



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

”Se puhuu mulle”

Asiakkaiden kokemuksia Evondos-lääkeannostelupalvelun käytöstä
Ylöjärvellä

Minna Säynätmäki

Opinnäytetyö
Marraskuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sisätauti-kirurginen suuntautuminen

MINNA SÄYNÄTMÄKI:

”Se puhuu mulle” Asiakkaiden kokemuksia Evondos® automaattisen lääkeannostelupalvelun käytöstä Ylöjärvellä

Opinnäytetyö 55 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Marraskuu 2016

Suomessa on yksi Euroopan nopeimmin ikääntyvistä väestöistä. Samaan aikaan ollaan leikkaamassa julkisista palveluista ja laitoshoitopaikoista. Huoltosuhteen (työllisten ja työvoiman ulkopuolella olevien suhde) heikkeneminen lisää ongelmia vastata tulevaisuuden haasteisiin sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluissa. Trendinä on lisätä ja tuoda yhä erilaisia palveluja ihmisten kotiin. Erilaisten teknologioiden käyttö terveydenhuollossa ja lääkkeenjaossa on ajankohtainen asia nyt ja tulevaisuudessa. Suomessa lääkkeiden annostelupalvelu on ollut käytössä useampia vuosia. Sen käyttö koetaan haastavaksi, koska muutoksien tekeminen ei ole helppoa ja kaikki lääkkeet eivät sovellu annosjakeluun. Samoin apteekkien annosjakelua on kritisoitu hinnoittelusta. Muissa Pohjoismaissa sen käyttö on ilmaista tai huomattavasti Suomea halvempaa. Kuitenkin toimiessaan annosjakelu tekee lääkeshoidosta luotettavampaa ja kustannustehokkaampaa. Lääkehävikin arvioidaan pienenevän.

Apteekin annosjakelun pohjalta on tullut erilaisia palveluita kuten Evondos® -automaattinen lääkeannostelupalvelu. Siihen laitetaan annosjakelun lääkkeet ja Evondos® -palvelu syöttää lääkkeet ja ilmoittaa puheäänellä, milloin on aika ottaa lääkkeet. Jos asiakas ei ota lääkkeitä, palvelu hälyttää siitä kotihoitoon tai omaisille. Näin varmistetaan lääkkeen ottaminen. Teknologioiden hyödyntäminen lisää luotettavuutta, saattaa vähentää kotihoidon käyntejä ja lisää itsenäisyyden tunnetta käyttäjien keskuudessa.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää Evondos® -automaattisen lääkeannostelupalvelun käyttäjien kokemuksia palvelun käytöstä. Opinnäytetyö tehtiin teemahaastatteluna haastateltavan luona ja otoskoko oli kolme henkilöä. Teemahaastattelussa haluttiin tietoa käyttäjän perustiedoista kuten sairauksista, terveydentilasta, itsenäisyydestä ja selviytymiskyvystä. Evondos® -palvelusta haluttiin tietoa käytettävyydestä, käytön opettelusta ja sen helppoudesta sekä käyttäjien kokemuksista laitteen käytöstä. Tämä työ on laadullinen ja sen tehtävä on tuoda uutta tietoa ja ymmärtää käyttäjien mielipiteitä automaattisen lääkeannostelupalvelun käytöstä. Tästä syystä oli merkityksellistä tutkia Evondos® -palvelun käyttäjien kokemuksia automaattisesta lääkeannostelupalvelusta.

Tulokset olivat positiivisia. Evondos® -palvelu otettiin hyvin vastaan käyttäjien keskuudessa. Sen käyttö oli helppoa, toiminnassa ei ollut häiriöitä ja sen koettiin tuovan turvaa elämään. Suoranaista kritiikkiä ei tullut. Palvelusta pidettiin sen helppokäyttöisyyden takia. Käyttäjät kokivat Evondos® -automaattisen lääkeannostelupalvelun lisäävän heidän itsenäisyyden ja selviämisen tunteita elämässä.

Asiasanat: evondos, Evondos®-palvelu, Evondos® –automaattinen lääkeannostelupalvelu, annosjakelu

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Nursing

MINNA SÄYNÄTMÄKI:

“It talks to me” User experiences of Evondos® -automatic medicine dispenser service in Ylöjärvi

Bachelor's thesis 55 pages, appendices 3 pages

November 2016

Finland has one of the oldest populations in Europe. At the same time there's need to cut down expenses on public services and institutional care. Ratio between working persons vs non-working persons is decreasing. It creates a lot of challenges now and in the future. A trend is to increase services and equipment brought to one's home. Use of different technologies in nursing and medicine dispensing is our future now. In Finland automated dose dispensing has been in use for several years. There's criticism that making changes to doses and the fact that not all of the medicines are suitable for automated dose dispensing makes the system challenging. One of the critics says it is not good value for money and it's too expensive. In other Nordic countries, use of automated dispensing system is free of charge or is costs less than in Finland. Automated dose dispensing is said to be more reliable and cost-effective. It's assumed it creates less medicine waste compared to traditional way of medicine dispensing.

Medicine dispensing service provided by pharmacy creates new opportunities for related services. One of them is Evondos® automatic medicine dispensing service. Evondos® service is filled in with dispensed medicines and service is giving out bags at the designed time and manner. When it's time to take medicine, the service will alarm by human voice. If customer does not take medicines at the time, there will be alarm to relatives, closest ones or home nursing personnel. This procedure is used to make sure medicines are taken as they should be. Using these sort of technologies enhances security, may decrease number of paid visits by home nursing service or increase level of independency.

Purpose of this thesis was to find out how customers find Evondos® service and how they like about it. This research was carried out as a theme interview and sample size was 3 persons. Basic information such as illnesses, health condition, independency and abilities to survive were asked in theme interview. It was also asked how persons had received information about usability, learning how to use the service or how easy it was to use. As a final it was asked how persons liked about Evondos® service. This research is qualitative research and its purpose is to find new information and understand users' opinions about Evondos® automatic medicine dispensing service. Therefore, it was meaningful to carry out this research and find answers to these questions.

Results were positive. Evondos® automatic medicine dispensing service was used eagerly among the users. Use of it was easy, there were no problems of using it and it was bringing security to users' lives. There were no critics. Evondos® service was liked because it was easy to use. Users found it to create degree of freedom and independency in their lives.

Key words: Evondos® automatic medicine dispensing service, Evondos® service, Evondos® E300 automatic medicine dispenser and the Evondos® Telecare System

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	TEORIA	8
2.1	Evondos	8
2.1.1	Yritys.....	8
2.1.2	Evondos® automaattinen lääkeannostelupalvelu	9
2.2	Kotihoito	9
2.3	Lääkkeenjako	11
2.3.1	Lääkehoidon lait ja asetukset	11
2.3.2	Lääkehoidon kehitys	12
2.3.3	Lääkehoito ja turvallisuus	13
2.3.4	Lääkehoitosuunnitelma	15
2.3.5	Sairaanhoitajan lääkehoidon osaamisen vastuut	16
2.3.6	Vanhusten lääkehoidon erityispiirteitä.....	16
2.4	Lääkehoito kotihoidossa	19
2.5	Lääkejakelu ja –annostelu.....	21
2.6	Aiemmat kokemukset annosjakelusta.....	24
2.7	Aiemmat käyttökokemukset Evondos® automaattisesta lääkeannostelupalvelusta	26
3	TAVOITTEET, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ	30
4	AINEISTONKERUU JA MENETELMÄT	31
4.1	Laadullinen tutkimus	31
4.2	Menetelmälliset ratkaisut	32
4.3	Aineistonkeruu.....	33
4.4	Sisällön analyysi	34
4.5	Eettinen pohdinta	35
5	TOTEUTUS JA TULOKSET	37
5.1	Toteutus	37
5.2	Tulokset	38
5.2.1	Terveystila.....	38
5.2.2	Muisti	39
5.2.3	Lääkitys	40
5.2.4	Lääkkeenotto	40
5.2.5	Selviytymiskyky.....	42
5.2.6	Evondos® -palvelu.....	42
5.3	Muita havaintoja	44
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	45

7 POHDINTA.....	46
LÄHTEET	48
LIITTEET	53
Liite 1. Pyyntö ja suostumus osallistua tutkimukseen.....	53
Liite 2. Haastatteluteemat	55

Esipuhe

Omistan tämän työni anopilleni. Hänelle, jonka toivoisin pysyvän elämässäni.

Kiitos kuuluu myös perheelleni, jotka ovat olleet ymmärtäväisiä koulutehtäviäni kohtaan



Kiitokset menevät myös Radisson Hotel Tammerin ylläpitämälle Vihtorin kirjastolle ja henkilökunnalle. Kiitos hyvistä tiloista ja palvelusta sekä henkisestä tuesta kuluneiden kahden vuoden aikana!

1 JOHDANTO

Teknologian käyttö on tullut yhteiskunnassamme monelle eri aihealueelle. On turvahuelimia, valvontakameroita, aktiivisuusrannekkeita ja unenlaatua mittaavia patjoja. Lääkkeiden ottaminen ja annostelu ovat tärkeä osa jokaisen ihmisen elämää ja tarve korostuu tietyissä taudeissa tai ikäryhmissä. Ei ole sama, ottaako lääkkeen säännöllisesti vai silloin kuin muistaa. Jälkimmäisessä tapauksessa lääkkeiden teho voi kärsiä, pitoisuus elimistössä on liian suuri tai liian pieni, paraneminen tai nykyisen terveystilanteen pitäminen voi muodostua haastavaksi.

Lääkkeet mielletään tärkeäksi osaksi vanhustyötä. Ihmisen ikääntyvät, sairaudet lisääntyvät ja mahdollisuudet vaikuttaa terveydentilaan lääkkeiden avulla ovat parantuneet. Lääkkeitä kehitetään parantamaan elämänlaatua yhä myöhempään ikään asti. Teknologian hyödyntäminen lääkehoidossa on uudehko, mutta alati kehittyvä aihe. Muutamia vuosia sitten tuli apteekkien mainostama palvelu lääkkeiden jakamisesta pusseihin. Pussien päälle tulostuu kellonaika, jolloin lääke tulisi ottaa. Apteekin lääkejakomenetelmää on kritisoitu siitä, että se on kallis ja se ei pysty sopeutumaan nopeasti lääkemuutoksiin tai jos potilas käyttää esimerkiksi astmasuihkeita, niin niitä ei voi hankkia annosjakelulla. Hyvinä puolina on pidetty jakelun virheettömyyttä ja kustannustehokkuutta sekä lääkähävikin minimoimista. (Valli, A-M & Lönnqvist, H., 2013, 19 - 23).

Teknologia antaa mahdollisuuden toteuttaa lääkkeen annostelua valmiiksi ohjelmoidulla suunnitelmalla. Aihetta on selvitetty aiemmin haastatteleamalla terveydenhuollon ammattihenkilöiden ajatuksia ja mielipiteitä automaattisesta lääkkeidenjaosta. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää käyttäjien kokemuksia ja mielipiteitä Evondos® automaattisesta lääkeannostelupalvelusta. Miten käyttäjät kokevat teknologian käyttämisen, sen hyödyt, haitat ja jokapäiväisen elämän palvelun kanssa? Työn tarkoituksena on selvittää kokemuksia Evondos® automaattisen lääkeannostelupalvelun käyttäjien mielipiteitä laitteen käytöstä. Työ toteutetaan teemahaastatteluna. Se on luonteeltaan laadullinen tutkimus. Käyttäjäkokeemukset saadaan haastatteleamalla käyttäjiä henkilökohtaisesti.

2 TEORIA

2.1 Evondos

Työn tilaajana toimii Evondos Oy.

2.1.1 Yritys

Evondos Oy on vuonna 2008 perustettu terveysteknologian yritys, jolla on toimintaa Sallossa ja Ylöjärvellä. He ovat kehittäneet ratkaisun kotihoidossa oleville vanhuksille, muistisairaille ja pitkäaikaisslääkityille. He myyvät lääkeannostelupalvelua. Tämä on laite, johon laitetaan apteekin valmiiksi jakaman lääkepussit. Yrityksen tavoite on vastata maailmanlaajuisiin terveydenhuollon haasteisiin tänään ja tulevaisuudessa. Yhä niukemmat resurssit ja vanhenevat väestö ovat suuri haaste terveydenhoidolle. Teknologian käyttäminen kustannuspaineiden hallinnassa on yhä tärkeämpää tulevaisuudessa. (Evondos Oy:n nettisivut)

Evondos®-palvelu tuottaa neljä hyötyä. Näitä ovat modernit toimintatavat hoitotyössä, kustannussäästöt, hoitohenkilöstön työtyytyväisyys ja potilaan lisääntynyt turvallisuus ja hyvinvointi. Kliinisessä tutkimuksessa (Palvelutilastot 03/2015, Evondos oy:n markkinointiesite) havaittiin Evondos® -palvelun hoitomyöntyvyyden olevan 99,5 %, jakeluvirheiden 0,02 % ja kliinisessä tutkimuksessa (2014) havaittiin helppokäyttöisyyden olevan 97,7 % (Evondos Oy:n markkinointiesite). Helppokäyttöisyyttä arvioivat hoitajat ja käyttäjät. Suoriksi kustannussäästöiksi arvioitiin 350 - 3000€/kk ja jos mukaan lasketaan epäsuorat säästöt kuten parantunut hoitomyöntyvyys ja potilasturvallisuus, niin säästöiksi saadaan n.50 000 €/kk/potilas. (Evondos Oy:n nettisivut) Yksittäinen käyttäjä, esimerkiksi pienituloinen eläkeläinen, voi säästää 100€/kuukausi. Säästöt syntyvät vähentyneinä/pienentyneinä käyntimaksuina tai lääkehävikin pienentymisenä. Tämä on merkittävä säästö yksittäiselle henkilölle. Jos yhteiskunnan kannalta ajatellaan esimerkiksi kotihoidonresurssien kohdentumista oikein, niin puhutaan merkittävistä summista. Yksi ylimääräinen käynti per päivä on 365 käyntiä vuodessa. Sillä määrällä kotihoito voi ottaa 3,5 uutta asiakasta, jos asiakkaat käyttävät 2 käyntiä/viikossa. Ei ole sama yhteiskunnan kannalta, hyödynnetäänkö teknologiaa terveyspalveluissa vai ei.

2.1.2 Evondos® automaattinen lääkeannostelupalvelu

Evondos® automaattinen lääkkeenannostelupalvelu koostuu kolmesta eri komponentista. Ensimmäinen on laite, toinen on 24/7 toiminnassa oleva etähoitojärjestelmä ja kolmas apteekin valmiiksi annostelemaat lääkkeet. Apteekista tulevat lääkkeet laitetaan laitteen, joka etähoitojärjestelmän avulla antaa potilaalle lääkkeet oikeaan aikaan. Puheääni ilmoittaa, kun lääkkeet pitää ottaa. Laite tekee viillon pussin reunaan, jotta potilaan on helpompi avata pussi. (Evondos Oy:n nettisivut)

Evondos®- palvelun avulla lääkkeenotto sujuu ilman unohduksia ja oikea-aikaisesti. Oikeat lääkkeet tulee otettua oikeana annoksena. Hyötyjä terveydenhuoltojärjestelmälle ovat vähemmät kotihoidon käyntikerrat ja/tai laitoshoidon välttäminen. Kun lääkkeiden otto on huolehdittu aiemmin potilaan toimesta itsenäisesti, käynnillä jää aikaa enemmän muuhun toimintaan. Toisaalta potilas voi hyötyä pienemmistä kustannuksista, kun kotihoidon ei tarvitse tulla antamaan lääkkeitä erikseen. Tämä silloin, kun potilas tarvitsee kotihoitoa lääkehoidon varmistamiseen ja muuta tarvetta käynnille ei ole. Omaiset saavat mielenrauhaa, koska voivat varmistua oikeasta lääkkeidenotosta. Tiedot mahdollisista poikkeuksista tai unohduksista lääkkeenotossa tulevat heidän tai kotihoidon työntekijöiden tietoon. (Evondos Oy:n nettisivut)

Evondos® automaattinen lääkeannostelupalvelun avulla pitkäaikaissääkityksessä olevat potilaat saavat oikeat lääkkeet, oikeaan aikaan ja oikeana annoksena – automaattisesti. Evondos® -palvelun kerrotaan parantavan potilaan hoitomyöntyvyyttä ja lisäävän potilasturvallisuutta. Palvelun tarjoamiksi eduiksi voidaan laskea suorat kustannussäästöt ja laatu- ja terveydenhuollon toimijoille. (Evondos Oy:n nettisivut).

