, jota ei välttämättä kiireisessä tilanteessa apteekin tiskillä kuule. Potilaille oli myös mahdollisuus antaa palautetta varfariinihoidosta ja muustakin hoidosta. Tämä on arvokasta tietoa apteekkiin ja terveyskeskukseen.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Terveystenhoitohenkilökunnalla on selkeä roolijako varfariinipotilaan hoidossa Orimattilan terveyskeskuksessa. Lääkäri vastaa potilaan hoidosta kokonaisuudessaan. Marevan-hoitajat vastaavat itsenäisesti neuvonnan lisäksi lääkehoidon seurannasta (tietyissä rajoissa).
2. Haastattelujen perusteella farmaseuttiselle henkilökunnalle ei tullut uusia rooleja varfariinipotilaan hoitoon Suomessa. Apteekin tehtävinä varfariinipotilaan hoidossa ovat lääkeneuvonta, asioiden kertaaminen, itsehoitolääkkeiden ja luontaistuotteiden sopivuuden varmistaminen sekä interaktioiden tarkistaminen.
3. Apteekin antaman neuvonnan yhdenmukaistaminen terveyskeskuksen kanssa on tärkeää, jotta potilaan hoito onnistuu ja potilas ei saa ristiriitaista tietoa.
4. Työikäiset potilaat ovat valmiita ottamaan enemmän vastuuta omasta varfariinihoidostaan. Terveystenhoitohenkilökunnan asenteen muutos potilaiden omahoitoon edistäisi potilaiden vastuunottoa omasta terveydestään, terveellisiä elintapoja ja siten sitoutumista näyttöön perustuviin hoitoihin. Omahoitoon kannustaminen soveltuu potilaille, jotka ovat motivoituneita omahoitoon ja pystyvät itse suorittamaan INR-seurannan ja lääkeannoksen annostelun. Se vähentää heidän riippuvuuttaan terveydenhuoltopalveluista. Siten myös terveyskeskuksen "kuormitus" vähentyy.
5. Varfariinipotilaan hoitopolku perusterveydenhuollossa Orimattilassa on toimiva, jonka johdosta varsinaista kehittämissuunnitelmaa ei tarvinnut tehdä tässä projektissä. Varfariini kuuluu tarkkaavaisuutta vaativiin lääkeaineisiin, jolloin sen ominaisuudet on tarkkaan tunnettava läpi hoitoketjun. Tämä koskee myös potilaita.

Lähdeluettelo

KIRJALLISUUSLÄHTEET

- Airaksinen J: Parsakaali pois pannasta antikoagulanttihoiossa!. Suom Lääkäril 63(51-52):4527, 2008.
- Amruso N: Ability of clinical pharmacists in a community pharmacy setting to manage anticoagulation therapy. J Am Pharm Assoc 44:467-471, 2004.
- Backman J, Kalliokoski A, Raaska K: Käytännön farmakogenetiikka. Tabu 6:14-19,2007.
- Bajorek B, Ogle S, Duguid M, Shenfield G, Krass I: Balancing risk versus benefit: the elderly patient's perspective on warfarin therapy. Pharm Pract 7(2):113-123,2009.
- Barnes GD, Froehlich JB: Anticoagulation: where we are and where we need to go. J Thromb Thrombolysis 2008.
- Dowell J, Brian W, Snadden D: Patientcentered prescribing. Seeking concordance in practise. Oxford: Radcliffe Publishing 2007.
- Eldsbacka L: Moniammatilliset toimintamallit ikääntyvien lääkehoidon onnistumiseksi – sähköinen kyselytutkimus proviisoreille. Pro gradu –tutkielma. Sosiaali-farmasian osasto, Helsingin yliopisto, Helsinki 2008.
- Garwood CL, Dumo P, Baringhaus SN, Laban KM: Quality of anticoagulation care in patients discharged from a pharmacist-managed anticoagulation clinic after stabilization of warfarin therapy. Pharmacotherapy 28(1):20-6, 2008.
- Halinen M: Ikä ja antikoagulanttihoito. Duodecim 117(16):1656-1662, 2001.
- Haynes RB: Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database Syst Rev Issue 1, 2001.
- Hirsjärvi S, Hurme H: Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki 2008.
- Hämeen-Anttila K, Katajavuori N: Haastattelututkimus. Teoksessa Hämeen-Anttila K, Katajavuori N (toim.) Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. Gaudeamus Helsinki University Press/Palmenia:138-165, Tampere 2008.
- Institute for Safe Medication Practices: ISMP's list of High-Alert Medications 2009 <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>, haettu 18.10.2009.
- Jackson S, Peterson G, Bereznicki L, Misan G, Jupe D, Vial J: Improving the outcomes of anticoagulation in rural Australia: an evaluation of pharmacist-assisted monitoring of warfarin therapy. J Clin Pharm Ther 30:345-353, 2005.
- Jansson M: Antikoagulaatiohoidon omaseuranta sopii osalle. Suom Lääkäril 60(46):4717, 2005.
- Joutsi-Korhonen L, Muukkonen L, Leino P: INR-pikamittareiden käyttöönotto. Mooli 133-136, 2008.

