

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2020

Jonna Palframan, tutor-opettaja: Minna Salakari

SEPELVALTIMOTAUTI- POTILAIDEN LÄÄKEHOITOON SITOUTUMISEN TUKEMINEN

OPINNÄYTETYÖ (yamk) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveys ja hyvinvointi | Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

2020 | 44 sivua, 5 liitesivua

Ohjaaja: Minna Salakari

Jonna Palframan

SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAIDEN LÄÄKEHOITOON SITOUTUMISEN TUKEMINEN

Tausta: Ainoastaan noin puolet potilaista käyttää heille määrättyjä lääkkeitä ohjeiden mukaisesti. Lääkekuureja jätetään kesken, annoksia otetaan epäsäännöllisesti ja pitkäaikaislääkitys saatetaan keskeyttää omin päin. Tutkimusten mukaan lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttamisella saattaisi olla enemmän vaikutusta kansanterveyteen kuin yhdenkään uuden lääkkeen kehittämisellä. Lääkehoitoon sitoutumattomuus on maailmanlaajuisesti tunnustettu, laaja ja vaarallinen ongelma, jonka ratkaisemiseksi yritetään jatkuvasti kehittää suosituksia ja työkaluja. *Tavoite:* Kehittämisprojektin tavoitteena oli selvittää Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) sydänkeskuksen sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoitoon sitoutumista pallolaajennuksen (PCI) jälkeen ja hahmotella hypoteettinen malli sitoutumisen kohentamiseksi. *Menetelmät:* Kehittämisprojektissa tutkittiin 58 sepelvaltimotautipotilaan lääkehoitoon sitoutumista. Aineisto kerättiin vuosina 2019–2020. Potilaille tehtiin pallolaajennus, jonka jälkeen heidät kotiutettiin lipidi- ja antitromboosi lääkityksen kanssa. Tutkittaviin otettiin yhteyttä noin 3.5 kuukautta kotiutumisen jälkeen, jolloin heiltä kysyttiin kysymyksiä lääkehoitoon liittyen. *Tulokset:* Lääkehoitoon sitoutumattomien keski-ikä oli 66.3 (±9.9) vuotta ja 36.2 % oli naisia. 24.1 % potilaista oli keskeyttänyt lääkityksensä tai tehnyt siihen omatoimisia muutoksia. Sukupuolella tai lääkityksen tyypillä ei ollut tilastollista merkitystä sitoutuneisuuteen ($p=1.000$). Lääkehoitoon sitoutumattomuuden merkityksellisimmäksi tekijäksi osoittautui ymmärtämättömyys lääkehoidon tärkeydestä. *Johtopäätös:* Ottaen huomioon lääkehoidon tärkeyden PCI-toimenpiteen jälkeen, tarvitaan enemmän ja suunnitelmallisempaa potilasohjausta sitoutuneisuuden kohentamiseksi.

Asiasanat: sitoutuneisuus, sitoutumattomuus, lipidilääkitys, anti-tromboottinen lääkitys, sepelvaltimotauti, lääkehoidon ohjaus

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and well-being | Management and Leadership in Health Care

2020 | 44 of pages, 5 of page in appendices

Instructor: Minna Salakari

Jonna Palframan

SUPPORTING MEDICATION ADHERENCE OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE

Background: Only half of the patients take their medication as instructed; course of treatment may fall short, doses are taken irregularly, and long-term treatment is often discontinued. According to the previous studies, actions to improve drug adherence, might affect public health more than any new drug development. Drug non-adherence is a globally recognized, extensive and dangerous problem, and recommendations and tools are being prepared for its solution. *Objective:* The aim of the study was to determine the pharmacotherapy adherence of the coronary artery disease patients at the Turku University Hospital Heart Center after percutaneous coronary intervention (PCI). *Methods:* We studied 58 coronary artery patients between 2019 and 2020 who underwent PCI and were discharged with lipid-lowering and antithrombosis medication. The patients were contacted by phone approximately 3.5 months after discharge and asked about the prevailing medication. *Results:* The mean age of the patients was 66.3 (9.9) years and 36.2 % were women. 24.1 % of the patients had discontinued or self-adjusted the prescribed medication. The gender or the type of medication did not seem to play a role in the adherence ($p=1.000$). The major reason for non-adherence was lack of information about the importance of the pharmacotherapy. *Conclusions:* Considering the importance of the efficient treatment after PCI, more patient education is needed to improve pharmacotherapy adherence.