2.2 Kotihoito

Euroopan väestö vanhenee ja Suomen väestö on Euroopan vanhimpia. Suomen huoltosuhde heikkenee tulevana vuosina ja vuosikymmeninä, kun yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa. Samaan aikaan ihmiset elävät vanhemmiksi ja keski-ikä nousee. Vuoteen 2030 mennessä yli 80-vuotiaiden määrä kolminkertaistuu. Sotien jälkeen syntyneet suuret ikäluokat ovat tulleet eläkeikään ja lapsia syntyy aiempaa vähemmän. (Nieminen, M. 2005). Myös lääketieteen keinoilla voidaan parantaa ihmisten terveydentilaa ja kotona

jaksamista entistä myöhempään. Jo tällä hetkellä on havaittavissa, että laitoksissa asuu entistä huonokuntoisempia ihmisiä ja terveydenhuollon painotus on kotihoidossa tai kodinomaaisessa asumisessa. Kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista lainsäädännön puitteissa. Tavoite on edistää ja parantaa kotona asumista esimerkiksi apuvälineillä, turvarannekkeilla, ateriapalveluilla, ympärivuorokautisella hoivalla tai kotisairaalapalveluilla. Laki, laatusuositukset ja kustannuspaineet ohjaavat toimintaa yhä enemmän koteihin ja kodinomaisiin laitoshoitopaikkoihin sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastojen sijaan. Tämä on monen potilaan ja omaisenkin toive. (Rosvall, M. 2015, Jaako, N. 2013)

Terveys2015-ohjelmassa painotetaan ikääntyneiden kodinomaisen hoidon tärkeyttä, terveyden edistämistä ja eri toimijoiden saumatonta yhteistyötä. Samaan aikaan vastuuta on lisätty toiminta- ja palveluketjujen miettimiseksi. Kysymys kuuluu, miten voidaan hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti ja yhden katon alla tai hyvässä yhteistyössä eri tahojen välillä. (Vaarama 2004, 133 - 135.). Kotihoidolla tarkoitetaan yleisesti sosiaalihuoltolaissa määriteltä kotipalvelua ja kansanterveyslaissa määriteltä kotisairaanhoidoa. Suurin osa, eli noin 70 %, Suomen kunnista tarjoaa kotihoitoa. (Paljärvi, S., 2012, 19 - 20.)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa Suomessa järjestettävästä kotihoidosta ja kotiin tarjottavista palveluista Suomessa. Kotihoito on kotiin tarjottavaa hoitoa, jolla voidaan vähentää laitoshoidon tarvetta. Kotihoitoa voivat saada ne henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut. Näitä ryhmiä ovat mm. ikäihmiset, vammaiset, lapsiperheet ja sairaat. Työntekijöiden tehtävänä on tarkkailla potilaan vointia ja neuvoa potilaita tai heidän omaisiaan. Palveluja on mahdollista saada myös iltaisin, öisin ja viikonloppuisin. Kotihoidon perustana on hoitosuunnitelma ja toimintakyvyn arviointi, kuten muussakin hoitotyössä. Näihin tehdään muutoksia tilanteen muuttuessa. Kotihoidon ohella voidaan tarjota kotihoidon tukipalveluita, kuten turva- ja ateriapalveluita. (STM: kotihoito ja kotipalvelut nettisivut).

Kotihoidon päämääränä on turvata asiakkaan itsenäinen elämä kotona. Apuina voidaan tarjota palveluja, jotka tukevat ja parantavat potilaan elämänlaatua, ylläpitävät terveydentilaa ja säilyttävät toimintakykyä. Pääpaino kotihoidossa on arkiaskareissa, kuten kaupassakäynnissä, hygieniasta huolehtimisessa, ruuanlaitossa tai siivouksessa. Kotihoitoon voidaan katsoa kuuluvan myös lääketieteellistä hoitoa koskevat palvelut. Näitä ovat muun muassa omahoitaja, lääkäripalvelut, sosiaalityö ja kuntoutuspalvelut. (Paljärvi, S.,

2012, 20). Trendinä on, että kun potilaan terveydentila heikkenee, hän ei vaihdakaan enää laitoksesta toiseen, vaan hänen luokseen tuodaan yhä enemmän tai kattavampia palveluita. Jos kotona asuminen ei enää onnistu, on tuolloin vaihtoehtona laitoshoido.

Ylöjärven kotihoito tuottaa palveluja ylöjärveläisille asukkaille. Heille järjestetään kotihoidon palveluja kotiin. Muita tarjottavia palveluja ovat turvapalvelut, auttajakäynnit, siivousetelut ja saunapalvelut. Osa palveluntarjoajista on yksityisiä elinkeinonharjoittajia. Toimintaa on kello 8 - 22 välillä ja palveluista peritään maksu kertojen perusteella tai kuukausimaksuna. Avuntarve voi olla pysyvää tai tilapäistä. Palveluita voivat pyytää asiakas, omaiset tai muut yhteistyötahot. Perusteena palvelujen tarjoamiselle ovat poikkeuksellinen perhetilanne, vamma, sairaus tai alentunut toimintakyky. (Ylöjärven kaupungin nettisivut).

2.3 Lääkkeenjako

2.3.1 Lääkehoidon lait ja asetukset

Lääkevalvonta on tarkoin säädeltyä toimintaa. Säätelyn pohjana ovat lääkelaki (395/1987) ja lääkeasetus (693/2987). Laissa ja asetuksessa säädelään lääkkeiden valmistusta, jakelua, myyntiä ja maahantuontia. Lakien tarkoituksena on pitää huolta, että lääkkeet ja lääkehoito olisi turvallista ja tarkoituksenmukaista. (Nurminen 2011, 115 - 118.) Lääkkeeksi määritellään valmiste, joka parantaa, lievittää tai ehkäisee sairautta tai oireita. Lääke voidaan ottaa sisäisesti tai ulkoisesti. Lain ja asetuksen tavoitteena on varmistaa myös lääkkeiden saatavuus ja valmistus. Laissa on määritelty, ketkä saavat kaupata, tuoda maahan tai jakaa lääkkeitä laitoksiin ja sairaaloihin. Samoin on varmistettu myös saatavuus ja varastointivaroitukset eri tahoille. Jälkimmäiset ovat tärkeitä, jotta lääkkeet eivät loppuisi kriisin aikaan tai jotta niitä ei hamstrattaisi varmuuden vuoksi esimerkiksi sairaaloihin. (Huupponen, Huupponen, Veräjänkorva, Kaukkila & Torniainen 2008, 22 - 24; Finlex Lääkelaki; Elo, E. 2011, 15). Lääkehoidossa käytetään myös huumaavia lääkkeitä. Näiden lääkkeiden käyttöä ohjaa huumausainelaki (1289/1993). Nämä lääkkeet voivat aiheuttaa voimakasta riippuvuutta käyttäjille. Sen takia niiden käyttöä pitää säädellä erityisesti. (Huupponen ym. 2008, 22 - 25; Finlex, huumausainelaki).

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus myöntää luvan koneellisesti tapahtuvalle annosjakelulle ja sopimusvalmistukselle apteekeissa ja sairaala-apteekeissa. Luvan saa, jos

toiminta täyttää lain vaatimukset. Luvassa voi olla myös ehtoja koskien valmistusta, luovutusta ja käyttöä. Koneellinen annosjakelu on aina luvanvaraista. Tällä halutaan varmistaa, että henkilökunnan tiedot ja taidot ovat riittävät sekä tilat ja laitteet ovat asianmukaiset. Vuonna 2010 tullessa muutoksessa annettiin lupa apteekkihenkilökunnalle, että he voivat sopia toisen apteekin kanssa annosjakelusta, jos annosjakelun toteuttamiseen on lupa. (Finlex, Lääkelaki 1112/2010; HE 94/2010.)

2.3.2 Lääkehoidon kehitys

Sähköinen lääkemääräys, koneellinen annosjakelu ja lääkkeiden viitehintajärjestelmä on otettu tällä vuosituhannella. Apteekkien tarjoama koneellinen annosjakelun suosio on lisääntynyt, vaikkakin sen käytössä ollaan muita Pohjoismaita jäljessä. Ruotsissa annosjakelun piirissä oli 185 000 asiakasta vuonna 2010. Norjassa vastaava luku oli 50000 ja Tanskassa 45 000. (Innanen, M. & Mielonen, T. 2013, 7). Muutokset lääkehoidossa ovat luoneet tarpeen tehdä lääkeohjelma tulevaisuuteen. Tämä on Lääkepolitiikka 2020 – julkaisu. Sen perusajatus on ohjata ja kehittää palveluja yhä turvallisemmaksi, taloudellisemmaksi, tarkoituksenmukaisemmaksi sekä tarpeita vastaavaksi. Pyrkimys on kehittää lääkehoitoa asiakaslähtöisemmäksi, jotta potilas voi ottaa ja hänen pitää ottaa enemmän vastuuta omasta lääkityksestä ja sen vaikutuksesta terveydentilaansa. Tämä on linjassa muiden muutosten kanssa, joilla pyritään valtuuttamaan potilasta ottamaan yhä enemmän vastuuta omasta hoidostaan monin eri tavoin. Tavoite on luoda kustannustehokkaita ja integroituja toimintatapoja toteuttaa lääkehoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 3, 15 - 16.) Annosjakelua käytti Suomessa vuonna 2015 yli 35 000 henkilöä. (STM, 2016, 9).

Lääkehoito on moniammatillista yhteistyötä lääkärin, hoitajan, potilaan ja farmaseuttien kesken. Esimerkiksi kotisairaanhoidossa tärkeää on pitää huolta osaamisesta, koulutuksesta ja käytännön toiminnasta. (Perälä, M-L, Grönroos, E. & Sarvi, A. 2006, 3; Pietikäinen, T. 2004, 6; Nyman 2009, 235). Uusien teknologioiden käyttöönotolla ja hyödyntämisellä, kuten annosjakelupalvelulla voidaan edistää lääkkeiden käytön asianmukaisuutta. Kehittäminen ja arviointi korostuvat myös uusien toimintamallien käytössä. Yksikään malli ei ole aukoton virheille, koska lääkehoidon virheet ovat yleensä inhimillisiä. (Inkinen ym. 2015, 8 – 9; Nyman 2009, 235, 240) On pidettävä mielessä, että toiminnan kehittäminen ei tarkoita aiemmin valitun mallin huonoutta tai käyttökelvottomuutta. Muutostarpeisiin pitää reagoida ja uusiin vaatimuksiin tarttua.

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2007 laatinut ohjeistuksen vanhusten lääkehoitosta. Sen painopisteenä on kirkastaa kuntien velvoitetta järjestää vanhusten lääkehoito moniammatillisesti ja että lääkehoitoa arvioitaisiin kokonaisvaltaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön suositus on käyttää annosjakelua osana lääkehoitoa. (Kivelä & Vaapio 2011, 74 - 75.) Annosjakelun voidaan ajatella helpottavan hoitohenkilökunnan työtä ja lisäävän lääketurvallisuutta. Annosjakelun kritisoijat pitävät toiminnan haasteena lääkehoidon osaamisen rapautumista. Kun lääkkeitä ei käsittele joka päivä, niin tietotaito, lääkkeiden tunnistaminen ja osaaminen voi ruostua. Haaste voi olla myös lääkehoidon kokonaisuuden hahmottamattomuus. Tätä pyritään parantamaan sillä, että lääkäri tarkistaa lääkityksen säännöllisesti ja apteekit huomauttavat havaitsemistaan poikkeavuuksista. Apteekkien velvollisuus voisi olla kehittää kokonaishoitoa sekä antaa neuvontaa aiempaa enemmän. Hyvä keino toteuttaa neuvontaa voisi olla puhelinneuvonta. (Kivelä 2006, 80 - 83.).

2.3.3 Lääkehoito ja turvallisuus

Turvallinen lääkehoito perustuu osaamiseen. Osaamisen kulmakiviä ovat hyvä ammatillinen peruskoulutus, täydennyskoulutus ja kokemus. Valitettavasti paraskaan osaaminen ei riitä, vaan tarvitaan muutakin. Turvallinen lääkehoito edellyttää hyvää kommunikaatiota potilaan, kollegojen ja omaisten kesken. Tarvitaan tietoa suojauksista ja turvallisista toimintatavoista. Turvallinen lääkehoito pitää sisällään myös lääkkeen ottamisen oikeaan aikaan, oikealla tavalla, oikeaa antoreittiä ja oikealla ohjauksella. Turvallista lääkehoitoa saattaa vaikeuttaa huono tai puutteellinen ohjaus, haittavaikutukset ja ettei lääke tuo toivottua vastetta. (STM 2016, Turvallinen lääkehoito, 3 - 4).

Lääkkeiden ja lääkehoidon tavoitteita on monia. Tavoitteena on ehkäistä ja parantaa sairauksia ja hidastaa niiden etenemistä, pienentää ja ehkäistä sairauksien aiheuttamia komplikaatioita sekä helpottaa sairauden aiheuttamia oireita. Lääkehoito tulisi olla oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen. Tämä on potilasturvallisuutta ja palvelun laatua. (STM 2016, Turvallinen lääkehoito, 3 - 4).

Yhä useammat ikäihmiset ja paljon lääkkeitä käyttävät seniorit asuvat omassa kodissaan. Vastuu turvallisesta lääkehoidosta siirtyy yhä enemmän kotihoidon työntekijöille. Heidän

osaamisensa pitää varmistaa. Lääkehoidon toteuttaminen ja suunnittelu on osa moniammatillista yhteistyötä. Se edellyttää kokonaisuuden hallintaa ja yksityiskohdista huolehtimista. (STM 2016, Turvallinen lääkehoito, 3 - 4).

Lääkitysturvallisuuden vastuut ovat ammatillisen toiminnan, toimintayksikön ja ammattihenkilön vastuu. Potilaan pitää voida luottaa siihen, että ammattilaisen tekemä lääkehoito on turvallista. Nykypäivän elämä vaatii myös potilaan oman osaamisen vahvistamista. (STM 2016, Turvallinen lääkehoito, 3 - 4).

Oikeellinen lääkehoito on osa potilasturvallisuutta. Turvallinen lääkehoito voidaan jakaa lääkitys- ja lääketurvallisuuteen. Lääketurvallisuus on yksittäisen lääkkeen turvallisuutta. Siinä on mukana farmakologiset ominaisuudet, lääkeaineiden turvallisuus, laadunvalvonta ja myyntiluvan jälkeiseen toimintaan. (Huupponen ym. 2008, 16 – 17; Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 7; Palva, E. 2009, 3). Lääkitysturvallisuus on lääkehoidossa käytettävien toimenpiteiden ja menetelmien turvallisuutta sekä lääkkeiden käytön turvallisuutta. Tähän toimintaan kuuluu erilaisten haattatapahtumien raportointi, korjaaminen, välttäminen ja seuranta. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6 – 8; Huupponen ym. 2008, 16; Palva, E. 2009, 3). Lääkityspoikkeama on vaaratilanne, joka voi syntyä tekemisen seurauksena, tekemättä jättämisen tai turvakäytänteiden pettämisen takia syntynyt. (Lääketeollisuus 2016.) Poikkeamista oppiminen, käytänteiden muokkaaminen, kriittinen itsearviointi ja toiminnan arviointi ovat olennaisia asioita lääkityspoikkeamien hallinnassa. Tilastoista voidaan havaita, että poikkeamia tulee noin 10 %:lle potilaista. Suurin syy poikkeamiin on lääkkeen määräämis- tai antovaihe. (Jylhä, Saranto & Ensio 2007, 44 - 45). Psykelaäkkeet aiheuttivat eniten ongelmia lääkityspoikkeamissa. Tämän lääkeryhmän selitys lienee lääkkeiden käytön yleisyys väestössä. Seuraavaksi suurin ryhmä oli lihakseen tai suoneen annettavat antibiootit. Tässä ryhmässä suurin selitys oli monimutkainen ja -vaiheinen toteutusprosessi. (Kela, 2011 b). Koska ihmiset toteuttavat lääkehoitoa, niin virheet ovat inhimillisiä. Niitä voivat olla virheet vaikutusten arvioinnissa, lääkehoidon virheet tai kiire. Kotioloissa potilas itse toteuttaa lääkehoitoa omien ajatustensa, mielipiteittensä ja saamiensa ohjeiden perusteella. Näin ollen potilas voi jättää lääkkeet ottamatta tai ottaa lääkkeet välittämättä ottotavasta, murskaamisesta tai kellonajasta ja ottaa erilaisia annostuksia. Muuttuvissa ympäristöissä ja tilanteissa oman osaamisen ylläpito ja riittävän ammattitaidon varmistaminen ovat kulmakivet hoitohenkilökunnalle. (Lääketeollisuus, 2016.) Haattatapahtumia pyritään ehkäisemään ru-

tiineilla ja käytänteillä, joissa ei ole mahdollisuutta ymmärtää tai toimia väärin. Apteekkeissa ja lääketeollisuudessa on laadunvarmistus. Laitoksissa ja hoitopaikoissa poikkeamia pyritään ehkäisemään ohjeistuksilla, vastuunjaolla ja koulutuksella. Toiminta eri rajapintojen välillä tulee olla aukotonta. Lääketeollisuus ylimpänä toimijana hallitsee eri sidosryhmien toimintaa. (Lääketeollisuus 2016.) Turvallista lääkehoitoa voi edistää riittävät henkilökuntaresurssit, lääkehoidon prosessin sujuvuus, laadukas kirjaaminen ja kirjaamispohjat. Sähköiset kirjaamispohjat helpottavat ja nopeuttavat lisäävät turvallisuutta ja helpottavat kirjaamista. (Taam-Ukkonen & Saano 2011, 155, 173 - 176). Yllämainittuihin osa-alueisiin ja muihin kriittisiin toimintoihin tuo apua erilaisten teknologioiden käyttö, kuten annosjakelu tai sähköinen kirjaaminen. (Jylhä ym. 2007, 44 - 45.).

2.3.4 Lääkehoitosuunnitelma

Vuonna 2006 julkaistiin ensimmäinen Turvallinen lääkehoito –opas. Sen tarkoituksena on ohjata lääkehoidon käytänteitä Suomessa. Tarve ohjaukselle ja alan muuttuminen vuosien saatossa on tuonut tarpeen päivittää ohje vuonna 2015. Lääkehoidon toteuttaminen perustuu lääkehoitosuunnitelmaan, joka laaditaan kyseisessä yksikössä. Tarkoituksena on kattaa koko prosessi eli suunnittelu, toteutus ja poikkeamien käsittely. Valtakunnallisen ohjeistuksen tarkoitus on yhtenäistää toimintaa, selkeyttää vastuunjakoja sekä määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden on täyttyttävä jokaisessa yksikössä kuten yksityisessä tai julkisessa laitoksessa tai hoitopaikassa. Ohjeistuksessa on mukana myös hyviä käytänteitä. (STM 2016, Turvallinen lääkehoito, 3 - 6).

Turvallisen lääkehoito -oppaan tarkoitus on selkeyttää vastuunjakoja lääkehoidon toteutuksessa. Siinä myös määritellään vähimmäiskriteerit, joiden on toteuduttava kaikkialla. (STM 2016, 14; Taam-Ukkonen M, Saano S, 2011, 15 - 16). Opas kattaa kaikki yksiköt ja tahot, jotka ovat tekemisissä lääkkeiden kanssa.