- Kaivos S, Lassila R, Asmundela H, Koivisto P, Syväne M, Karjanlahti N: Marevan-hoito. Suomen Sydänliitto ry 2009.
- Keinänen T, Ilomäki J, Lahnajärvi L: Mitä laboratoriotestit kertovat varfariini-, tyroksiini-, klotsapiini- ja digoksiinihoidosta? *Apteekkari* 4:22-23, 2006.
- Korhonen M: Leppävirralla kulmakivinä ovat potilasohjaus ja toimintamallit. *Suom Lääkäril* 64(20):1889-1890, 2009.
- Laine K: Serotoniiniaineenvaihduntaan vaikuttavat masennuslääkkeet ja verenvuotoriski. *Suom Lääkäril* 58(21):2322-2324, 2003.
- Laitinen K: Voiko tulehduskipulääkkeitä käyttää varfariinihoidon aikana? *Apteekkari* 1:22-23, 2004.
- Laitinen K, Raunio H: Varfariini – uutta tietoa vanhasta lääkkeestä. *Suom Lääkäril* 59(27-29):2712-2714, 2004.
- Lalonde L, Martineau J, Blais N, Montigny M, Ginsberg J, Fournier M, Berbiche D, Vanier MC, Blais L, Perreault S, Rodriques: Is long-term pharmacist-managed anticoagulation service efficient? A pragmatic randomized controlled trial. *Am Heart J* 156(1):148-54, 2008.
- Lassila R: Antikoagulaatiossa edetään kohti uusia täsmälääkkeitä. *Suom Lääkäril* 63(11):1044-1045, 2008.
- Lassila R: Hematologin kommentti. *Suom Lääkäril* 64(20):1891, 2009.
- Lassila R: Varfariinihoito. Lääkärin käsikirja 2009 <http://www.terveysportti.fi>, haettu 13.4.2010.
- Linden C: Vakavat lääkityspoikkeamat – potilasturvallisuuden haaste. Tutkimus Terveystieteiden tutkimuskeskuksen aineistosta 2000-2004. Pro gradu – tutkielma. Sosiaali- ja terveysministeriön osasto, Helsingin yliopisto, Helsinki 2007.
- Linden-Lahti C, Airaksinen M, Pennanen P, Käyhkö K: Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. *Suom Lääkäril* 64(41):3429-3434, 2009.
- Läkelaitos ja Kela: Suomen Lääketilasto 2008 http://www.nam.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/Kulutusluvut_laakeryhmittain_2008.pdf, haettu 13.4.2010.
- Mustajoki P: Tietoa potilaalle: Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito, Marevan-hoito). Lääkärikirja Duodecim 2009 <http://www.terveysportti.fi>, haettu 13.4.2010.
- Mähönen S, Riikonen P, Väättäinen R-L, Tikanoja T: Lasten oraalisien antikoagulanttihoitojen kotiseuranta. *Duodecim* 2005;121(84):385-391.
- Mäntyranta T, Mäkinen R: Rohto-pajat on otettu hyvin vastaan. *Suom Lääkäril* 64(14):1367, 2009.
- Orimattilan kaupunki: Orimattila tietoa 2009. <http://www.orimattila.fi/sivu.php?id=59&sivuid=0>, haettu 13.4.2010.
- Penttilä U-R, Vanhanen H, Koivisto P, Kylliäinen S, Martikainen J, Tiilikainen R: Marevan-hoidon opas. Suomen Sydänliitto ry 2004.
- Poon IO, Lal L, Brown EN, Braun UK: The impact of pharmacist-managed oral anticoagulation therapy in older veterans. *J Clin Pharm Ther* 32(1):21-9, 2007.