Keywords: adherence, non-adherence, lipid-lowering drugs, antithrombotic drugs, coronary artery disease, pharmacotherapy information

SISÄLTÖ

SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Sepelvaltimotaudin lääkehoito	8
2.2 Sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoitoon sitoutuminen	10
2.2.1 Sepelvaltimotautipotilaan lääkehoitoon sitoutumisen merkitys PCI-toimenpiteen jälkeen	11
2.2.2 Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät	11
2.3 Sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttaminen	12
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA JA TARVE	15
3.1 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoitteet	15
3.2 Kehittämisprojektin toteutus tutkimuksellisin menetelmin	15
3.3 Projektiorganisaatiot	17
3.4 Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osan aineiston kohdeorganisaatio	17
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO	18
4.1 Tutkimuksellisen osion tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	18
4.2 Tutkimuksellisen osion valintakriteerit	18
4.3 Osallistujat ja aineistonkeruu	19
4.4 Aineisto ja aineiston analyysi	20
4.4.1 Tilastollinen analyysi	20
4.4.2 Laadullinen analyysi	21
Laadullisen aineiston kategorisointi	21
Laadullisen aineiston vertailu	24
5 TULOKSET	25
6 TULOSTEN JOHTOPÄÄTÖKSET	27
8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	30
8.1 Tutkimuksen eettisyys	30
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	31

9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS	33
-------------------------------------	-----------

LÄHDELUETTELO	37
----------------------	-----------

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustiedote ja suostumuslomake

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämisprojektin kulku prosessikaaviona (Palframan 2020).	16
Kuvio 2. Avointen kysymysten vastausten kategorisointi (Palframan 2020).	21
Kuvio 3 TYKS sydänkeskuksen lääkehoidon ohjauksen prosessin hahmotelma (Palframan 2020).	34
Kuvio 4. Lääkehoidon ohjauksen hypoteettinen malli (Palframan 2020).	36

TAULUKOT

Taulukko 1. Sepelvaltimotaudin hoitosuositukset. (mukailten Käypä hoito- suositus 2015; Atherton 2018; ESC 2019).	9
Taulukko 2. Luokittelurunko (Palframan 2020).	23
Taulukko 3. Luokittelun tulokset (Palframan 2020).	23
Taulukko 4. Vertailu (Palframan 2020).	24
Taulukko 5. Potilasaineisto (Palframan 2020).	26
Taulukko 6. Sitoutumattomuuden syyt suhteessa potilasaineistoon (Palframan 2020).	26

1 JOHDANTO

Tämän kehittämisprojektin aiheena oli sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoitoon sitoutuminen percutaneous coronary intervention (PCI) eli angioplastia- eli pallolaajennus -toimenpiteen jälkeen. Kehittämisprojektin avulla pyrittiin selvittämään, miten Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) sydänkeskuksen sepelvaltimotautipotilaat sitoutuvat lääkehoitoonsa PCI-toimenpiteen jälkeen ja mahdollisen sitoutumattomuuden syitä. Syiden selvittämisen avulla voidaan pohtia tehokkaampia keinoja lääkehoitoon sitoutumisen parantamiseksi.

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että potilaat sitoutuvat erityisesti pitkäkestoiseen lääkehoitoon huonosti. Vain puolet potilaista käyttää lääkkeitään annettujen ohjeiden mukaisesti (Haynes 2002). Lääkekuurit jäävät vaillinaisiksi, annokset otetaan epäsäännöllisesti, ja erityisesti pitkäaikaisten sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn tarkoitetut lääkehoidot jäävät usein kesken (WHO 2003).

TYKS ei ole ainoa sairaala, jossa ollaan huolissaan juuri sepelvaltimotautipotilaiden hoitoon sitoutumisesta. Tampereen yliopistollinen keskussairaala (TAYS) yrittää motivoida sepelvaltimotautipotilaitaan digisovelluksella, jonka tavoitteena on tukea potilaita sairauden ennaltaehkäisyssä ja terveellisten elämäntapojen omaksumisessa. Digihoitopolku tulee olemaan tarjolla perinteisten vastaanottokäyntien rinnalla ja käyttäjät valitaan TAYS sydänsairaalan kardiologiselta osastolta kotiutuvien joukosta toukokuusta 2020 alkaen. (Tuomisto 2020.)

Lääkehoitoon sitoutumattomuus on aiemmissa tutkimuksissa yhdistetty aineiston nuorempaan väestöön. Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisessa osassa lääkehoitoon sitoutuneiden keski-ikä oli kuitenkin matalampi kuin sitoutumattomien, mikä eroaa merkittävästi toisista vastaavanlaisista tutkimuksista, joissa sitoutumattomuus yhdistettiin useammin nuoriin tutkittaviin. Usein huono sitoutuneisuus yhdistetään myös lääkehoidon kustannuksiin (Sumanen 2004) ja sivuvaikutuksiin (LaPointe 2011), mutta tässä kehittämisprojektiin liittyvässä tutkimuksessa keskeisimmäksi syyksi havaittiin tiedon puute. Informaatio on aiemminkin tiedostettu keskeiseksi sitoutumiseen vaikuttavaksi tekijäksi, mutta tässä kehittämisprojektiin liittyvässä tutkimuksessa sen merkitys oli kiistaton. Kehittämisprojektin tulosten pohjalta tuotoksena luotiin informaatiota uusien post-operatiivisten käytäntöjen luomiseksi sekä hypoteettinen malli apteekkipalvelujen osallisuudesta

lääkehoitoon sitoutuneisuuden kohentamiseksi. Uusien käytäntöjen ja hypoteettisen mallin tavoitteena on parantaa sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoitoon sitoutumista.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Sepelvaltimotaudin lääkehoito