Lääkehoitosuunnitelmassa kerrotaan lääkehoidon toimintatavat ja sisältö. Siinä ilmoitetaan lääkehoidon vaatimustaso, kuvataan lääkehoitoprosessi ja kuvataan ongelmakohtat sekä riskit. Vaatimustaso on erilainen tehostetussa palveluasumisessa kuin erikoisterveydenhuollossa tai sairaalapalveluissa. Suunnitelmassa kerrotaan vastuunjako, lääkkeiden antaminen ja jakaminen sekä henkilöstörakenne ja kehittämiskohteet. Kuten kaikessa muussakin toiminnassa, oman toiminnan arviointi, analysointi ja tunteminen ovat kulmakivet lääkehoidon kehittämiseksi ja hallinnalle. Lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan myös

potilasohjausta, dokumentointia ja vaikuttavuuden arviointia. Tärkeä osa lääkehoitosuunnitelmaa on myös seuranta- ja palautejärjestelmää koskevat tiedot. (Taam-Ukkonen & Saano 2011, 19; STM 2006, 61 - 63).

2.3.5 Sairaanhoidajan lääkehoidon osaamisen vastuut

Onnistunut lääkehoito edellyttää monenlaisia taitoja toteuttavalta henkilöltä. Tarvitaan tietoa, taitoa ja valmiuksia. Lääkehoidon pitää olla lääkärin ohjeitten mukaisia. Lääkeannosta annettaessa pitää varmistua, että potilaalle annetaan oikea lääke, oikea annos, oikeaan aikaan, oikealle potilaalle, oikeaa antoreittiä, oikein dokumentoituna ja oikein ohjatuna. (Inkinen, R., Volmanen, P. ja Hakoinen, S. 2016, 44 - 45.) Turvalliseen lääkehoitoon kuuluu lisäksi potilaan voinnin tarkkailu sekä ennen että jälkeen, hallita lääkkeenantotekniikka ja ymmärtää lääkkeen ottamisen tarkoitus. On tärkeää myös ymmärtää haittavaikutukset, pystyä keskustelemaan niistä ja kerrottava erityiset piirteet lääkkeiden otossa. (Veräjänkorva ym. 2008., 35 - 37). Lääkehoitoa toteuttavan henkilön on pidettävä tietotaitonsa ajan tasalla ja otettava vastaan erityistä koulutusta yksikön tarpeiden mukaan. Näitä voivat olla esimerkiksi suonensisäinen lääkehoito, verihoidot tai ikääntyneisiin liittyvän lääkehoidon erikoispiirteet. (Veräjänkorva ym. 2008, 36 - 39). Kaiken kaikkiaan lääkehoitoa toteuttavan henkilön tietojen ja taitojen pitää olla kattavat ja ajantasaiset. Lääkehoito kattaa sekä, lääkehoidon prosessin, ohjeiden ja määräysten toteuttamisen, yhteis-, haitta- ja seurausvaikutusten tunnistamisen, lääkehoidon arvioinnin, lääkkeiden hävittämisen, käsittelyn ja säilyttämisen, teknisen, juridisen ja eettisen kokonaisuuden hallinnan sekä farmakologian osaamisen. Farmakologia käsittää lääkkeen fysiologiset vaikutukset, elimistön toiminnan ja lääkkeiden vaikutuksen. Osansa sairaanhoidajan lääkehoidon osaamisessa on myös lääkelaskennan hyvällä hallinnalla. (Inkinen, ym. 2016.32; STM 2016, 69; Taam-Ukkonen & Saano 2010, 21.)

2.3.6 Vanhusten lääkehoidon erityispiirteitä

Vaikkakin vanhusten lääkehoito noudattaa aikuisväestön lääkehoidon perusteita, on viime aikoina herätty siihen, että vanhusten lääkehoidossa on erityispiirteitä. Vanheneminen vaikuttaa lääkkeiden jakautumiseen, imeytymiseen, metaboliaa ja poistumista elimistöstä. Suun kuivuminen vaikuttaa imeskeltävien ja pureskeltävien lääkkeiden tehoon, koska kuivasta suusta aineet eivät pääse nopeasti elimistöön. Toiset lääkkeet saattavat

myös lisätä suun kuivumista. (Kivelä, 2005, 19). Vanheneminen on elimistön toiminnallista hidastumista, kuivumista ja rasvoittumista. Tällöin on väliä lääkkeen imeytymisen ja kumuloitumisen kannalta, onko lääke rasva- vai vesiliukoinen. (Kivelä, S. 2005, 23).

Vanhusten lääkehoidossa on huomioitava imeytyvien lääkkeiden käytössä erilaisia asioita. Näitä ovat muun muassa mahalaukun pH:n nouseminen, mahahapon erityksen vähentyminen, syljenerityksen väheneminen, vatsalaukun, ohutsuolen, paksusuolen ja ruokatorven supistumiskyvyn heikkeneminen, mahalaukun pinta-alan pieneneminen, ohutsuolen pinta-alan pieneneminen, lääkkeiden kulkeutuminen ohut- ja paksusuoleissa hidastuu ja ohutsuolen verenkierto heikkenee. Nämä kaikki muutokset vaikuttavat lääkkeiden tehoon vanhusten elimistössä. Lääkkeiden teho voi suurentua tai pienentyä, haittavaikutukset lisääntyä tai lääkkeitä saatavat hyötyjä ei ole. (Kivelä, S. 2005, 20 - 22).

Lääkkeiden jakautumiseen vaikuttavat plasman muutokset, veden väheneminen, rasvan lisääntyminen, sydämen toiminnan heikkeneminen, verenkierron heikkeneminen ja elimistön toiminnallisen kudoksen väheneminen. Lääke voi kumuloitua elimistössä, sen huippupitoisuus jäädä pieneksi, vaikutusaika pidentyä ja poistuminen hidastua. Tällöin otettavan lääkkeen määrän pitää olla pienempi kuin työikäisellä. (Kivelä, S. 2005, 23 - 24).

Jos lääkkeet annetaan suun kautta, vanheneminen vähentää alkureitin metaboliaa ja johtaa näiden lääkkeiden tehokkuuden lisääntymiseen. Vanheneminen vaikuttaa myös lääkkeiden muuntumiseen maksassa eritettävään muotoon. Vanheneminen pienentää munuaisten kudosten määrää ja vähentää verenkiertoa. Tämä voi tarkoittaa munuaisten erityskyvyssä 30 % alenemaa 65-vuotiailla ja 50 % alenemaa 80-vuotiailla. Osa lääkkeitä voi erittyä virtsaan muuttumattomana tai vain osittain muuttumattomana. Pääsääntönä voisi vanhusten lääkehuollossa pitää 50 %:n annosta työikäisiin verrattuna. Syynä ovat muutokset munuaisten toiminnassa (Kivelä, S.2005, 25 - 27).

Lääkkeen haittavaikutuksella tarkoitetaan tahatonta ja haitallista vaikutusta, joka ilmenee kun tavanomaista lääkettä on käytetty tavanomainen määrä oireen tai sairauden hoitoon, lievittämisen tai ehkäisyyn. Yliannostus tai myrkytys eivät ole haittavaikutuksia. (Kivelä, S. 2005, 53). Lääkkeiden tehoa voivat heikentää ja vahvistaa luontaistuotteet. Lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset lisääntyvät vanhuksilla ja voivat johtaa laitoshoitoon.

Arvioidaan, että jopa 10 - 20 % hoitoon hakeutuneista vanhuksista kärsii lääkkeiden haittavaikutuksista eivätkä taudeista, sairauksista tai oireista. Vanhukset, jotka hakeutuvat hoitoon väsymyksen, pahoinvoinnin, sekavuuden, kaatuilun, ummetuksen, kuivumisen, huonovointisuuden, yleiskunnon laskun tai muistin romahtamisen seurauksena voivatkin kärsiä lääkkeiden haittavaikutuksista. Syynä haittavaikutuksiin voi olla useat hoitosuhteet eri lääkäreillä ja epäselvät lääkelistat. Osa vanhuksista voi käyttää lääkkeitä vastoin ohjeita tai omien ja tuttavien suositusten mukaan. Yksinäisyys voi vaikuttaa siihen, että vanhus pyytää lääkäriltä lääkettä, vaikka ongelma vähenisi sosiaalisilla suhteilla. Lääkkeillä voi hoitaa tai yrittää hoitaa ahdistusta, jonka yksinäisyys aiheuttaa. (Kivelä, S.2005, 55).

Lääkehoidossa pitää muistaa kriittisesti arvioida lääkehoidon tarpeellisuutta. Onko lääke hyödyllinen? Millä annoksella se on hyödyllinen? Auttaako lääke oikeasti? Voidaanko oireet hyväksyä ilman lääkitystä? Entä jos lääkettä ei oteta? Onko lääkkeestä enemmän hyötyä vai haittaa? Mitkä ovat yhteisvaikutukset entä haittavaikutukset? Mikä on vanhuksen ikä, nestetasapaino, ravitsemustila tai fyysinen kestävyys? Tietääkö vanhus lääkkeiden käytön, onko saanut oikeat ohjeet tai tunnistaako muutokset voinnissaan? Hoitoa ja vaikutuksia on arvioitava säännöllisesti. (Kivelä, S.2005, 103 - 104).

Vanhusten hyvän lääkehoidon perusteita ovat

1. Moniammatillinen ja saumaton yhteistyö
2. Lääkkeiden tarkistus- ja vähentämiskierrot
3. Oireiden, toimintojen ja käyttäytymisen tarkkailu
4. Ei-lääkkeellisten apujen käyttäminen
5. Normaaliin vanhenemiseen kuuluvien muutosten ymmärtäminen ja hyväksyminen
6. Liikunnan, nestetasapainon ja sosiaalisen kanssakäymisen ylläpitäminen
7. Tiedon antaminen haittavaikutuksista, vaikutuksista ja muista hoitovaikutuksista sekä vanhukselle että heidän omaisilleen. (Kivelä, S. 2005, 95)

Vanhusten sanotaan tulevan lasten kaltaiseksi. Jos tarkastellaan yllä olevaa listaa, niin voidaan huomata erilaisia yhteneväisyyksiä. Jos menee huonon iltapalan turvin syömään, niin tuskin uni maistaa. Sama pätee juomisessa. Lapset tarvitsevat sosiaalisia tilanteita oppiakseen toimimaan yhteiskunnassa. Vanhusten pitää ylläpitää taitojaan. Harva vanhempi haluaa lapsensa syövän lääkkeitä, joiden käyttöä ei ymmärrä tai joita on liikaa. Lapsuuden muutokset ovat vanhempien tiedossa, miksi ei siis vanhenemiseen liittyvät

muutokset ole yleisesti tiedossa? Vanhemmat haluavat tietää lapsen hoidosta mahdollisimman paljon. Miksi aikuisia lapsia ei kiinnostaisi omien vanhempien saama hoito? Poikkeuksena listaan tulee vanhusten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Vanhus voi yleensä päättää omasta hoidosta, lapsen hoidosta päättää vanhempi (Kivelä, S. 2005, 98; Kivelä, S. 2006, 78 - 80).

2.4 Lääkehoito kotihoidossa

Suurimmalla osalla yli 75-vuotiaista oli käytössä viisi lääkettä, mutta joka neljännellä oli käytössään yli kymmenen lääkettä. Huomionarvoista on, että 98 %:lla tässä ryhmässä on käytössään vähintään yksi lääke. Kuopiossa vuonna 2006 vähintään kuutta lääkettä käytti 66% yli 75-vuotiaiden joukossa. Yleisimmät lääkkeet ikäihmisillä olivat parasetamoli, bisoprololi, simvastatiini ja furosemidi. Näiden käyttäjiä oli yli 100 000 henkilöä perustuen sv-korvausta saaneiden määrään. (Ahonen 2011, 5 – 6; Niskanen 2013). Kaikkien lääkkeiden hallitseminen voi olla monelle vaikeaa. Miten muistaa ottaa lääkkeit oikeaan aikaan, oikealla tavalla, oikeaa reittiä ja oikealla annoksella? Kun samaan aikaan muistin kanssa voi olla haasteita, ei näin yksinkertainen asia olekaan enää helppo. Kotihoidossa lääkkeenjako ja lääkkeenoton varmistaminen ovat olennaisia asioita. Yhteistyössä toimivat potilas, ammattihenkilö ja omaiset. (Nurminen 2011, 594 - 597).

Päävastuu lääkehoidosta kotihoidossa on lääkärillä. Käytännön työssä kuten ohjeistuksessa, lääkkeen antamisessa, lääkemyöntyvyyden ylläpidossa ja potilaan motivoinnissa päävastuu on kuitenkin kotihoidon työntekijöillä. Työntekijät käsittelevät lääkkeitä, lääketietoja, asiakastietoja ja vastaavat näiden säilyttämisestä. Kuten laitoksissakin lääkeshoidon arviointi ja suunnittelu ovat tärkeitä kotihoidossa. Yhteistyö omaisten kanssa ja tiedonkulku ja sen varmistaminen ovat myös tärkeitä. (Nurminen, M-L, 2011, 104 – 105; Pietikäinen, T. 2004, 12 – 14, 16, 53) Syinä siihen, että ihmiset eivät suoriudu lääkkeenottamisesta, voivat olla muisti- ja muut sairaudet. Kotihoidossa jokaisella potilaalla pitää olla reseptit, lääkelista josta näkyy nimi, vahvuus, ottoajankohta, ottamistapa ja käyttötarkoitus. Perinteisiä tapoja ovat ottaa lääkkeit purkista tai jakaa niitä dosettiin. Uutena ilmiönä on apteekin lääkkeenjako. (Nurminen, M-L, 2011, 104 - 105). Haasteita lääkehoitoon kotona tuo lääkkeiden säilyttäminen. Ne voivat unohtua pöydälle tai mennä turhaan jääkaappiin, unohtua auringonvaloon tai altistua valolle. Haaste ovat myös pienet

lapset, kotieläimet ja lääkkeiden hävittäminen turvallisesti. Nurminen, M-L, 2011, 105 – 106; Alanne, E. 2011).

Avohoidossa toteutettava lääkehoito ei ole riskitöntä. Nykysuuntaus on vähentää laitosaumista ja tuoda mahdollisimman paljon palveluja kotiin. Kotona asuessa toimijoita voi olla monta ja kokonaisvastuu hämärtyy, mikäli asiakas ja omaiset osallistuvat lääkehoitoon. Haasteita tuovat rohdosvalmisteet, luontaistuotteet ja erilaiset käsikauppalääkkeet. Kotihoidossa henkilökunnan osaaminen lääkehoidon suhteen on oltava hyvällä tasolla, jotta voidaan varmistaa turvallinen lääkehoito. Vanhusten lääkehoidon haasteita ovat monilääkityksen ja luontaistuotteiden ohella alkoholinkäyttö. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos, Iäkkäiden lääkehoito 2012; Kivelä, S. 2005, 127; Ahonen 2011, 5 - 7). Lääketietokeskuksen mukaan ikääntyneiden lääkehoidon perustana pitäisi olla pienempi annos ja lääkkeen vaikutusten ja haittavaikutusten seuranta. (Lääketietokeskus). Lääkehoidon kokonaisuuden arviointi laitostaksojen jälkeen tai laitoshoidoon siirryttäessä sekä erilaisissa siirtymätilanteissa on tärkeää. Yksi keino kokonaisarviointiin on annosjakelun käyttäminen, jolloin sekä apteekki että lääkäri tarkistavat potilaan lääkitystä. (THL, Turvallinen lääkehoito 2015, 53 - 54)

Lääkehoidon varmistaminen kotihoidossa on haastavaa tutkimuksen mukaan. Kun kotisairaanhoido siirtyy yhä enemmän kotihoidoksi ja siitä hoivatyöksi yhä ikääntyneemmille ja huonokuntoisemmille henkilöille, ovat haasteet moninaiset. Haasteita ovat työntekijöiltä odotettavat monipuoliset työtehtävät, ammattitaidolle esitetyt vaatimukset, kyky havainnoida potilasta lääkehoidon jälkeen ja havainnoida lääkehoidon asioita yleisesti. (Pietikäinen, T. 2004, 58 - 60).

Pietikäisen (2004) tutkimuksessa havaittiin, että kaikki kotihoidon työntekijät osallistuvat lääkehoidon toteuttamiseen joko avustaen, varmistaen tai toteuttaen lääkehoitoa. Lääkkeiden käsittely ja jakaminen olivat kirjavaa ja osin epäselvää toimintaa. Tämä johtui lupakäytännöistä, niiden puutteista, seurannan laiminlyönnistä ja koulutuksen puutteista. (Pietikäinen, T. 2004, 2, 29, 70).

Reseptien uusinta ja lääkkeiden hankkiminen olivat arkipäivää monille kotihoidon työntekijöille. Lääkemääräysasiat painottuivat eniten sairaanhoitajille, samoin itsenäinen päätöksenteko. Lääkehoidon arvioinnissa kaikki ryhmät olivat hyvin edustettuina. Arviointi

painottui enemmän farmakologiseen arviointiin kuin asiakkaan tyytyväisyyden ja näkemysten arviointiin. Reseptilääkkeiden käyttö ja ravitsemuksen vaikutus lääkitykseen korostuivat lääkehoidon ohjauksessa. Kaikki ryhmät käyttivät erilaisia lääkkeenantotapoja. (Pietikäinen, T. 2004, 2, 72, 78).

Kotihoidon työntekijöiden yhteistyö omaisten kanssa oli niukkaa. Asiakkaita ja omaisia ei houkuteltu osallistumaan lääkehoitoon. Lähestymistavat lääkehoitoon olivat erilaisia. Toisessa päässä oli sopimukset ja tehtäviin painottuminen ja toisessa ääripäässä lähellä kumppanuutta oleva ja yhteistyötä sekä omatoimisuutta korostava yhteistyösuhde. (Pietikäinen, T. 2004, 8, 10, 13).