- Puhakka J, Suvanto I, Sipilä R: Antikoagulaatiohoidon parantamiseen hyviä malleja. Suom Lääkäril 64(20):1888-1889, 2009.
- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä: Väestökuntien väestörakenne 31.12.2009 http://www.phsotey.fi/opt/tilastot/listaa.php?ryhma_id=435&ohje_tyyppe=T&vuosi=2010, haettu 13.4.2010
- Raunio H: Merkittävimmät yhteisvaikutuksia aiheuttavat lääkkeet – kymmenen ainetta kärjessä. Suom Lääkäril 60(2):174-175, 2005.
- Raunio H: Tietoa potilaalle: Lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset. Lääkärikirja Duodecim 14.10.2009 <http://www.terveysportti.fi>, haettu 13.4.2010.
- Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T, Pitkälä K: Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 125:2351-2359, 2009.
- Räihä I, Virtanen H, Hakamäki T, Kahra A, Keränen O, Lehtonen A, Pihlajamäki K, Pyyhtiä A, Rajala T, Roivas L, Vaissi E: Lääkehaittavaikutukset sairaalaan otetuilla vanhuspotilailla. Suom Lääkäril 51(32):3358-3362, 1996.
- Schwab U, Gylling H: K-vitamiinin tasainen saanti on tärkeää varfariinihoidon aikana. Suom Lääkäril 59(9):928-929, 2004.
- Sonne H: Sydänpotilaan hoitopolku ja moniammatillinen oppiminen. Pro gradu – tutkielma. Sosiaalifarmasian osasto, Helsingin yliopisto, Helsinki 2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007 a: Kunta- ja palvelurakennemuutos http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/paras, haettu 13.4.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007 b: Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1236539>, haettu 13.4.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008 a: Kaste http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisusarja/nayta_julkaisu/1063225, haettu 13.4.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008 b: Kaste http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste, haettu 13.4.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 30.9.2008. Terveyskeskusten palveluun ja toimivuuteen luvassa parannusta. <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article141803.ece>, haettu 13.4.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 a: Kaste ohjelman seurantaindikaattorit http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste/seurantaindikaattorit, haettu 13.4.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 b: Terveystiedon edistämisen politiikkaohjelma 2009. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveyden_edistamisen_politiikkaohjelma, haettu 13.4.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 c: Toimiva terveyskeskus. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/toimivaterveyskeskus, haettu 13.4.2010.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 d: Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4602.pdf, haettu 13.4.2010.
- Suomen kuntaliitto 2008 a. Sosiaali- ja terveyspalvelut Paras-uudistuksessa. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;55275;82183;127674;118453, haettu 13.4.2010.
- Suomen kuntaliitto 2008 b. Kuntien ja sairaanhoitopiirien väestöjen suuret muutokset ja Paras-hanke. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;55275;82183;127674;118453;121834, haettu 13.4.2010.
- Syrjälä M: INR:n (International Normalized Ratio) käyttö suun kautta otettavan anti-koagulanttihoidon annossäätelyssä ja INR-hoitoalueet. Suom Lääkäril 55(10):1105-1107, 2000.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Toimiva terveyskeskus pitkäaikaissairauksien kimppuun. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/ajankohtaista/uutiskirje/4_2009_1, haettu 13.4.2010.
- Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG: Prevention of diabetes by lifestyle intervention in subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 344:1343-1350, 2001.
- Valtioneuvosto 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa painopiste palveluiden sisältöön ja tuottavuuteen. <http://www.vn.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=275481>, haettu 13.4.2010.
- Varsinais-Suomen Sydänpiiri ry: INR-pikamittari. http://piirit.sydanliitto.fi/varsinaissuomensydanpiiri/palvelut/sydantestiasema/fi_FI/sydantestiasema/, haettu 19.10.2009.
- Weinberger M, Murray MD, Marrero DG, Brewer N, Lykens M, Harris LE, Seshadri R, Caffrey H, Roesner JF, Smith F, Newell AJ, Collins JC, McDonald CJ, Tierney WM: Effectiveness of pharmacist care for patients with reactive airways disease. JAMA 288:1594-1602, 2002.
- Witt D, Sadler M, Shanahan R, Mazzoli G, Tillman D: Effect of a centralized clinical pharmacy anticoagulation service on the outcomes of anticoagulation therapy. Chest 127:1515-1522, 2005.
- Wittkowsky AK, Nutescu EA, Blackburn J, Mullins J, Hardman J, Mitchell J, Vats V: Outcomes of oral anticoagulant therapy managed by telephone vs. in-office visits in an anticoagulation clinic setting. Chest 130(5):1385-9, 2006.