Pietikäisen (2004, 77 - 79) tutkimuksen suosituksina annetaan seuraavia käytäntöjä:

1. Ammattiryhmien suorittamaa lääkehoitoa tulee arvioida suunnitelmallisesti ja säännöllisesti. Lääkehoidonosaamista pitää päivittää.
2. Työyhteisössä on oltava selkeät toimintaohjeet reseptien uusimisesta, lääkkeiden hävittämisestä, säilyttämisestä ja hankkimisesta. Keinoja säilyttää lääkkeitä kotona, vaikka asiakas saattaa olla muistamaton tai lääkkeitä väärinkäyttävä, on pyrittävä lisäämään.
3. Olennaista on luoda toimintakulttuuri, jossa virheistä keskustellaan ilman syyllistämistä, pelkoa tai rangaistuksia. Lääkehoidon suunnittelussa, arvioinnissa ja toteutuksessa jokaisella on varmasti hyviä ideoita ja mielipiteitä, miten lääkehoitoa tulisi kehittää. Hyvä olisi, jos virheet, puutteet ja hyvät käytänteet analysoitaisiin ja arvioitaisiin säännöllisesti.
4. Asiakas ja hänen omaisensa tulisi nähdä yhteistyötahoina ja varmistaa heidän osallisuutensa lääkehoidossa. Toimintaa pitäisi arvioida säännöllisesti.

2.5 Lääkejakelu ja -annostelu

Koneellinen lääkkeidenjakelu ei ole uusi keksintö. Ruotsissa sitä on käytetty vuodesta 1980 alkaen. Monissa muissa Euroopan maissa se on ollut käytössä yli 10 vuotta. Tanskassa 90 % apteekeista tarjoaa annosjakelupalvelua. Pääsääntöisesti lääkäri tekee määräyksen annosjakeluun pääsemisestä. Asiakkaiksi valikoituu yleensä henkilöitä, joiden lääkkeet pysyvät muuttumattomina pitkiä aikoja. Potilaalle ei aiheudu annosjakelusta

kustannuksia, vaan niistä vastaa valtio. (Saikkonen 2003, 7 - 9). Saksassa annosjakelu tuli lakiin vuonna 2005. Laitteiden hinnan takia apteekit voivat ulkoistaa jakamisen muulle taholle. (Finlex, hallituksen esitykset 2010.) Suomessa annosjakelu on alkanut sairaala-apteeekeissa jo 1991. Laajemmalle toiminta levisi vuonna 2003, kun annosjakelu tuli valtakunnalliseksi. (STM 2011, 24.) Suomessa annosjakelupalvelua tuottaa kaksi yhtiötä; Pharma Service Oy ja Pharmac Finland Oy. (STM 2011, 25 - 28.) Pääsääntöisesti lääkkeet jaetaan 1 – 2 viikon erissä. Lääkkeet jaetaan pusseihin, joiden päälle tulostuu kellonaika, jolloin lääke pitäisi ottaa. Pääasiakasryhmänä ovat iäkkäät potilaat, joilla on useita lääkkeitä ja vähän muutoksia sisältävä lääkelista. (Nyman 2009, 236.) Asiakas tekee sopimuksen apteekkiin ja apteekki toimittaa lääkkeet asiakkaalle. Apteekki voi jakaa lääkkeet itse tai käyttää alihankkijaa. (STM 2011, 24.)

Koneellisen annosjakelun hyviä puolia ovat lääkehävikin väheneminen ja lääkekokeilun tekeminen pienillä määrillä. Annosjakelu pienentää lääkkeiden kustannuksia, jos asiakas tarvitsee vaikka 20 tablettia ja pakkauskoko on 100 tablettia. Potilas maksaa vain käyttämistään lääkkeistä. Kela tukee yli 75-vuotiaiden potilaiden koneellista lääkejakelua vain osittain.alvelua voivat ostaa myös yksityiset asiakkaat, vaikkakaan he eivät korvausta saa. (Nyman 2009, 240; Apteekkariliitto 2014; STM 2011, 24). Muita annosjakelun hyviä puolia ovat lääkelistan tarkastus, selkeät merkinnät annospusseissa, lääkejaon tarkastaminen ja kustannustehokkuus. Huonoina puolina on esitetty annosjakelun ja potilastietojärjestelmän välisen rajapinnan puuttuminen. (Jylhä ym. 2007, 46.)

Annosjakeluasiakkaiden tilanne arvioidaan ennen toiminnan aloittamista. Yleensä jakelu alkaa kahden viikon sisällä. Maksu peritään viikoittain ja sen päättää apteekki. Maksu sisältää jakelupalkkion, kokonais- ja riskiarvioinnin, lääkitystietojen päivittämisen, annospakkausten tarkistamisen, kuljetuksen ja kuljetuksen aikaiset vakuutukset. Sosiaali- ja terveysministeriö on huolissaan, että korvausperusteet rajaavat osan annosjakelupalvelusta hyötyvistä pitkäaikaisslääkityistä potilaista palvelun ulkopuolelle. (STM 2011, 26 - 27.) Innasen ja Mielosen tutkimuksessa (2013, 11 – 13) havaittiin, että kaikille käyttäjille ei tule säästöjä annosjakelun käyttämisestä. Samassa tutkimuksessa havaittiin, että keskimäärin säästö oli noin 6 % lääkekustannuksista. Apteekin tehtävä on tehdä riskiarvioita lääkkeistä, niiden yhteiskäytöstä ja muutosten vaikutuksista. Tarvittaessa apteekki ilmoittaa lääkärille, jos havaitaan ongelmia kuten päällekkäisyyksiä tai haitallisia lääkeyhdistelmiä. Ennen annosjakelun aloittamista lääkitys käydään läpi ja tehdään tarvittavia muutoksia, jotta lääkitys on lääketieteelliseltä kannalta perusteltua. (STM 2011, 26.)

Lääkejakeluun ei sovi kuuriluontoiset tai muuttuva-annoksiset lääkkeet kuten verenohennuslääke Marevan tai antibiootit. Jauheet tai nesteet eivät myöskään sovi jakelun piiriin tai lääkkeen puolittaminen. Tällaiset lääkkeet voidaan toimittaa kotiin muuten tai potilas voi tulla hakemaan ne apteekista joko pakkauksessa tai dosetissa. Muutokset annosjakeluun voin tehdä suullisesti tai kirjallisesti. Muutokset resepteihin menevät suoraan lääkäriltä apteekkiin. (Nyman 2009, 245 - 246.)

Lääkejakelu on lisääntynyt viime vuosina. Sitä hyödynnetään yhä enemmän kotihoidossa, laitoksissa ja sairaaloissa. Annosjakelun on katsottu tuovan etuja. Terveystieteiden järjestäjät hyötyivät lääkitysvirheiden vähenemisestä ja lääkehoidon kokonaisarviointista. Lääkkeiden jaosta säästynyt aika voidaan hyödyntää potilaskontakteihin, kasvavan asiakasmäärän hoitamiseen tai asiakas voi lopettaa kotihoidon käynnit. (Vitikka, S., yms., 4 - 6.) Teknologia parantaa turvallisuutta vain, jos sitä käyttävät tahot toimivat turvallisesti. Jos lääkäri tekee virheen, ei kone voi sitä korjata. Samoin jos hoitaja jättää viemättä potilaalle lääkkeen, ei potilas voi sitä ottaa. Tai jos hoitaja säilyttää lääkkeet väärin kuumassa tai kylmässä, ei teho ole enää samanlainen. Uudet keinot ja toiminnot vaativat olemassa olevien rakenteiden muokkaamista tai prosessien uudistamista. Lääkitykseen liittyvät ongelmat kasvavat, jos prosessi ei tue teknologian käyttöä. Silloin riskit lisääntyvät. Samoin käy, jos asiakkaan lääkitystä ei tarkisteta säännöllisesti. (Jylhä ym. 46 – 47; STM 2016, 10, 15).

Kokemukset koneellisesta annosjakelusta ovat ristiriitaisia. Toisaalta uskotaan, että kustannukset pienenevät, mutta jakelun ollessa maksullista kokonaishyödyt jäävät saamatta. Tutkimusta kaivataan vielä annosjakelun edullisuudesta, turvallisuudesta, aikasäästöistä ja vaikutuksista. Nykytiedon valossa näyttää siltä, että asiakkaiksi valikoituu henkilöitä, jotka käyttävät riskilääkitystä tai epätarkoituksenmukaisia lääkkeitä. (Sairaanhoitajalehti 2013, 12) Sosiaali- ja terveysministeriön tekemä selvitys (2011) ehdottaa annosjakelun saamista lakisääteiseksi, tietosuojan ja – turvan parantamista ja yhdenvertaista kohtelua palvelua käyttävien kesken. Oikeusasiamies on lausunut, että kunnat eivät saa periä asukkailta kustannuksia, jotka johtuvat koneellisesta annosjakelusta. (Malmi, A., 11.4.2013). Lausuman mukaan lääkejakelu on kunnan lakisääteistä palvelua. Kirjaamisen kehittäminen ja joustavuus toimintaprosesseissa ovat ensi arvoisen tärkeitä asioita. Joskus kahden viikon viive lääkemuutoksen ja -toteutuksen välillä voi olla liian pitkä. (STM 2011, 25.) Hoitohenkilökunnan toiveissa on lääkkeiden tunnistamista parantava ratkaisu.

Kun lääkkeiden käsittely vähenee, niin niiden tunnistaminenkin voi vähentyä. Ehkä jo tulevaisuudessa lääkkeitä voi tunnistaa puhelinsovelluksen avulla? (Lehtonen 2012, 48 - 49.)

2.6 Aiemmat kokemukset annosjakelusta

Koneellista annosjakelua on tarjottu lähtökohtaisesti ikääntyneille kotihoidon asiakkaille. Asiakkaat voivat asua kotona tai tuetussa palveluasumisessa. Tampereella palvelu otettiin käyttöön vuoden 2015 alkupuolella ja se perustuu vapaaehtoisuuteen. (Tampere 22.1.2015, Vitikka ym. 2011, 6; Björkholm 2010, 2.) Annosjakelun aloittaminen vaatii erilaisia valmisteluja kuten tietojen vaihtoa, lääkkeiden, potilasasiakirjojen ja reseptien käsittelyä. Tiedottaminen omaisille, henkilökunnalle, potilaille ja yhteistyötahoille kuuluu myös alkuvaiheen toimiin. Lääkärin tehtävä on tarkistaa lääkelista ennen annosjakelun aloittamista, vaikka myös apteekki tarkistaa listan. Näillä keinoilla voidaan välttää päällekkäiset lääkitykset, turhat lääkkeet ja mahdolliset lääkkeiden yhteis- tai haittavaikutukset. (Tampereen kaupunki 22.1.2015; Sintonen, Kaljunen, Laaksonen & Immonen 2008, 38 - 40; Hiltunen, Kananen & Ovaskainen, 2012, 10.) Hoitajien työaikaa on voitu vähentää, kun ylimääräiset lääkkeiden hankintaan liittyvät käynnit apteekkiin ovat vähentyneet. Jos lääkitys pysyy samana, apteekki huolehtii reseptien uusimisen. (Björkholm 2010, 16, 35). Kahden viikon aika on liian pitkä toiminnan käynnistämiseen ja muutosten tekemiseen. Se luo haasteita hoitajille, vallankin jos muutoksia tulee usein tai kokeillaan sopivia lääkkeitä. Tällaisissa tilanteissa tieto ei välttämättä kulje oikein. Lääkkeiden annosjakelua on kritisoitu siitä, että jos potilaalla menee muuttuva-annoksisia lääkkeitä tai jauheita, on vaikeaa käsitellä valmiita annosjakopusseja ja lisäksi dosetteja tai jauhepusseja. Tehokkuus ei varmasti näissä tapauksissa ole paras. (Björkholm 2010, 31 - 36, 38; Viikilä, 2009, 42) Potilaat kokevat annospussit helpommin käsiteltäviksi kuin dosetit. Kun lääke- tai annostelupoikkeamia ei löydy, niin lääketurvallisuuden tunne asiakkaiden keskuudessa oli kasvanut. Asiakkaiden tyytyväisyyttä lisäsi pussien päällä olevat merkinnät, kuten päivämäärä, kellonaika ja lääkkeen tiedot. Osa annosjakelua käyttävistä otti lääkkeet itsenäisesti, osa tarvitsi lääkkeenottoon esimerkiksi kotihoidon henkilökunnan apua. Hoitajien mielestä annosjakelu ei kokonaan poista hoitohenkilökunnan tarvetta olla paikalla lääkkeenotossa. Joidenkin hoitajien mielestä lääkepussien merkinnät saattoivat olla epäselviä, mutta yleisesti pussien käyttäminen oli helppoa ja hygieenistä. Ongelma oli myös pussien rikkoutuminen, koska silloin potilaat eivät välttämättä saa lääkkeitään.

Hyvänä puolena pidettiin lääkehoidon joustavuutta. Potilas ei ole sidottu doseteissa oleviin kellonaikoihin, vaan lääkkeet voidaan ottaa yksilöllisemmin. (Björkholm 2010, 31, 33, 35). Dosetissa saattaa olla paikat vain aamu- ja iltalääkkeille. Tällaiseen verrattuna annosjakelu on paljon joustavampi, koska lääkkeenottoajankohtia voi olla vaikka 10 päivässä. Monellekaan ei ole hyötyä näin monista lääkkeenottoajankohdista ja tällöin myös inhimilliset riskit lisääntyvät.

Hoitajat kertoivat työmääränsä ja vastuunsa lisääntyneen annosjakelun myötä. Tämä johtui lääkejakelussa havaituista virheistä ja sitä kautta tulleet tarpeesta tarkistaa lääkkeitä. Jos muutoksia lääkitykseen tai annosteluun tehdään kesken kauden, hoitajilla on vastuu muutoksista. Hoitajat kokivat, että he joutuvat seuraamaan lääkärin toimintaa. Ammatillisessa mielessä hoitajat kokivat tietotaitonsa rapistuvan lääkkeenjaossa. Myös rinnakkaislääkkeiden käyttäminen annosjakelussa tuo oman haasteensa lääkkeen tunnistukseen. Osa haluaisi lopettaa annosjakelun, että oma ammatti- ja tietotaito säilyisi. On myös pelätty, että tuleeko hoitajista vain lääkepussien viejiä? (Björkholm 2010, 32 - 33, 39 - 42, 47 - 50; Viikilä 2009, 34 - 39.) Osa hoitajista taasen koki, että he pystyivät pitämään yllä ammattitaitoaan ja työturvallisuuden lisääntyneen, kun ei tarvinnut käsitellä lääkkeitä. Sairaanhoitaja pystyi käyttämään aikaansa muihin töihin, kun lääkejaolta vapautui aikaa. Hoitajat eivät kokeneet ongelmia tilausten tekemisen ja lääkkeiden toimitusten kanssa. Pietiläisen (2011, 26) tutkimuksessa havaittiin, että kotihoidon henkilökunta epäili, tuntee lääkäri potilaat. Lisäksi säännöllistä yhteistyötä ei ollut kotihoidon ja lääkäreiden välillä. Lääkäreiden mielestä kotihoito oli heille tärkeä. Roponen (2011) havaitsi ongelmia yhteistyössä eri toimijoiden välillä. Tiedonkulku tilausten ja muutosten tekemisen suhteen on ollut haastavaa. Tässäkin tutkimuksessa hoitajat kertoivat ammattitaitonsa heikkenevän lääkkeiden käsittelyn ja jakamisen suhteen. Näissä tapauksissa haasteita tulee lääkkeiden tarkastamisessa. Tuleeko lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnista haaste? Roposen (2011) mukaan hoitajat arvelevat näin käyneen. Kolikon kääntöpuolena oli lääketurvallisuuden lisääntyminen ja lääkkeen ottamisen helpottuminen, kun lääkehoitoa pystyttiin toteuttamaan entistä yksilöllisemmin. (Roponen 2011, 39 - 40, 43, 48.) Potilaat eivät aina kyseenalaista lääkitystä tai tiedä mihin vaivaan syövät mitään lääkettä. Tämä on haaste lääke- tai hoitomyöntyvyyden takia. He kokevat kuitenkin, että hoitajat osaavat opastaa ja ohjata tarvittaessa lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä. (Hiltunen ym. 2012, 24 - 25.) Hoitajat pitivät tärkeänä oman tietotaidon ylläpitämistä, säännöllistä koulutusta

ja apteekin pitämää koulutusta. Tällöin korostuu oma-aloitteinen oppiminen ja vastuunottaminen omasta toiminnasta, kuten potilaalla sairaudestaan ja terveydentilastaan. (Roponen 2011, 40 - 44, 47 - 51.)

Vitikan ym. (2011) mukaan koneellisen annosjakelun tuoma muutos on tärkeä, jotta vanhusten monilääkitystä voidaan purkaa tai ehkäistä. Annosjakelun uskotaan vähentävän lääkkeiden käyttämistä ja lisäävän hoitotyöhön käytettävää aikaa. Edut annosjakelusta ovat selkeimmät, kun potilaan lääkitys pysyy mahdollisimman muuttumattomana. Ymmärrettävästi muutos on aina pelottava, oli kyse asiasta kuin asiasta. Annosjakelun pelättään heikentävän muun muassa hoitajien lääketuntemusta. Olisiko niin, että lääkekaappien avaimet ovat monella työpaikalla statussymboli, josta ei haluta luopua? Olisiko niin, että niistä luopuminen tai niiden merkityksen vähentyminen on oman aseman heikkene mistä ja tämän takia muutosta halutaan vastustaa? Vai olisiko kuitenkin niin, että kustannustehokkuus ei olekaan kaikista tärkeintä, vaan hyödyt koneellisesta annosjakelusta tulevat lääkehoidon laadun, seurannan ja turvallisuuden näkökulmasta? Voi olla, että lääkkeellinen annosjakelu on ensimmäinen askel lääkkeenjaon teknologisoitumisessa. Ehkä tämän jälkeen tulee uusia edistysaskelia ja toiminta kehittyy tulevaisuudessa. Varmaa on vain muutos ja se on pysyvää.

2.7 Aiemmat käyttökokemukset Evondos® automaattisesta lääkeannostelupalvelusta

Evondos® -palvelua on tutkittu aiemmin melko niukasti, koska kyseessä on uusi palvelu. Palvelun koekäytöistä on kerätty tietoa muun muassa tietoa palvelun käytettävyydestä ja käyttäjiksi soveltuvista asiakasprofiileista. Lisäksi on kerätty tietoa hoitajien kokemuksista. Tällöin hoitajat ovat kertoneet asiakkaan puolesta, mitä mieltä asiakkaat ovat palvelusta, sen käytöstä ja mielikuvista. Osa asiakkaista on antanut omia suosituksia, joista on tehty referenssejä yrityksen nettisivuille.

Asiakkaiden antamien omien suositusten perusteella voidaan sanoa, että Evondos® -palvelun käyttäjäjoukko on heterogeeninen. Osalla käyttäjistä oli ongelmia saada lääkkeitä purkista tai painoliuskasta pois ennen Evondos® -palvelun käyttöönottoa. Osan ongelmat tulevat muistamattomuudesta. Heille palvelu on tuonut apua, koska laite muistuttaa lääkkeiden ottamisesta selväkielisillä ohjeilla. Osalla ongelmat voivat liittyä sekä muistiin että perussairauteen ja sen tuomaan lääkkeenoton hankaluuteen. Perussairauksia käyttäjillä

ovat esimerkiksi dementia, Alzheimer, Parkinson ja MS-tauti. Muitakin tauteja on joukossa ja kaikista taudeista tai sairauksista ei ole edes tietoa. Jotkut käyttäjät ovat hyötynneet siitä, että saavat otettua lääkkeen säännöllisesti tai voivat ottaa aamun ensimmäiset lääkkeet yövaatteissa ja kotihoidon hoitaja tulee käymään vasta vähän myöhemmin. Osa on hyötynyt kotihoidon ajan siirtymisestä muihin askareisiin kuin lääkkeenhoitoon ja sen valvontaan. Osa on kertonut kotihoidon käyntien vähentyneen aiempaan verrattuna. Asiakkaat kertovat elämänlaatunsa parantuneen, itsenäisyyden tunteensa lisääntyneen ja jopa ihmissuhteiden parantuneen laitteen avulla (vaimon ei tarvitse nalkuttaa lääkkeenotosta). (Evondos Oy referenssit).

Hoitajien mielestä viestin lähettäminen laitteen kautta on helppoa, matkoihin käytettävä aika lyhenee tai poistuu kokonaan, lääkehoidon dokumentointi paranee, koska laite tallentaa tietoja ja laitteesta on tullut ikään kuin kollega, joka huolehtii tietyistä asioista. (Evondos Oy referenssit).

Päättäjien antaminen tietojen mukaan 10 laitteen käyttäminen säästi kuukausitasolla 150 käyntiä. Jos etäisyyden ovat pitkiä (Lappi) tai matkat hankalia kulkea (saaristo), on säästö huomattava. Laitteen täyttäminen voidaan tehdä vähemmän koulutettujen henkilöiden toimesta, jolloin resursseja säästyy edelleen. Päättäjien mielestä Evondos® -palvelun etu on myös resurssien kohdentaminen asiakastyöhön eikä lääkkeen jakamiseen tai antamiseen. Eräs nuori lääkäri muistutti vastauksessaan, kuinka moni jättää lääkkeitä ottamatta, ottaa niitä, milloin vaan tai unohtaa. Esimerkiksi sydänoperaation jälkeen on tärkeää kuntouttaa itseään ja ottaa lääkkeitä. Jos näin ei tee, on riski potilaan joutumisesta uudestaan operaatioon. Tällöin kustannukset yhteiskunnalle ovat suuret ja elämänlaatu voi heikentyä. (Evondos Oy referenssit).

On olemassa erilaisia sairauksia, joiden hoidossa oikea-aikainen lääkkeen ottaminen on tärkeää. Esimerkiksi Parkinsonin taudissa aamulääkkeiden (levodopa) ottaminen on tärkeää, jotta yön aikana rentoutuneet lihakset eivät jäykistyisi aamulla. Unen tuoma rentous (sleep benefit) on yksilökohtainen ja vaikutus kestää 15 minuutista jopa kahteen tuntiin. Jos asiakas ei saa lääkettä oikeaan aikaan, hänen lihaksensa alkavat jäykistyä aamulla. Rauhallisen unen aikana dopamiini keräytyy elimistöön ja henkilö voi olla hyvävointinen heti herättyään. Parkinsonin taudissa tärkeä lääkkeiden ottoajankohta on tärkeää myös levodopa-lääkkeiden imeytymisen kannalta. Tyhjään vatsaan otetuista lääkkeistä imeytyy

5 - 7 % ja ruoka heikentää imeytymistä ratkaisevasti. (Käypä Hoito-suositus. Parkinsonin tauti. 29.10.2015).

Tampereen kaupungilla on ollut kuuden kuukauden mittainen koekäyttö Evondos® -palvelun kanssa 1.3. - 31.8.2015. (Tampereen kaupunki, 2015). Laitteita oli käytössä 20 asiakkaalla. Loppuraportin mukaan teknisiä ongelmia ei havaittu alun jälkeen. Palvelun käyttö ei aiheuttanut asiakas- ja työntekijäprofiilien määrittämisen jälkeen ylimääräistä työtä. Haasteita aiheutti vain muutamien työntekijöiden kouluttaminen laitteen käyttöön. Jos vuorossa sattui olemaan henkilö, joka ei koulutusta ollut saanut, hänellä meni enemmän aikaa ongelmasta selviämiseen. Käytön opettelu kokeilun alussa oli haastavaa ja se aiheutti kiirettä ja hankaluuksia selvittää työvuoroista. Laite saattoi myös jumittua lääkepusseista. Näissä tapauksissa syinä olivat tarrojen jättäminen pusseihin, annospussien virheellisestä täytöstä ja laitteen teknisistä vioista johtuvat syyt. Ongelmien korjaaminen vaati käynnin asiakkaan luokse, mikä lisää kuormitusta kotihoidolle. Jakson loppua kohden ongelmat vähenivät erilaisten ohjeiden luomisen vuoksi sekä käyttäjien opimisen vuoksi. (Tampereen kaupunki, 2015, 9 - 10).

Tampereen toteuttamassa kokeilussa omaisilta saatu palaute oli pääosin myönteistä. Evondos® -palvelua kiiteltiin parantuneesta toimintakyvystä, itsenäisestä lääkkeiden ottamisesta ja lääkehoidon säännöllisyydestä. Äänitoiminnot ja laitteen antamat viestit ovat omaisten ja asiakkaiden mielestä olleet selkeitä ja helppoja noudattaa. Kone koettiin henkilökohtaiseksi, koska se puhui. Omaiset raportoivat laitteen tuoneen lisäturvaa. Yhdellä asiakkaalla käyntimäärät olivat vähentyneet siinä määrin, että asiakasmaksua voitiin alen-
taa. (Tampereen kaupunki, 2015, 11 - 12).

Tampereen kaupungin kokeilussa kritiikkiä palvelulle tuli teknisistä häiriöistä, laitteen isosta koosta ja sen viemästä tilasta. Jälkimmäisiin liittyen on suositeltu tehtävän paranneltu tiedote laitteen käyttöönotosta, jotta voidaan informoida tulevia käyttäjiä jo alkuunsa eikä koko tai tilantarve tule yllätyksenä. (Tampereen kaupunki, 2015, 14).

Tampereen kaupungin koekäytön raportista löytyy kokemuksia Hämeenlinnassa toteutetuista kokeiluista. Siellä oli saatu palautetta henkilöstöltä, että asiakkaiden vastuunotto omasta lääkehoidosta oli lisääntynyt, he kokevat pärjäävänsä paremmin ja voimistuneensa palvelun avulla. (Tampereen kaupunki, 2015, 16 - 17).

Aiemmissa haastatteluissa on havaittu, että kaikille Evondos® -palvelu ei sovi. Tällaisia käyttäjäryhmiä ovat muun muassa pitkälle edenneet muistisairaudet ja jos toimintakyky ei ole muutoin kunnossa sekä kuurot ja/tai sokeat.

Vaikka Evondos® -palvelun käytöstä saadut aiemmat kokemukset ovat olleet valtaosin hyviä ja kustannussäästöjäkin on raportoitu, niin herää kysymys miltä käynnin tai käyntien poisjättäminen voisi asiakkaasta tuntua? Haluaisiko kotihoidon käynneistä kuitenkaan luopua vai ei?

3 TAVOITTEET, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa Evondos® automaattisen lääkeannostelupalvelun käytöstä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata maksimissaan 10 henkilön kokemuksia Evondos® automaattisen lääkeannostelupalvelun käyttämisestä. Kokemukset saadaan haastattelemalla käyttäjiä Evondos® -palvelun käytöstä.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Mitä mieltä asiakkaat ovat Evondos® -palvelun käytöstä?
2. Auttaako Evondos® -palvelu heitä selviytymään paremmin arjesta? Parantaako palvelu heidän turvallisuudentunnettaan tai vahvistaako itsenäisyyttään?
3. Mahdollistuuko kotiasuminen pidempään Evondos® -palvelun avulla?
4. Parantaako oikea-aikainen lääkkeenotto potilaan terveyttä tai ehkäisee sairauden etenemistä?

Opinnäytetyössä on tarkoitus kuvata myös, kenelle Evondos® -palvelusta on suurinta hyötyä, jotta yritys pystyy tarjoamaan palveluaan tarkemmalle asiakassegmentille

4 AINEISTONKERUU JA MENETELMÄT

4.1 Laadullinen tutkimus

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus on yleisin Suomessa käytettävistä tutkimusmenetelmistä. Laadullisessa tutkimuksessa tiedonhankinta on kokonaisvaltaista. Tietoa kerätään tosielämän tilanteissa. (Hirsjärvi ym. 2006, 164; Tuomi ym. 2009, 72 - 74). Kvalitatiivista tutkimusta käytetään paljon sosiologiassa, psykologiassa, kasvatustieteissä ja antropologiassa. (Hirsjärvi ym. 2006, 153; Tuomi ym. 2009, 57 - 60).

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kerätä tietoa uudesta ilmiöstä, josta ei vielä tiedetä tarpeeksi. Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tai selittämään ilmiötä tai tutkittavaa asiaa. Aineisto kerätään haastattelemalla ihmisiä, jäsentämällä heidän ajatuksiaan ja tyypittelemällä niitä. Näistä tiedoista pyritään kasaamaan teoria, joka selittää henkilöiden käytöstä, prosesseja, ajatuksia tai kuulumista tiettyyn ryhmään. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan myös laajentaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Yleensä saadaan tietoa myös syy- ja seuraussuhteista, käyttäytymistä selvittävistä tekijöistä ja uusista menetelmistä tunnistaa henkilöitä. Tarkoitus on haastatella ihmisiä, kirjoittaa haastattelut auki ja ymmärtää ja tulkita tekstejä. Joissain lähteissä puhutaan myös pehmeästä tieteestä ja pehmeästä tiedosta eli ”mjukdata:sta”. (Hirsjärvi ym. 2006, 155 – 157; Tuomi ym. 2009, 18, 28 – 29, 50, 58).

Tämän työn tekemiseksi oli luontevinta valita menetelmäksi laadullinen tutkimus. Syynä on se, ettei tutkittavasta asiasta ole tehty vielä tutkimusta. Tutkimuksia on tehty annosjakelusta, muttei annosjakelupalvelun käytöstä käyttäjien näkökulmasta. Aiemmin saadut johtopäätökset eivät välttämättä ole yleistettäviä, vaan niitä voidaan testata tulevaisuudessa ja muotoilla niiden perusteella uutta teoriaa.

Terveystieteiden tutkimuksissa asiat ovat yleensä henkilökohtaisia ja arkojakin. Näin ollen tarvitaan tietoa, joka kerätään eri tavalla. Tällaiseen tiedon keräykseen muun muassa henkilöiden kokemuksista, sairaudesta, terveydestä ja saadusta hoidosta laadullinen tutkimus on hyvä. Kun tutkittavat asiat ovat yksilölle herkkiä tai ne koskettavat intiimejä asioita, määrällinen tutkimus on huono vaihtoehto. Tähän tutkimussuuntaan laadullinen

tutkimus sopii hyvin. Laadullisen tutkimuksen kanssa on huomattavaa, että laadullisen tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää. (Hirsjärvi ym. 2006, 193 – 195).

4.2 Menetelmälliset ratkaisut

Tämä tutkielma suoritetaan laadullisena tutkimuksena. Työssä käytetään teemahaastattelua. Teemahaastattelu sopii tilanteisiin, joissa ei tiedetä etukäteen, millaisia vastauksia on odotettavissa tai mihin suuntaan tutkimus voi edetä. Teemahaastattelu on Suomessa yleisin laadullisen tutkimuksen menetelmä. Siinä on tarkoitus keskittyä saamaan tietoja tutkittavalta jostain tai joistain tietyistä teemoista. Vaikka aiheet ovat valmiina, kysymykset eivät useinkaan ole selviä tai suoria. Aihealueet päätetään jo aiemmin ja tutkimustilannetta pyritään ohjaamaan keskustelevalaksi. Keskustelun tarkoituksena on saada tarkempaa tietoa tutkittavan ajatuksista ja esittää tarkentavia kysymyksiä. Kysymysten järjestys voi olennaisesti muuttua kerralta toiselle; yksi kertoo ajatuksistaan vapaasti ja toinen tarvitsee tarkempaa kyselyä. Teemahaastattelun toteutus riippuu tutkimuksen suorittajasta. Kuinka paljon hän haluaa ohjata keskustelua, pystyy rajaamaan sitä tai kuinka paljon haluaa antaa tietoja itsestään, jotta tutkittava voi samaistua tai luottaa häneen. (Aaltola, J & Valli, R. 2001, 24 – 25, Hirsjärvi ym. 2006, 193 - 195).

Tarkoitus on analysoida saatuja tuloksia tyypittelemällä. Tämä on tarkoitus tehdä teemoittain. Haastatteluista saadut vastaukset jaetaan aihealueiden mukaisiin ryhmiin eli teemoihin. Näin saatuja vastauksia tarkastellaan pyrkien löytämään vastauksista yhtäläisyyksiä, eroavaisuuksia tai muita mielenkiintoisia havaintoja. Tarkoitus ei kuitenkaan ole käsitellä yhden henkilön vastauksia irrallaan muista vastauksista. (Aaltola, J & Valli, R. 2001, 40 - 42).

Opinnäytetyöhön tehtiin Tietoinen suostumus –lomake sekä kyselypohja ja havainnointimallipohja. Tietoinen suostumus varmistaa potilaan vapaaehtoisen suostumuksen tutkimukseen.

4.3 Aineistonkeruu

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruuta voidaan tehdä erilaisilla tavoilla. Näitä keinoja voivat olla kyselyt, havainnot toiminnasta tai käytöksestä, valmiiden aineistojen hyödyntäminen ja haastattelemalla ihmisiä. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää myös valmiita aineistoja. Näitä ovat muun muassa sanomalehtiartikkelit, yksityiset tiedot ja aiemmat tutkimukset. (Tuomi 2009, 84; Hirsjärvi ym. 2006, 201, 203, 206; Metsämuuronen, J., 2006, 88 - 89).

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä haastattelua. Haastattelun muotoja ovat lomake-, teema- ja syvähaastattelu. (Tuomi 2009, 74; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 124 – 125; Metsämuuronen, J., 2006, 114 - 116). Haastattelun valintaan päädyttiin, jotta saatiin mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Haastateltavat voidaan myös valita, mutta tässä työssä päädyttiin ottamaan mukaan Ylöjärven kotihoidon valitsemat käyttäjät haastateltaviksi. Ennen haastattelua toivotaan, että tutkittavat henkilöt voisivat tutustua teemoihin ja kysymyksiin. Tämä auttaa pääsemään nopeammin teemoihin. Haastattelun hyvä puoli on mahdollisuus joustaa, tarkentaa, toistaa tai tarkentaa kysymyksiä tilanteessa. Haastattelu on joustava ja monipuolinen keino toteuttaa laadullinen tutkimus. Haastattelun haittana pidetään ajankäyttöä ja että se on suoritustavaltaan kallis. Monesti aikaa menee haastateltavan luo menemiseen ja haastattelu-tilannekin voi pidentyä suunnitellusta. Nämä lisäävät kustannuksia. Toisaalta haastateltava harvoin kieltäytyy haastattelusta, kun haastatteli on saapunut paikalle. Tämä lisää sitoutumista tutkimukseen. (Tuomi 2009, 73 - 77, Hirsjärvi ym. 2006, 196 – 201; Metsämuuronen, J., 2006, 111 - 114).

Teemahaastattelussa on teemat ja näihin on mietitty tarkentavat kysymykset, joita voidaan käyttää johdattelemaan keskustelua tai antamaan lisätietoa tutkijalle. Teemahaastattelun tarkoitus on selvittää henkilöiden ajatuksia ja kokemuksia asioista. Haastattelussa selvitetään asioille annetut merkitykset. Teemahaastattelu voi olla hyvin syvällinen tai pintapuolinen. Haastattelukertoja voi olla yksi tai useampia. Haastattelussa edetään teemojen mukaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48 - 50.). Tavoitteeni oli luoda haastattelutilanteesta mahdollisimman selkeä, miellyttävä, mukava ja rento, jotta saisin haastateltavat rentoutumaan ja kertomaan ajatuksistaan ja mielikuvista ja – piteistä.