- Kuvailkaa varfariinipotilaan lääkeneuvontatilanne reseptipuolella (uusi käyttäjä ja vanha)?
- Kuvailkaa varfariinipotilaan lääkeneuvontatilanne itsehoitopuolella?
- Mitä ongelmia varfariinipotilailla on esiintynyt? Mihin toimenpiteisiin on ryhdytty?
- Minkälainen on yhteistyö lääkäreiden, hoitajien ja potilaiden kanssa?
- Minkälainen on varfariinipotilaan hoitopolku Orimattilassa?
- Miten varfariinipotilaan hoidon seuranta on järjestetty?
- Miten apteekki osallistuu hoitopolkuun?
- Miten haluatte varfariinipotilaan hoitopolkua kehittää?
- Minkälainen apteekin rooli voisi olla varfariinipotilaan hoidossa?
- Minkälaista palautetta haluatte antaa Orimattilan terveyskeskukseen? Miten käytännössä toteuttaa muutokset?

- Taustatiedot; työkokemus Orimattilan terveyskeskuksessa ja muualla, vastuualueet Orimattilan terveyskeskuksessa
- Lääkäriin näkökulma; paljonko on varfariinipotilaita ja milloin päädytään varfariinihoitoon?
- Minkälainen on varfariinipotilaan hoitopolku Orimattilassa?
- Miten huomioitte potilaan muut sairaudet?
- Miten huomioitte potilaan muut lääkkeet (resepti- ja itsehoitolääkkeet)?
- Miten neuvotte potilasta varfariinista ja sen käytöstä?
- Miten varfariinipotilaiden hoidon seuranta on järjestetty?
- Ketkä ovat osallisena hoidon seurantaan?
- Miten laitoshoidossa olevien potilaiden varfariinihoito on järjestetty?
- Minkälainen on potilaan rooli varfariinihoidossa? Paljonko potilaiden on tiedettävä hoidosta – miten perehdytetään?
- Minkälaisia ongelmia varfariinipotilailla on esiintynyt? Kirjataanko?
- Miten lääkehoidossa esiintyvät ongelmat tunnistetaan ja hoidetaan? Kirjataanko?
- Kenellä on vastuu varfariinipotilaan hoidosta?
- Ketkä ovat osallisena varfariinipotilaan hoidon seurannassa? Mikä on kenenkin tehtävä?
- Mitkä tehtävät ovat apteekilla varfariinipotilaan hoidossa ja seurannassa?
- Miten haluatte varfariinipotilaan hoitoa kehittää Orimattilassa?
- Minkälainen apteekin rooli voisi olla varfariinipotilaan hoidossa?
- Minkälaista palautetta haluatte antaa Orimattilan apteekille?
- Minkälaiseen yhteistyöhön olette valmiita varfariinipotilaan hoitopolun kehittämisessä apteekin kanssa Orimattilassa?

- Taustatiedot; monta hoitajaa määrittää INR-arvoja, koulutus, työkokemus Orimattilan terveystieteiden Marevan-hoitajat ja muualla, vastualueet
- Mikä on hoitajien tehtävä varfariinipotilaan hoidossa ja hoidon seurannassa?
- Minkälainen on varfariinipotilaan hoitopolku Orimattilassa?
- Mitä tiedätte lääkkeestä varfariini?
- Kuinka usein potilas tulee kontrolliin eli INR-kokeeseen (=Marevan-koe)?
- Mitä ohjeita annatte potilaalle?
- Minkälainen on potilaan rooli varfariinihoidossa?
- Minkälaisia ongelmia on esiintynyt varfariinipotilailla?
- Miten ongelmat ovat ilmenneet? Minkälaisia seurauksia on ollut? Miten on ratkaistu? Kirjataan?
- Kenellä on vastuu varfariinipotilaan hoidosta?
- Miten laitoshoidossa olevien varfariinipotilaiden hoito ja hoidon seuranta on järjestetty?
- Miten haluatte varfariinipotilaan hoitoa ja hoidon seurantaa kehittää?
- Minkälaista yhteistyötä on apteekin kanssa varfariinipotilaan hoidossa?
- Minkälainen apteekin rooli voisi olla varfariinipotilaan hoidossa?
- Miten yhteistyötä voisi kehittää apteekin kanssa?
- Mitä palautetta haluatte antaa Orimattilan apteekille?