4.4 Sisällön analyysi

Kylmä ja Juvakka (2007) kirjoittavat sisällön analyysin olevan nelivaiheinen prosessi. Tätä aineistolähtöistä analyysimenetelmää käytetään tässä työssä. Ensimmäinen vaihe on hahmottaa yleiskuva tutkimuksesta. Seuraavassa vaiheessa aineisto pelkistetään ja kolmannessa vaiheessa aineisto ryhmitellään uudelleen. Samassa vaiheessa myös aineisto abstraktoidaan. Tällä tarkoitetaan olennaisen tiedon keräämistä tutkimuksesta. Aineiston pelkistämisessä ja tiivistämisessä on pidettävä mielessä, että asiasisältö säilyy. Lopuksi saadaan vastaukset. Laadullisessa tutkimuksessa kaksi eri vaihetta voivat tapahtua ja usein tapahtuvatkin samaan aikaan. Nämä vaiheet ovat aineiston keruu ja analyysi. Jo haastateltavan puhuessa tutkija voi kirjoittaa ylös sanoja, jotka nousevat esiin yhä uudestaan ja uudestaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 110, 113 – 114, 117; Metsämuuronen, J., 2006, 111 – 114; Metsämuuronen, J., 2006, 121, 124).

Sisällönanalyysi on systemaattinen prosessi. Aineistoa tutkitaan kysymysten avulla: mitä tässä tapahtuu, mistä tässä aineistossa on kyse ja mitä tämä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Analyysivaiheessa kirjoitin nauhoitetut haastattelut auki soveltuvin osin. Tähän päädyttiin aikataulusyistä. Olin tehnyt muistiinpanoja myös haastattelujen aikana. Pelkistämävaiheessa etsin ilmaisuja tai teemoja, jotka olivat samoja eri käyttäjille. Näiden perusteella sain vastausten teemat. Teemoja yhdistämällä tuli pääluokat teemoille. Näiden pääluokkien alle tuli sanoja kuvaamaan teemaa paremmin. Näistä tiedoista muodostuivat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Vaikeinta on löytää keksimisen logiikka. Valmiita vastauksia ei ole ja tutkimuksen tulokseen ei ole olemassa mitään vastausautomaattia. Harvoin on myöskään valmiita vastauksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 110, 113; Tuomi, J. & Sarajärvi, A, 2009, 100 – 101; Metsämuuronen, J., 2006, 122, 124). Työn tulokset analysoitiin mahdollisimman nopeasti haastattelujen jälkeen, koska tiedot ovat hyvin mielessä ja on mahdollisuus vielä tehdä tarkentavia kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 113). Tarvetta tarkentaviin kysymyksiin ei ollut, koska haastattelutilanteessa pyrittiin käymään läpi kaikki teemat mahdollisimman tarkasti ja tehtiin tarkentavia kysymyksiä tarpeen vaatiessa.

Laadullisessa tutkimuksessa pitää muistaa, että tutkimuskysymykset voivat muuttua vielä tutkimuksen tekovaiheessa. Kuitenkin on pidettävä mielessä, että ei ole hyödyllistä analysoida kaikkea tietoa vaan keskittyä teemoihin, jotka ovat valikoituneet jo aiemmin. (Kylmä & Juvakka 2007, 113, 117.)

Sisällönanalyysi ei aina etene suoraviivaisesti ja se voi olla aiemmin oletettua haastavampaa. Vaikeus tulee siitä, että analysoijan täytyy käyttää omaa harkintakykyä ja tehdä päätöksiä analyysiin liittyen. Sisällönanalyysin kolme kategoriaa ovat aineistolähtöinen, teorialähtöinen ja teoriaohjaava analyysi. (Tuomi ym. 2009, 99.). Aineistolähtöisessä analyysissä, jota käytettiin tässä tutkimuksessa selvittämään kokonaiskuva ilmiöstä tai tutkittavasta teoriasta. Aineistolähtöisen sisällön analyysin valinta perustui tutkittavan ilmiön luonteeseen ja tutkimusmenetelmään. Tällä tarkoitetaan sitä, että tarkoituksena ei ollut testata jo olemassa olevaa teoriaa vaan avata uusia polkuja seuraaville tutkimuksille. (Tuomi ym. 2009, 95 - 97).

4.5 Eettinen pohdinta

Eettisiä näkökulmia ohjaavat monet asiat. Osa niistä tulee laeista. Näitä ovat muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (789/1992; 653/200; 411/2001), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (tutkimuslaki 488/1999), asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (tutkimusasetus 986/1999), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun lain muuttamisesta (295/2004), asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun asetuksen 2 ja 3 §:n muuttamisesta (313/2004), henkilötietolaki (523/1999) ja laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999). (Kajaanin ammattikorkeakoulu Opinnäytetyö-sivusto)

Opinnäytetyön aihe on valittava niin, että lopputuloksesta on hyötyä tulevaisuudessa. Lisäksi työn pitää olla merkityksellinen ja toteuttamisen arvoinen. Aiheen valintakin on eettinen kysymys. Ennen työn aloittamista pitää miettiä, aiheuttaako aiheen valinta tutkimuseettisiä kysymyksiä ja kenen tarpeesta tai kenen ehdoilla aihe on valittu. Hoitotyön puolella tärkeää on myös tutkimusluvan anominen ja saaminen. Tämäkin vaihe luo varmuutta siitä, että työtä ei tehdä vain hovin vuoksi vaan objektiivisestikin arvioituna työstä oletetaan olevan hyötyä. Osa eettisyyttä on myös vapaaehtoisen suostumuksen –lomak-

keen tekeminen ja täyttäminen. Tässä tutkittava saa tarkkaa tietoa tutkimuksen tekemisestä tai mitkä ovat hänen oikeutensa ja velvollisuutensa tutkimuksen teossa. (Kajaanin ammattikorkeakoulu Opinnäytetyö-sivusto).

Tässä opinnäytetyössä toteutui eettinen pohdinta. Työlle pyydettiin ja saatiin tutkimuslupa. Lisäksi opinnäytetyön oikeutusta mietittiin jo etukäteen. Työ on hyödyllinen sekä yritykselle itselleen kuin yhteiskunnalle tulevaisuuden kannalta. Se on ensimmäisiä käyttäjiä haastattelevia töitä, joita tehdään lääkeannostelupalvelusta. Erilaiset tekniset ratkaisut ovat tärkeitä tulevaisuuden kannalta. Näin ollen tästä työstä voidaan oppia tulevaisuutta varten. Haastateltavat täyttivät vapaaehtoisen suostumuksen lomakkeen, joka tukee opinnäytetyön eettisyyttä. Joskin eettisissä kysymyksissä voi aina olla parannettavaa, on tässä työssä pyritty ottamaan huomioon eettiset kysymykset varsin monipuolisesti.

Ennen haastattelua henkilöistä saatiin vain puhelinnumerot. Heidän henkilötietonsa säilyivät salassa. Haastateltavia lähestyttiin puhelimitse ja heille annettiin aikaa miettiä asiaa. Osalle soitettiin sovittuna aikana uudestaan ja varmistettiin osallistuminen opinnäytetyöhön. Keskustelu intiimeistä asioista, kuten terveydentilasta ja sairauksista hoidettiin hienovaraisesti ja kunnioittavasti. Opinnäytetyönä saatu aineisto on hävitetty asianmukaisesti ja pysyvästi. Näillä keinoilla on pyritty pitämään huolta eettisistä näkökulmista.

5 TOTEUTUS JA TULOKSET

5.1 Toteutus

Opinnäytetyön alussa tarkoituksena oli kuvata maksimissaan 10 henkilön kokemuksia Evondos® automaattisesta lääkeannostelupalvelun käytöstä. Alussa suunniteltiin, että käyttäjät olisivat käyttäneet laitetta vähintään kuukauden verran ja sen jälkeen heitä olisi haastateltu. Työn edetessä havaittiin, että realiteetit huomioon ottaen haastateltavia saataisiin mukaan haastatteluun kolme. Harkinnan jälkeen tultiin siihen johtopäätökseen, että tämä määrä on riittävä opinnäytetyön suorittamisen kannalta. Haastateltavien määrää vähensi myös kotihoidossa esiin tulevat muuttuvat tilanteet. Näitä ovat esimerkiksi loukaantuminen, sairastaminen tai laitosjaksot. Edellä mainitut seikat huomioon ottaen yhden kuukauden käyttökokemuksestakin jouduttiin joustamaan. Kuitenkin kaikkien haastateltavien osalta päästiin lähestulkoon kuukauden käyttökokemukseen. Tästä yhden kuukauden aikarajasta käytiin keskustelua jo työn aloitusvaiheessa ja vaikka sitä pidettiin ihanteellisena kokemusten karttumisen ja mielipiteen muodostamisen vuoksi, niin ymmärrettiin aikaraja kuitenkin keinotekoisena. Käyttäjistä riippuen käyttökokemukset voivat tulla lyhyemmässäkin ajassa. Käyttäjän perussairaudet voivat heikentää muistia, joten pidemmällä käyttökokemuksella ei välttämättä saada kattavampia käyttäjäkokemuksia.

Opinnäytetyö perustui täydelliseen vapaaehtoisuuteen. Sen pystyi keskeyttämään missä vaiheessa tahansa. Tämä seikka kerrottiin haastateltavalle ennen haastattelun alkua. Kuukaan osallistujista ei halunnut keskeyttää osallistumistaan. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen, jossa on myös kerrottu mahdollisuudesta kieltäytyä haastattelusta, milloin vain. Haastattelulla käsitellyt tiedot pidetään salassa ja niitä käsitellään niin, että ihmisiä ei voida yhdistää vastausten kanssa. Kaikki materiaali hävitetään opinnäytetyön päätteeksi asianmukaisesti.

Haastateltavien henkilöiden identiteetin suojelemiseksi murre- ja muut tunnistusta helpottavat sanat on muutettu yleiskielelle, jos opinnäytetyössä on käytetty suoria lainauksia. Samoin haastateltavista kerrotaan yleistietoja, joita ei ole tarkoitus yksilöidä enempää. Näin ollen tuloksissa ei esimerkiksi kerrota tietyn käyttäjän sairauksista yksilöidysti. Näin pienessä otoskoossa tämä on välttämätöntä.

5.2 Tulokset

5.2.1 Terveydentila

Kysyttäessä terveydentilasta pyydettiin vastaajia kertomaan omasta terveydentilastaan. Haluttiin tietää, millainen terveydentila on, miten kuvailet sitä, mitä sairauksia on tällä hetkellä, miten sairaudet, vaivat ja terveydentila vaikuttavat elämään, mitä haasteita ne luovat ja niin edelleen.

Kaikki haastatellut kuvailivat terveydentilaansa huonoksi tai ”ei se hyvä ole, mutta koi-tetaan pärjätä, sillä mitä on saatu”. Suurimpia ongelmia olivat muistinmenetys, aivotapahtumat, parkinsonismi ja liikuntakyvyn puutteet yleisesti. Apuvälineitä oli käytössä vain yhdellä haastatelluista. Muut eivät tarvinneet niitä tai olivat vasta ajatustasolla sopeutumassa ajatukseen, että ehkä pitää miettiä apuvälineiden tarvetta. Haastattelussa ei pystytty varmistamaan kaikkien kerrottujen sairauksien totuudenperäisyyttä esimerkiksi muistisairauden takia. Näin ollen on luotettava annettuihin tietoihin.

Nämä sairaudet tuovat erilaisia haasteita elämään. Pelko vakavasta sairaudesta kuten sydänkohtaus tai aivotapahtuma on läsnä arjessa. Miten pärjään sen jälkeen? Miten elämä muuttuu? Pärjääkö kotona senkin jälkeen? Kuolenko siihen? Olenko valmis kuolemaan jo nyt? Toisaalta muistiongelmia tai –menetykset itsessäänkin tuovat huolta kotona pärjäämisestä tai kuinka nopeasti sairaus etenee. Sairauksien kanssa eläminen ei haastateltavien mielestä ole helppoa. Tapa elää ja toimia on muuttunut ja sen on muututtava, jos toimintakyky on heikentynyt. Tällaiset muutokset rasittavat mieltä ja tuovat epävarmuutta tulevastakin. Eräs kuvaili, että ”ei ole helppoa tottua muutokseen” terveydentilassa.

Muutokset fyysisessä toimintakyvyssä koettiin rasitteena. Haastateltavat eivät voi liikkua kuten ennen, sisällä oleminen on tylsää, kun ulkona olisi kaunista kesällä ja ulospääsemiseen tarvitaan suuria ponnisteluja sekä muiden apua. Avun pyytäminen toisilta voi olla vaikeaa ja näin sisälle jääminen on entistä helpompaa. Haastateltavat mainitsivat myös huimauksesta. Se tuo omat haasteensa elämään. Vaikka pystyisikin liikkumaan, niin pysyvässä pysyminen on haasteellista ja/tai vaarallista kaatumisten takia. Muista mainituista sairauksista parkinsonismiin kuuluu, että jalat eivät toimi halutulla tavalla. Tämä aiheuttaa tuskastumista, koska vaikka mieli kulkee, jalat eivät tottele.

Sairaudet heikentävät terveydentilaa eniten. Koetaan, että sairaus tuo tilan, että on ”mahdollisimman huono olla”. Sairaudet tekevät elämän hankalaksi. Esimerkiksi niin, että vaikka ulos pääsee, sinne ei uskalla lähteä.

5.2.2 Muisti

Kysyttäessä muistista haluttiin selvittää, onko muistin kanssa ongelmia, millaisia ne ovat, missä huomaa muistin heikentymisen tuomat haasteet, miten selviää niistä ja niin edelleen.

Kaikki kertoivat muistissa olevan puutteita. Vaikka sairaus heikensi terveydentilaa eniten, niin muisti tai muistiin liittyvät asiat olivat kuitenkin vahvasti taustalla. Haastateltavat ovat havainneet joko muistin huonontuneen ja odottavat lisäselvityksiä muistiasioden takia. Toinen vastauksissa ilmentynyt havainto oli diagnosoitu muistiongelma tai että muisti on heikentynyt esimerkiksi aivotapahtumien johdosta. Huoli muistista ja sen heikkenemisestä oli kaikille yhteistä. Muistista kysyttäessä saatiin vastauksia, että ”muisti pe-laa, kun muistaa” tai ”muistin heikkous ei haittaa, kun ei ajattele sitä” sekä ”ei kaikkea tarvitsekaan muistaa”. Muistiongelmista selviää myös ”tekemällä asiat heti, ettei unohda”.

Haastatellut ovat pyrkineet korjaamaan muistiongelmia muistelemalla asioita aktiivisesti, kirjoittamalla muistilappuja ja muuttamalla omaa suhtautumistaan muistiongelmiin. ”Pitää muistutella, jotta selviää”. Viimeksi mainitussa keinoja olivat nauraminen sattuneille tapahtumille, muutosten hyväksyminen, tottuminen uuteen tilanteeseen ja pilailu nykytilanteesta. Muistiongelmien koetaan pienentävän elinpiiriä, kun ei uskalla lähteä ulos tai ulkona liikkumisen koetaan olevan vaarallista. Osa vastaajista halusi myös muistella ”vanhoja hyviä aikoja”.

Kysyttäessä muistin tuomista ongelmista ja miten ne vaikuttavat elämään, vastaukset olivat erilaisia. Osa huomasi tekevänsä asiat monta kertaa tai aloittavansa toiminnan ja siirtävänsä tekemään jotain muuta vähän ajan päästä ja sitten unohtavansakin aiemmin tekemänsä. Osa turvautui omaisten tukeen ja muistutteluun, jottei suurempia vahinkoja pääse tapahtumaan. Osa taas kirjoitti lappuja ja ohjeita itselleen, jotta muistaisi esimerkiksi

ottaa avaimet, kun lähtee pois kotoa. Eri haastateltavat saattoivat tehdä monia yllä mainituista asioista muistiongelmiin käsittelemiseksi. Muistista puhuttaessa kävi ilmi, että joku epäili kärsineensä muistinmenetyksistä jo vuosikymmeniä. Tämä kerrottiin pilke silmäkulmassa. Tällainen ”krooninen” muistinmenetys suojelee ja on suojellut ei-toivotuilta asioilta jo aiemminkin. Osa haastatelluista kertoi selviävänsä muistiongelmiin kanssa kuulemma parhaiten, kun pitää tavarat samoissa paikoissa kuin aiemminkin ja pysyy rutiineissa. Tämä keino varmasti auttaa kotiympäristössä. Sitten kun siirrytään muualle hoitoon, niin muistiongelmat paljastuvat hoitajille ja niitä ruvetaan viimeistään selvittämään.

5.2.3 Lääkitys

Haastateltavilta kyseltiin lääkityksestä. Millaisia lääkkeitä he käyttävät, millaisia haasteita niiden ottamisessa on, kuinka helppoja niitä on ottaa, kauanko lääkkeitä on käyttänyt ja niin edelleen.

Lääkkeiden ottamisessa ei ole kenelläkään ollut suurempia ongelmia. Saaduista vastauksista voidaan päätellä, että ongelmia voisi piakkoin tulla. Potentiaalisia ongelmia ovat lääkkeiden ottaminen purkista tai painoliuskasta tai annosjakelupussin avaaminen. Haastateltavat kertoivat peloista, että lääkkeenotto myöhästyy tai unohtuu kokonaan. Säännöllinen lääkkeiden ottaminen on tärkeää esimerkiksi Parkinsonin taudissa. Pitää muistaa, että haastattelututkimuksissa halutaan ehkä kaunistella omia vastauksia, joten ehkä lääkkeiden ottamisessa on ollut haasteita, mutta niitä ei haluta myöntää tai niitä ei muisteta.

Osalle vastaajista lääkityksen merkitys oli epäselvä tai lääkkeiden määriä ihmeteltiin. Osalle ainakin vastausten perusteella säännöllinen lääkitys oli uutta. Ehkä sitoutuminen pitkäaikaiseen lääkehoitoon on vasta alkutekijöissä. Vastauksena saatiin muun muassa, että ”kuka näitä lääkkeitä määrää minulle”, ”en tiedä, mihin vaivaan näitä syödään” tai ”voisikohan lääkkeet lopettaa?”. Tämänkaltaiset vastaukset saattaisivat heikentää sitoutumista lääkehoitoon, jos lääkkeenotto ei olisi automatisoitu tai valvottu.

5.2.4 Lääkkeenotto

Lääkkeenotosta haluttiin selvittää, miten lääkkeenotto on sujunut aiemmin, miten lääkkeitä on otettu silloin, millaisia haasteita on kokenut ja miten lääkkeenotto sujuu Evondos® -palvelun kanssa.

Lääkkeiden otto on aiemmin sujunut ottamalla lääkkeet purkista suoraan. Vaihtoehtoisesti osalla on ollut käytössä annosjakelu ilman annosjakelupalvelua tai kotihoito on käynyt jakamassa lääkkeitä aiemmin. Lääkkeenotossa oli monenlaisia lääkkeenottoajankoh-
tia. Haastatelluilla saattoi olla lääkkeenottoajankoh-
tia 2 - 4 kertaa/päivä ja lääkkeitä oli useampia per ottoajankohta. Tällöin oikea-aikainen lääkkeenotto on yhä tärkeämpää.

Osa on saanut vähennettyä kotihoidon käyntejä tai käyntien aika on käytetty muihin toimiin. Tämä on tuonut helpotusta elämään. Osa haluaisi vähentää kotihoidon käyntejä, mutta tähän ei ole suostuttu. Osa taas ei halua vähentää käyntejä, koska ”avun ja hoitajan läsnäolo tuo turvaa”.

Aiemmin lääkitystä on ollut vähemmän tai toimintakyky on ollut parempi. Osassa tapauksista vertailukohtaa aiempaan lääkkeiden ottamiseen ei ole tai se on unohtunut. Yleisesti ottaen lääkkeiden ottaminen on sujunut hyvin aiemminkin. Evondos® -palvelun käytön jälkeen lääkkeenotto on ollut helpompaa. Annosjakelupalvelu avaa annosjakelupussit osittain tekemällä viillon pussiin, jotta pussi olisi helpompi avata. Tämä mahdollisuus poistaa osan lääkkeenotto-ongelmista. Evondos® -palvelun koetaan auttavan arjessa, lisäävän turvallisuutta ja säännöllisyyttä lääkahoitoon. Palvelun käyttöä kuvailtiin seuraavilla lauseilla. Lääkkeenotossa ei ole ongelmia, kun ”kone hoitaa lääkkeenoton” tai palvelu on ”paljon turvallisempi kuin itse ottaisi lääkkeitä”. Tämä koettiin, vaikka henkilö kokisi osaavansa ottaa lääkkeet itse. Yleisesti ottaen lääkkeenoton koettiin olevan ”turvallisempaa”. Turvaa toivat myös koneen ohjeet, joiden noudattaminen jäi omalle vastuulle. Lääkkeen ottoa kuvailtiin myös, että ”pussien kanssa toimimisessa ei ole ollut ongelmia”. Yleisesti kommentoitiin, että ”laitteen kanssa ei ole minkäänlaisia ongelmia tai lääkkeenotto ”laitteen kanssa on paljon parempi”. Annosjakelua pidettiin kätevänä.

Kävi ilmi, että Evondos® -palvelun käyttöön oli kannustettu suosittelemalla palvelua hoitajien toimesta. Havaittiin myös, että joskus lääke on jäänyt ottamatta ja silloin koti-
hoidosta on tultu välittömästi paikalle. Tämä lisää turvallisuutta lääkehoidon onnistumiseen. Osa vastaajista keskustelelee laitteen kanssa, vaikka tietävät, ettei se kommunikoi takaisin.

Evondos® -palvelun käyttöön oltiin tyytyväisiä ja se koettiin helpoksi muun muassa selkeiden ohjeiden ansiosta. Osalle palvelu vaikuttaa tuovan säännöllisyyttä elämään ja päivärutmiin. Kello laitetaan soittamaan ennen kuin lääkkeenannostelu-aika on. Tämän jälkeen odotetaan lääkkeitä ja vasta sitten ryhdytään päivän askareisiin. Voisiko olla niin, että ilman Evondos® -palvelua kelloa ei laiteta soittamaan ja lääkkeitä otettaisiin, kun muistetaan? Mikäli näin on, tuo Evondos® -palvelu mukanaan etuja säännöllisesti päivärutmistä.

5.2.5 Selviytymiskyky

Selviytymiskykyosiossa kysyttiin, miten haastateltava kokee itsenäisen selviytymiskyvyn, mikä auttaa selviytymisessä, mikä haittaa sitä ja millä tavoin sekä miten haastateltava selviää askareista nyt verrattuna aikaan ennen Evondos® -palvelua.

Selviytymiskyky kuvailtiin joko heikoksi tai sitten asialliseksi tilanteeseen nähden. Haastateltavan toimintakyvyllä ei vaikuttanut olevan mitään vaikutusta vastaukseen. Eli vaikka objektiivisesti arvioituna selviytymiskyky olisi ollut heikko, niin haastateltava saattoi kokea, että selviää hyvin. Selviytymiskykyä paransivat kotihoito, hoitajan käynnit, omaiset tai muut läheiset. Muita mainittuja keinoja olivat erilaiset muistamisen apuvälineet, kuten muistilistat tai suunnitelmat tekemiselle.

Selviytymiskyky vaihteli eri osa-alueiden välillä. Esimerkiksi kotitöistä koettiin selviävän hyvin, mutta lääkehoito ei olisi hallinnassa ilman Evondos® -palvelua. Jotkut vastaajat sanoivat, että eivät osaa kertoa, mikä asia heikentäisi selviytymiskykyä. Toisaalta liikuntakyvyn heikkeneminen vähentää tunnetta selviytymiskyvystä ja kyky liikkua ulkona voi lisätä selviytymiskyvyn tunnetta. Osa vastaajista koki, että mikään ei haitannut selviämistä vaikkakin koki selviytymiskyvyssä puutteita.

5.2.6 Evondos® -palvelu

Evondos® -palvelun osalta haluttiin tietää, miten palvelun käyttöönotto sujui, mistä sai eniten tietoa ja apua. Haluttiin tietää, miten haastateltava kuvailisi opastusta, tietolehtisiä ja muuta jaettua materiaalia. Haluttiin myös tietää, miten Evondos® -palvelu on muuttanut elämää, miten se on lisännyt selviytymisen tunnetta tai tunnetta itsenäisyydestä, mitkä ovat hyviä puolia, mitkä huonoja jne.

Evondos® -palvelun käyttöönottoa kuvailtiin "hyvin helpoksi". Koettiin myös, että apua toi "laitteessa olevat ohjeet", joita voi noudattaa tai niistä muistaa mitä pitää tehdä. Hoitajat olivat ensiarvoisen tärkeässä roolissa Evondos® -palvelun käyttöönoton kanssa, koska opastusta ”ei tarvinnut kysyä mistään muualta”. Kaikki käyttäjät olivat lähteneet käyttäjiksi joko hoitajan suosituksesta tai houkuttelusta. Evondos® -palvelu oli tullut valmiiksi asennettuna ja haastateltavan rooli oli kuunnella opastus ja noudattaa laitteen antamia ohjeita. Kaikki käyttäjät olivat saaneet käyttöohjeen, mutta kukaan ei ollut lukenut sitä, koska eivät olleet tarvinneet sitä. Hoitajien antama opastus ja neuvonta oli ollut riittävää. Haastateltavat kokivat, että kaikki hoitajat eivät osanneet käyttää Evondos® -palvelua. Vain osa hoitajista oli koulutettu käyttämään laitetta, koska käyttäjäkunta oli rajattu. Koulutuksesta tai sen kohdentamisesta vastasivat pääkäyttäjät.

Evondos® -palvelun käytöstä oli löytynyt monia hyviä puolia. Ei tarvitse miettiä, pitääkö tai joutuuko lähtemään pois kodista sairaalaan tai laitokseen. Itsenäisyyden- ja selviytymiskyvyn tunteet olivat lisääntyneet osalla käyttäjistä. Lauseita, joita haastateltavat käyttivät, olivat ”laite on toiminut hyvin”, ”kaikki on ollut hyvää”, ”huonoja puolia ei olekaan”, ”laitteessa ei ole parannettavaa” ja ”lääkehoito on vaivattomampaa”. Oltiin myös iloisia, että ”laite toimii niin hyvin”. Lääkeasioissa ei tarvitse käydä apteekissa tai muistella lääkkeenottoa. Lääkkeet tulevat annospusseissa ja niiden ottamisesta huolehtii palvelu. Evondos® -palvelua pidettiin selkanä ja helppokäyttöisenä. Laitteen antamat ohjeet olivat selkeitä. Osa kertoi, että heillä on mahdollisuus soittaa hoitajille puhelimitse ja saada apua sitä kautta.

Evondos® -palvelun kanssa elämän koettiin olevan helpompaa ja laitteen käyttö oli helppoa. Osalla käyttö oli lisännyt itsenäisyydentunnetta, osalla ei. Vaikka itsenäisyydentunne ei ollut lisääntynyt, niin saatettiin sanoa, ”kyllä tuntuu että ainakin paljon paremmin selviää” tai että elämä ”on helpommaksi tullut”. Eräs käyttäjä ei halunnut luopua kotihoidon käynneistä, vaikka Evondos® -palvelun kanssa sekin olisi ollut mahdollista. Toinen oli saanut kotihoidon käyntiä myöhemmäksi, koska ei tarvinnut enää apua lääkkeenottamisessa.

Heikkoutena pidettiin, että koneen kanssa ei voi keskustella. Osa oli huomannut, että on ”ihan mukavaa puhua koneelle” tai että ”olen huomannut, että kone ei puhu takaisin”.

5.3 Muita havaintoja

Kysyttäessä laitteen ja palvelun hyvistä ja huonoista puolista, saatiin vastauksiksi seuraavia asioita:

- Laitteen ääni voisi olla pehmeämpi. Ehdotettiin myös miesääntä. (Myöhemmin selvisi, että miesääni oli mahdollista valita Evondos® -palvelusta, mutta asia ei ollut asiakkaan tiedossa.)
- Laite ei ollut liian iso
- Automaattisuus ja selkeät ohjeet olivat hyviä
- Ohjeet, opastus ja laitteen käyttö olivat helppoa
- Ohjeet olivat selkeitä ja niitä oli helppo noudattaa
- Laite voisi olla esteettisesti paremman näköinen
- Teknisiä ongelmia asiakkaat eivät olleet havainneet
- Annosjakelupussit eivät ole jumittaneet
- Evondos® -palveluun oltiin yleisesti ottaen tyytyväisiä ja se toi turvallisuuden tunnetta, että edes yksi asia elämässä on kunnossa.

Kysyttäessä, millaisille ihmisille tai käyttäjäryhmille palvelu sopisi parhaiten, saatiin vastauksiksi:

- Huonomuistiset
- Henkilöt, jotka kykenevät noudattamaan ohjeita
- Ei liian vanhat ihmiset tai henkilöt, jotka eivät osaa noudattaa ohjeita
- Huonosti liikkuvat henkilöt, jotka pysyttelevät laitteen lähellä

Huolta aiheutti mietintä ”mitä tapahtuisi, jos ei saa lääkettä?”. Halu sitoutua lääkehoitoon vaikutti olevan hyvällä tasolla.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätöksenä voitaneen esittää, että Evondos® -palvelun käyttö on ollut helppoa ja se on parantanut käyttäjien elämänlaatua. Osa käyttäjistä ei haluaisi luopua Evondos® -palvelusta enää käytön jälkeen. Osa käyttäjistä ei näe siinä mitään huonoa, joten tämäkin on oikein hyvä tulos käyttäjän kannalta. Käytettävyys ja laitteeseen saatava tuki koettiin hyväksi. Kotihoidon hoitajat olivat käyttäjien mielestä ensisijaisessa asemassa sekä suosittelemassa laitetta sekä ottamassa käyttöön. Heiltä sai myös eniten apua, jos laitteen käytössä olisi ollut ongelmia.

Käyttäjät pitivät Evondos® -palvelun käyttöä turvallisuutta lisäävänä ja kotona selviämistään parantavana asiana. Nämä ovat tärkeitä seikkoja ja käyttäjien mielipiteitä, kun mietitään palveluja, joita kannattaa tuottaa ikääntyvälle väestölle kotiin. Suppeasta otoskoosta johtuen ei saatu konkreettista tietoa siitä, keille Evondos® -palvelu sopisi parhaiten. Se voidaan todeta, että subjektiivisen näkemyksen perusteella nämä haastateltavat sopivat hyvin käyttäjiksi. Kotona asumisen mahdollistuminen Evondos® -palvelun avulla jäi osin vastaamatta. Osa tutkituista ei olisi vielä tarvinnut laitoshoidtoa ilman Evondos® -palveluakaan. Osalle tämä vaihe elämästä oli edessä piakkoin. Evondos® -palvelun käyttö oli ehkä tuonut heille lisääaikaa kotona asumiseen.

Kritiikkiäkin tuli osalta käyttäjistä. Kritiikkiä Evondos® -palvelu sai äänestä ja epäesteettisestä ulkonäöstä. Kuitenkin voidaan todeta, että kritiikki oli melko vähäistä ja ongelmat ovat helposti korjattavia. Myöhemmin esimerkiksi selvisi, että ääni on muutettavissa. Laitteen kokoa ja muotoilua rajoittavat palvelun tarpeet ja haluttu helppokäyttöisyys. Jatkoida voisi olla, että laitteen ulkonäköä voisi halutessa muokata esimerkiksi tarroilla ja muilla helposti käyttöönotettavilla lisäkeinoilla. Niitä voisi myös poistaa mielen mukaan. Kuitenkin voidaan miettiä, että kuinka moni käyttäjistä näkisi tällaisissa palveluissa lisäarvoa tai vähentäisikö se mielikuvaa luotettavuudesta.

Opinnäytetyön tuloksia on vaikeaa yleistää, koska haastateltavien joukko on pieni. Lisäksi oman haasteensa tuo käyttäjien muistiongelmat. Kuinka paljon he muistavat laitteen käytöstä? Kuinka kriittisesti laitetta uskalletaan arvioida tutkimuksessa? Kuinka usein ihmiset pyrkivät vastaamaan tutkimuksissa niin kuin heidän odotetaan vastaavan eikä niin kuin haluaisivat vastata? Vaikka näitä kysymyksiä miettisi, ovat käyttäjät kertoneet myös kritiikistä laitetta ja sen käyttöä kohtaan. Tämä parantaa tuloksien luotettavuutta.

7 POHDINTA

Tämä opinnäytetyö lähti Evondos Oy:n tarpeesta. Aihe oli ajankohtainen ja haastava, koska aiempia kokemuksia oli vähän.

Opinnäytetyötä oli mukava ja miellyttävä tehdä. Se on mielenkiintoista jo aihevalintansa sekä aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. Tunsin tekevänsä jotain tärkeää. Lisäksi opin uutta uusista palveluista, joita voidaan tarjota nykypäivänä kotihoidossa oleville asiakkaille tai kotona asuville kansalaisille. Yhä useampi työskentelee terveydenhuollon avopalveluissa, joten on tärkeää olla ajantasaiset tiedot erilaisista palveluista ja toimintaympäristöstä.

Sirkka-Liisa Kivelä on esittänyt huolensa, että iäkkäitä lääkitään yhä enemmän ja lääkkeiden yhteisvaikutuksia ei tarkkailla tai potilaan saama vaste lääkkeistä on heikosti dokumentoitu. Lääkkeiden haittoja hoidetaan lisäämällä uusi lääke potilaan käyttöön. Yksi hänen kantavista teemoistaan on ollut teknologian käytön lisääminen vanhusten lääkehoidossa. Tämä tukee tämän työn tärkeyttä. Annosjakeluun siirryttäessä lääkäri on tarkistanut vanhuksen lääkityksen. Tämä lisää lääkehoidon oikeanmukaisuutta. Kivelä myös toivoo lääkkeitä testattavan vanhuksilla työikäisten sijaan, jotta voitaisiin saada tietoa oikeasta annostelusta ja lääkkeiden vaikutuksesta vanhusten terveyteen. Voisiko laitteeseen saada tiedot lääkkeistä ja se ilmoittaisi ongelmista ja yhteisvaikutuksista lääkkeiden kesken?

Annosjakelun hyödyt ovat moninaiset. Lääkkeiden määrä kotona pienenee, hävikki vähenee ja Kelan maksamat lääkekorvaukset pienenevät. Idealistinen näkemys on, että annosjakelussa oleva lääkitys on turvallisempaa kuin lääkepaketin ostaminen ja sen käyttäminen ohjeen mukaan. Annosjakelussa mukana ovat lääkärit, apteekki ja ehkä kotihoitokin. Ehkä useampi silmäpari havaitsee ongelmat lääkityksessä paremmin. Mahdollisuudet havaita poikkeamat kasvavat silmäparien lisääntyessä. Kotihoidon työntekijät ovat erittäin tärkeässä osassa otettaessa käyttöön Evondos® -palvelua. He voivat kannustaa tai ehkäistä asiakkaiden mielenkiintoa palvelua kohtaan. Tämä ei koske pelkästään Evondos® -palvelua, vaan koskee myös muita kotiin tuotavia palveluja ja laitteita. Asiakkaat eivät välttämättä itse tiedä mahdollisuuksista, jolloin luotettavan henkilön suositukset tai mielipiteet painavat paljon käyttäjälle.

Opinnäytetyön tekeminen sujui hyvin, ajankäyttö oli tehokasta ja tuloksiakin tuli. Jos pitäisi miettiä, mitä tekisin toisin, en keksisi vaikka miettsin tovin, jos toisenkin. Jos työleen pitää kritiikkiä antaa, olisin toivonut enemmän haastateltavia. Tällöin olisin onnistunut tekemään tuloksista ja johtopäätöksistä nykyistä monipuolisempia ja perehtymään käyttäjien kokemuksiin enemmän. Kuitenkin tilanne huomioon ottaen, tämä oli siedettävä tulos. Uusien palvelujen kanssa on aina haastetta saada käyttäjiä mukaan haastatteluun. Vaikka teema olisi yleinen ja tunnettu, voi haastateltavien saaminen mukaan olla siltikin haastavaa.