- Taustatiedot; ikä, muut lääkkeet (resepti- ja itsehoitolääkkeet), muut sairaudet
- Kauanko olette käyttänyt varfariinia?
- Mihin tarkoitukseen se on Teillä määrätty?
- Minkälainen annostelu on tällä hetkellä?
- Onko INR-arvot heilahdelleet? Mistä johtunut?
- Mitä tiedätte lääkkeestä varfariini/Marevan?
- Mitä terveydellistä hyötyä hoidossa on?
- Miten lääkärit ovat neuvoneet varfariinin käytössä?
- Miten Marevan-hoitajat ovat neuvoneet?
- Miten Orimattilan apteekin henkilökunta on neuvonut?
- → minkälaisia ohjeita olette saaneet muiden lääkkeiden / ruokavalion suhteen TAI ongelmien ilmentyessä?
- Miten varfariinihoidon seuranta on järjestetty (kuinka usein käynte lääkäriissä ja INR-kokeissa)?
- Onko hoidon seuranta ollut riittävää?
- Mitä hyvää ja huonoa hoidossa on?
- Onko varfariinilääkityksestä ollut Teille haittoja?
- Minkälaista palautetta haluatte antaa Orimattilan terveystieteiden keskuksen lääkäreille ja laboratoriohenkilökunnalle/Marevan-hoitajille hoidostanne ja muusta toiminnasta?
- Minkälaista palautetta haluatte antaa Orimattilan apteekin henkilökunnalle hoidostanne ja muusta toiminnasta?
- Miten haluatte varfariinipotilaan hoitoa kehittää? Onko toimintatavassa kehitettävää Orimattilassa? Miten näette oman roolin? Onko tietoa ollut riittävästi/kerrottu / haluaisitko itse olla enemmän mukana omaa hoitoa toteuttamassa?

Varfariinipotilaan hoitopolku ja sen kehittäminen perusterveydenhuollossa
Tämän haastattelun tavoitteena on selvittää varfariinipotilaan hoitopolku perusterveydenhuollossa. Minkälainen tilanne on nyt ja miten hoitopolkua voi kehittää? Tavoitteena on luoda kehittämissuunnitelma, jonka avulla minimoidaan varfariiniin liittyviä riskitekijöitä ja parannetaan lääkitysturvallisuutta.
Projektityö toteutetaan noudattaen hyvää tutkimuskäytäntöä. Tiedot käsitellään luotamuksellisesti tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Samalla huolehditaan, että henkilöt pysyvät anonyymeinä, ketään ei voi identifioida.

Kirjallinen suostumukseni haastatteluun

Orimattilassa ___/___/2009

ORIMATTILAN TERVEYSASEMA POTILASOHJE

VASTAANOTOT

MAREVAN-HOITOA SAAVALLE POTILAALLE

Veritulpan vaara voi olla suurentunut tietyissä sairauksissa, kuten sydämen rytmihäiriöissä, sydämen läppäsairauksissa, keinoläppäpotilailla tai jo sairastetun syvän laskimo- tai keuhkoveritulpan jälkeen. veritulppa voidaan estää ohentamalla verta Marevan-lääkityksen avulla. Annos säädetään yksilöllisesti, koska lääkkeen tarve vaihtelee ihmisillä.

Veren hyytyminen on monimutkainen tapahtumaketju. Yksi tärkeimmistä hyytymistä aikaansaavista tekijöistä on K-vitamiini. Marevan estää k-vitamiinin toimintaa. K-vitamiinia saadaan pääosin kasviksista. Tavoitteena on löytää tasapaino eli saada ravinnosta veren hyytymiselle tärkeää K-vitamiinia ja samalla ehkäistä Marevan-lääkityksellä liiallista veren hyytymistä.

HUOMIOITAVIA ASIOITA:

Marevan-hoito pysyy hyvässä tasapainossa, jos elämäntavat ovat säännölliset. jos ruokavalio muuttuu paljon k-vitamiinia sisältäväksi kasvisruoaksi, tarvitaan yleensä suurempi Marevan-lääkeannos.

Luontaistuotteet ja rohdosvalmisteet (esim. kalaöljyt, mäkikuisma-valmisteet) voivat vaikuttaa Marevan-hoitoon

Alkoholia voi käyttää kohtuudella: 1-2 olutta tai viinilasillista ei vielä sekoita Marevan-hoitoa, mutta runsas alkoholinkäyttö ei sovi yhteen Marevan-hoidon kanssa ja voi olla vaarallista

Muista pitää Marevan-hoitokortti mukana kaikilla hoito- ja tutkimuskäynneillä

MAREVAN JA MUUT LÄÄKKEET:

Asetyyliisalisyylihappo-valmisteet (Aspirin, Disperin, Primaspan) lisäävät verenvuotovaaraa, eikä niitä tule käyttää yhdessä Marevan-hoidon kanssa

Myös muut tulehduskipulääkkeet (esim. Burana, Ketorin, Voltaren) voivat lisätä vuotovaaraa

Muistakaa mainita Marevan-hoidosta lääkärille, joka määrää teille jotain uutta lääkettä, usein tiheä seuranta on tarpeen uusien lääkkeiden aloitettaessa

Suuri määrä A- ja E-vitamiineja sekä mahdollisesti runsas määrä D- ja C-vitamiinia saattaa vaikuttaa lääkkeen tehoon

Omega-3-rasvahapot vaikuttavat hyytymistä vähentävästi. Ne siis saattavat lisätä Marevan-lääkkeen tehoa. turvallisinta olisi saada nämä rasvahapot kolmesta viikottaisesta kala-ateriasta.

MAREVAN-HOITOISEN RUOKAVALIO

JOKA PÄIVÄ PALJON KASVIKSIA, MUTTA EI TUMMANVIHREITÄ

Kasviksia paljon

Kasviksia, marjoja ja hedelmiä pitäisi syödä n. puolen kilon verran, eli kuusi kourallista päivässä

Tummanvihreitä syytä varoa

K-vitamiinia on eniten tummanvihreissä lehtivihanneksissa. suurimmat lähteet ovat lehtikaali, pinaatti ja ruusukaali. Jos kasviksia syödään sellaisenaan, vitamiinia tulee paljon mutta vähemmän, jos kasvis on reseptin osana. Parsakaali sisältää K-vitamiinia vähemmän kuin esim. ruusukaali ja siksi normaaliannos parsakaalia salaattissa, lämpimänä lisukkeena tai keittona ei sisällä K-vitamiinia huolestuttavan paljoa. Samoin hernekeitto, kaalikeitto ja salaatinlehdet ovat turvallisia syötäviä

Vaaleita, myös vaaleanvihreät, kasvikset, marjat sekä hedelmät sisältävät K-vitamiinia niin vähän, että niitä voi käyttää vapaasti. tuskin kukaan syö sellaisenaan litratolkulla mustaherukkaakaan, joka sisältää marjoista eniten K-vitamiinia

Greippi- ja karpalomehu vaikuttavat Marevanin aineenvaihduntaan. Ne estävät lääkkeen hajoamista maksassa, jonka johdosta lääkeaineen pitoisuus elimistössä lisääntyy. Marevania käyttävän ei kannata käyttää näitä mehuja.

ANNOKSEN MUUTTAMINEN

Marevan hoidossa pyritään vakaaseen annostukseen ja muutokset tehdään mahdollisimman varovasti. Yleensä pyritään pitämään INR-arvo (veren hyytymistä kuvaava arvo) 2,0-3,0 välissä, mutta esim. keinoläppäpotilailla hoitoalue on korkeampi: 2,5-3,2.

Hoitajat antavat asiasta tarkemmat ohjeet ja määrittävät viikkoannoksen INR-arvon perusteella.