Vaikka tulokset ovat hyvin monipuolisia ja kattavia sekä positiivisia, voidaan miettiä kuinka kattavia tuloksia käyttäjiltä voidaan saada. Se, että käyttäjä käyttää Evondos® -palvelua, voinee kertoa jotain hänen voinnistaan ja kunnostaan. Tästä syystä vastaukset voivat jäädä pintapuolisiksi, vaikka aiheita ja teemoja olisi paljon. Tulosten kapeus voi johtua myös haastateltavien määrän vähyydestä. Edellä mainittu seikka huomioon ottaen, koen, että opinnäytetyön tulokset ovat hyödyllisiä ja käytettäviä tulevaisuudessa.

Tekijää yllätti vastaajien kokemusten positiivisuus. Olisin odottanut enemmän kritiikkiä tai ihmettelyä, mihinkä tällaista palvelua tarvitaan. Vaikka kyse oli vanhemmista käyttäjistä, palvelun omaksuminen oli helppoa, sen koettiin lisäävän turvallisuuden tunnetta ja parantavan selviämistä arjesta. Kaikki nämä ovat tärkeitä löydöksiä, kun mietitään tarvetta vähentää laitoshoidoa ja halua lisätä kotihoitoa ja kotiin tuotavia palveluja nyt ja tulevaisuudessa. Yrityksenkin on hyvä jatkaa tästä eteenpäin luottavaisin mielin.

Tulevaisuudessa tämän tyyppisiä tutkimuksia pitäisi tehdä lisää. kyselyrunko on hyvä, vaikka siinä on hieman toistoa. Toisaalta toiston puolesta voisi puhua se, että asioita lähestyisi eri suunnasta tai eri tavalla tai kysyisi samaa asiaa uudestaan. Ensimmäisellä kerralla saisi pintapuolisemman vastauksen ja seuraavalla kerralla ehkä jo vähän tarkemman. Otskooksi noin 10 henkilöä on hyvä. Siinä aineiston analysointi ei käy liian vaikeaksi tai aikaa vieväksi, mutta vastauksista voidaan saada enemmän tyypittelyjä tai monipuolisuutta. Vastaukset voivat hyödyttää lääkeannostelulaitteita myyviä yrityksiä sekä antaa ajatuksia ideanikkareille, jotka voivat kehittää jotain muuta kotihoitoa edistämään. Teemahaastattelu on ehdottomasti hyvä menetelmä tämän tyyppiselle tutkimukselle.

LÄHTEET

Lähteet

Aaltola, J & Valli, R. toim. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. PS-kustannus. Gummerus. Jyväskylä.

Ahola, R. 2013. Hyvä lääkehoidon kirjaaminen. Laurea ammettikorkeakoulu. Tikkurila. Opinnäytetyö. https://theseus.fi/bitstream/handle/10024/64250/Ahola_Riina.pdf?sequence=1

Ahonen, J. 2011. Iäkkäiden lääkehoito. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Väitöskirja. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf

Alanne, E. 2011. Säilytätkö lääkkeesi oikein? Avainapteekit. Tietoa lääkkeistä. Luettu 3.8.2016. <http://www.avainapteekit.fi/oma-terveys/tietoa-laakkeista/sailytatko-laakkeesi-oikein>

Apteekkariliitto. 2014. Lääkkeet annospussissa apteekista. Luettu 12.4.2016 http://www.apteekkariliitto.fi/media/pdf/laakkeet_annospusseissa_apteekista_2014.pdf .

Björkholm, K. H. 2010. ANJA-lääkejakelu työntekijöiden kokemana Vaasassa. Tarkastelun kohteena toimivuus, turvallisuus ja moniammatillinen yhteistyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi AMK-tutkinto. Luettu 12.4.2016. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20504/Bjorkholm_Kirsi.pdf?sequence=1

Elo, E. 3.6.2011. Entistä hauraampi lääkehoito. Apteekkari-lehti 6/2011. Luettu 3.8.2016. http://www.apteekkari.fi/media/2-apteekkari.fi/pdf/varmuusvarastointi-6_2011.pdf

Evondos Oy. N.D. Tietoa yrityksestä. Internetsivut. Luettu 22.3.2016. <http://evondos.fi/tietoa-yrityksesta/>

Evondos Oy. N.D. References and testimonials. ID10655v12.

Fimea selvitti koneellisen lääkejakelun vaikutuksia. 2013. Sairaanhoidajalehti 2/2013, 86. vuosikerta s.12.

Finlex. Hallituksen esitykset. HE 94/2012. Luettu 12.4.2016 <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100094>

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi lääkelain muuttamisesta. HE 94/2010. Luettu 2.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100094>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. & Sinivuori, E. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

Huumausainelaki. 373/2008. Finlex. Luettu 9.7.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>

Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S, Torniainen, K. & Veräjänkorka, O. 2008. Lääkehoito hoitotyössä. WSOY: Porvoo.

Immonen, M. Pynnönen, M. & Kytölä, O. 2011. Älykkään lääkkeenjakkokonseptin pilotointi Lappeenrannan kaupungin vanhustenhuollossa. Lappeenranta University of Technology, 2011. Digipaino.

Inkinen, R, Volmanen P, Hakoinen S. (toim.) 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoidosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 14/2015. Luettu 3.8.2016. <http://www.julkari.fi/handle/10024/129969>.

Innanen, M ja Mielonen, T. 2013. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Luettu 3.8.2016. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56643/Opinaytetyo.pdf?sequence=1>

Jaako, N. 11.3.2013. Monet syrjäseutujen vanhukset asuvat vielä puutteellisesti- Tilastokeskus. Luettu 10.10.2016. http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_006.html?s=0.

Jylhä V., Saranto K. & Ensio A. Lääkehoidon turvallisuuden parantaminen teknologian avulla. Terveystieteiden ja talouden laitos, Kuopion Yliopisto. Julkaisussa: Häyrynen K. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Stakesin työpapereita 14/2007. Luettu 12.4.2016. <http://www.julkari.fi/handle/10024/76290>

Kajaanin ammattikorkeakoulu. N.D. Opinnäytetyön eettiset suositukset. Luettu 10.10.2016. <http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoteLi/Opinnaytetyoprosessi/Eettiset-suositukset>

Kananen, S. Hiltunen, M. & Ovaskainen, V. 2012. Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakeusta. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyönkoulutusohjelma. Luettu 12.4.2016. <http://docplayer.fi/13340937-Kuopion-kotihoidon-asiakkaiden-kokemuksia-laakkeiden-koneellisesta-annosjakeusta.html>

Kela. 2011b. Lääkekorvauksia saaneiden potilaiden määrä ja korvattujen lääkkeiden kustannukset lääkeryhmittäin. Kelan reseptitiedosto.

Kivelä, S. 2005, Vanhusten lääkehoito. Tammi. Gummerus. Jyväskylä.

Kivelä, S.-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Suomen senioriliike ry. Eesti Talinna.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. STM:n selvityksiä 2006:30. Helsinki. Luettu 3.8.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114152/Selv200630.pdf?sequence=1>

Kokko, P-L. 2009. Iäkkäiden pitkäaikaishoidossa tarvittaessa annettavien lääkkeiden käyttö Espoossa - analyysi kirjaamisesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tk. Hoitotiede.

Kylmä, J, & Juvakka T, 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki. E-kirjana.

Käypä Hoito –suositus. 29.10.2015, Parkinsonin tauti. Luettu 9.7.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50042>

Lehtonen, A. 2012. Mitä hyötyä on koneellisesta lääkejakelusta? Sairaanhoitajalehti 10/2012/ 85. vuosikerta. Suomen sairaanhoitajliitto ry. Fioca Oy. s:48.

Läkelaki 395/1987. Finlex. Luettu 9.7.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/1987/19870395>

Lääketeollisuus. 2016. Lääkitysturvallisuus ja inhimillinen tekijä – lääkehoidon onnistumisen ratkaisijat. Luettu 12.4.2016 <http://www.laaketeollisuus.fi/terveydenhuolto/laak-keiden-kaytto-suomessa/laakitysturvallisuus>.

Läaketietokeskus. N.D. Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä. Luettu 9.7.2016.

<http://www.laaketietokeskus.fi/laaketieto/tietoa-laakkeista-ja-terveydesta/iakkaiden-laa-kehoidon-erityispiirteita>.

Malmi, A. 11.4.2013/ 18.2.2015. Lääkejakelu kunnan lakisääteistä palvelua. Yle. Luettu 3.8.2016. <http://yle.fi/uutiset/3-6575473>

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Tutkijalaitos. International Methelp oy.

Metsämuuronen, J. 2010. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 4. E-kirja. Tutkijalaitos. International Methelp oy. <http://www.methelp.com/pdf/TTP4demo.pdf>

Nieminen, M. 2005. Eurooppa eläköityy eri tahtiin. Tilastokeskus. Luettu 10.10.2016. http://tilastokeskus.fi/tup/tietotrendit/tt_01_05_nieminen.html

Niskanen, L. 2013. Ikäihmisten lääkehoito on taitolaji. Fimea julkaisu Sic! 2/2013. Luettu 3.8.2016. http://sic.fimea.fi/2_2013/ikaihminen_laakehoito_on_taitolaji

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. WSOY. Helsinki.

Nyman, J. 2009. Teoksessa Engeström, Y. Niemelä, A.-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. PS-kustannus.

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopin kotihoidon organisaatiosta, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen Yliopisto. Kuopio. Väitöskirja. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf

- Palva, E. 2009. Lääkitysturvallisuus on osa potilasturvallisuutta, onko lääketurvallisuus? Tabu 2/2009. Luettu 3.8.2016. http://www.fimea.fi/documents/160140/753095/16646_Tabu_2_2009.pdf
- Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/91596/gradu00373.pdf?sequence=1>
- Pietiläinen, T. 2011. Toteutuuko moniammatillinen yhteistyö kotihoidon asiakkaiden lääkehoidossa?. Projektityö. Helsingin yliopisto. Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia. Helsinki. Luettu 3.8.2016. <http://docplayer.fi/7720181-Toteutuuko-moniammatillisen-yhteistyö-kotihoidon-asiakkaiden-laakehoidossa.html>
- Potilaan lääkärilehti. 2013. Koneellinen annosjakelupalvelu saattaa parantaa lääkitysturvallisuutta. Verkkojulkaisu 8.1.2013. Luettu 12.4.2016. <http://www.laakari-lehti.fi/ajassa/ajankohtaista/koneellinen-annosjakelupalvelu-saattaa-parantaa-laakitysturvallisuutta/>
- Roponen, S. 2011. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu Kotkan kaupungin kotihoidon sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemana. Kymeenlaakson ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38315/opin-nenayte.pdf?sequence=1>
- Rosvall, M. 9.10.2015. Vuoden geriatri yllättyi halusta vähentää hoitajia: Pelkään uusia siitä, ettei edes vaippoja ole ehditty vaihtaa. Yle. Luettu 10.10.2016. <http://yle.fi/uutiset/3-8366972>.
- Saarikettu, E. 2007. Apteekkihenkilöstön ja vanhustenhuollon hoitajien näkemyksiä lääkkeiden koneellisen annosjakelun käyttöönotosta ja sen vaikutuksista. Helsingin yliopisto. Pro Gradu –tutkielma. Luettu 3.8.2016. https://www.theseus.fi/xmlui/bitstream/handle/10024/60253/Lonnqvist_Heidi.pdf?sequence=1
- Saikkonen, E-L. 2003. Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin. KELA sosiaalija terveysturvan selosteita 29/2003. Helsinki. Luettu 12.4.2016. <http://docplayer.fi/5159478-Koneellisen-annosjakelun-vaikutukset-laakekustannuksiin.html>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. N.D. Kotihoito ja kotipalvelut. Luettu 22.3.02016. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 32:2005. Helsinki. Luettu 3.8.2016. http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=2a6ef101-c1a6-4340-89f9-8fdbd389be62&groupId=247408
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. 2011:2. Luettu 3.8.2016. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71829/URN%3aNB%3afe201504226219.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Avohuollon apteekkitoiminnan kehittämistarpeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:16. Helsinki 2011. Luettu 12.4.2016. <https://www.julkari.fi/handle/10024/111789>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Lääkkeiden potilaskohtaisen annosjakelun hyvät toimintamallit. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 1:2016. Helsinki. Luettu 3.8.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129748/RAP_2016_01_L%C3%A4%C3%A4kkeidenAnnosjakelu.pdf?sequence=6

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006. Potilas- ja lääkehoidonturvallisuussanasto. Työpapereita 28. Helsinki. Valopaino Oy. Luettu 3.8.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>

Tampereen kaupunki. Tampere aloittaa lääkkeiden koneellisen annosjakelun kotihoidossa. Tampereen kaupunki. Julkaistu 22.1.2015. Luettu 9.7.2016. http://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/ajankohtaista/tiedotteet/2015/01/31082015_86.html.

Tuomaala K. 2004. Koneellisen annosjakelupalvelun aloitus apteekissa ja palvelutalossa. Projektityö. Kuopion yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus. Luettu 12.4.2016. <https://www2.uef.fi/documents/1052478/1052491/TuomaalaKaisa.pdf/9f23f86c-c5f3-4025-a2be-474f3ca0aa4b>

Tuomi J & Sarajärvi A., 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Jyväskylä.

Ylöjärven kaupunki. 27.7.2015. Kotona annettavat palvelut. Luettu 22.3.2016. <http://www.ylojarvi.fi/perhe-ja-sosiaalipalvelut/kotihoito-ja-tukipalvelut/kotihoito/>

Ylöjärven kaupunki. 27.7.2015. Kotihoidon tukipalvelut. Luettu 22.3.2016. <http://www.ylojarvi.fi/perhe-ja-sosiaalipalvelut/kotihoito-ja-tukipalvelut/kotihoidon-tukipalvelut/>

Valli, A-M & Lönnqvist, H. 2013. Hoitohenkilökunnan kokemuksia lääkkeiden koneellisen annosjakelun käytöstä ja lääkitysturvallisuuden toteutumisesta palveluasumisen yksiköissä. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Porvoo. https://www.theseus.fi/xmlui/bitstream/handle/10024/60253/Lonnqvist_Heidi.pdf?sequence=1

Viikilä, J. 2009. Työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia koneellisesta annosjakelusta Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa. Diakonia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. <http://www.theseus.fi/handle/10024/4697>

Vitikka, S., Simonen, P., Tolkkinen, T.A., Marttala, P., Kaattari, A. Väisänen, R., Syrjäpalo, K. 2011. Koneellisen lääkkeenjaon selvitystyön raportti 2011 – Oulunkaaren vanhustalot. Luettu 9.7.2016. <http://www.oulunkaari.org/iinseutu/kokous/2012356-10-597.PDF>

LIITTEET

Liite 1. Pyyntö ja suostumus osallistua tutkimukseen

Hyvä Evondos-palvelun käyttäjä!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kuvata käyttäjien kokemuksia Evondos-lääkkeenjakopalvelun käytöstä. Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa XXXXX, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona. Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla maksimissaan 10 käyttäjää, jotka ovat käyttäneet palvelua vähintään 1 kuukauden ajan. Haastatteluun varataan aikaa noin 1 tunti ja haastattelu suoritetaan käyttäjän haluamassa paikassa, esimerkiksi koti. Haastatteluun ei tarvitse varautua ennakolta.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa. Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus - tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä

Minna Säynätmäki

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

minna.saynatmaki@health.tamk.fi tai 0440607033.

Tarvittaessa opinnäytetyöstäni lisätietoja antavat Taru Lehtimäki, lehtori TAMK 0505913868 ja YYYY.....

SUOSTUMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata käyttäjien kokemuksia Evondos-lääkkeenjakopalvelun käytöstä sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä. Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

SUOSTUMUS

Paikka ja aika _____ . _____ . _____

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Liite 2. Haastatteluteemat

Kysely Evondos-lääkkeenannostelulaitteen käyttäjille Ylöjärven kotihoidossa

Osana opinnäytetyötä suoritetaan kysely Evondos-lääkkeenannostelulaitteen käyttäjille Ylöjärven kotihoidossa. Kerrothan mielipiteesi mahdollisimman rehellisesti. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyn vastauksia käytetään Evondoksen tuotekehityksessä parantamaan palvelun toimintaa ja käytettävyyttä. Tarkoituksena on muun muassa XXXXX kyselyssä saatujen vastausten perusteella.

Teemat:

1. Terveystila. Millainen, miten kuvaillet, mitä sairauksia, miten vaikuttavat elämään, mitä haasteita jne.
2. Muisti. Onko ongelmia, millaisia, missä huomaat haasteet, miten selviät niistä jne.
3. Lääkitys. Millaisia lääkkeitä käytät, haasteet niiden ottamisessa, helppous ottaa, kauanko käyttänyt jne.
4. Lääkkeenotto. Miten lääkkeenottosi sujui aiemmin, miten otit ne, mitä haasteita oli, mitä parannuksia Evondos on tuonut, mitä muutoksia, miten selviät lääkkeenotosta nyt jne.
5. Selviytymiskyky. Miten koet itsenäisen selviytymiskykysi, mikä auttaa, mikä haittaa, millä tavoin, miten selviät askareista nyt vs. ennen Evondosta.
6. Evondos. Miten käyttöönotto sujui, mistä sait eniten tietoa, entä apua, Opastus, tietolehtiset, neuvot läheiseltä, ohjeet. Miten Evondos on muuttanut elämääsi, miten se on lisännyt selviytymisen tunnetta tai tunnetta itsenäisyydestä, mitkä ovat hyviä puolia, mitkä huonoja jne.

Kiitos vastauksestasi!