Suomalaisen Käypä Hoito-suosituksen mukaan akuutin sepelvaltimo-oireyhtymän jatkohoidon muodostavat vaaratekijöiden hoito elintapamuutoksilla ja lääkkeillä sekä antitromboottinen ja anti-iskeeminen lääkehoito. Lääkehoidon tavoitteena on parantaa taudin ennustetta sekä lievittää oireita ja kohentaa potilaan elämänlaatua. (Käypä hoito-suositus 2015.) Nämä tavoitteet ovat yhteneväiset maailmanlaajuisesti. Esimerkiksi Euroopan kardiologiyhdistyksen (ESC) ohjeistuksessa nostetaan esiin kaksi tavoitetta lääkehoidolle: lievittää sepelvaltimotaudin oireita ja estää sydäntapahtumia (ESC 2019). Euroopan ohjeistus mainitsee ensin oireiden lievittämisen ja toisena sydäntapahtumien ehkäisemisen. Australian ja Uuden-Seelannin yhteinen on suomalaisen ohjeistuksen kanssa samoilla linjoilla ja heidän ohjeistuksessaan ensimmäisenä mainitaan sydäntapahtumien ehkäiseminen (Atherton 2018).

Sydäntapahtumien ehkäiseminen

Suomalaisen Käypä Hoito-ohjeistuksen mukaan asetyylisalisyylihappo (ASA) on ennustetta parantavan hoidon kulmakivi (Käypä hoito-suositus 2015). Näin todetaan myös Australian ja Uuden Seelannin ohjeistuksessa (Atherton 2018). ESC:n ohjeistuksessa ASA mainitaan myöhemmin, vasta kolmantena, sillä ohjeistus ohjeistaa ensin oireiden hallintaa. ASA annostus on Suomalaisen ohjeistukseen mukaan 100 mg/vrk, mutta vaihtelee kansainvälisesti välillä 75 mg-150 mg/vrk. (ESC 2019.)

Klopidogreeli mainitaan ohjeistuksissa ensisijaisena antitromboosilääkkeenä, mikäli ASA ei potilaalle sovi (Käypä hoito-suositus 2015). PCI-toimenpiteen jälkeen yhteiskäyttöä jatketaan 3-12kk. P2Y12-reseptorin estäjää (tikagrelori, klopidogreeli tai prasugreeli) käytetään äkillisen sepelvaltimotautikohtauksen hoidossa, sekä sairaalavaiheessa että pitkäaikaisesti (Käypä hoito- suositus 2015; Atherton 2018; ESC 2019). Statiinit mainitaan lääkityssuosituksessa toisena lääkeryhmänä, jonka tulisi jatkua ASA:n rinnalla pysyvänä sepelvaltimotautipotilaalla. Statiinihoito on riippumatonta potilaan LDL-kolesterolin tasosta. (Käypä hoito-suositus 2015.)

Beetasalpaajaa käytetään ensisijaisena anti-iskeemisenä hoitona, sillä se tutkitusti vähentää iskemiaa ja lievittää tehokkaasti oireita. Kalsiumkanavan salpaajia käytetään

lähinnä verenpaineen ja/tai rintakivun hoidossa, jos beetasalpaaja ei sovi. Selvää ennusteenäyttöä ei kalsiumkanavan salpaajien käytöstä sepelvaltimotaudissa kuitenkaan ole. (Käypä hoito-suositus 2015.)

Taulukko 1. Sepelvaltimotaudin hoitosuositukset. (mukaihen Käypä hoito- suositus 2015; Atherton 2018; ESC 2019).

Yleiset huomiot
Sepelvaltimotaudin optimaalinen farmakologinen hoito sisältää sydäntapahtumaa ehkäisevän lääkeytyksen sekä vähintään yhden anginaa/iskemiaa lievittävän lääkeyteen.
On suositeltavaa valmentaa potilaita sairaudestaan, sen riskeistä sekä lääkeyhoidon strategiasta.
On perusteltua tarkistaa potilaan vaste lääkeyhoidolle ja muille mahdollisille interventiaille lääkeyhoidon aloituksen jälkeen.
Sydäntapahtuman ehkäisevä lääkeyty
Matala-annoksinen (100 mg) ASA päivittäin kaikille sepelvaltimotautipotilaille.
Klopidogreeli vaihtoehtoisena, mikäli potilaalle ei sovi ASA tai sydäntapahtuman ja/tai PCI-toimenpiteen jälkeen 3-12kk.
Statiineja suositellaan käytettäväksi kaikilla sepelvaltimotautipotilailla huolimatta veren LDL-kolesterolipitoisuudesta.
ACE:n estäjä on suositeltavaa käyttää, mikäli potilaalla on muita sairauksia, kuten sydämen vajaatoiminta, verenpainetauti ja/tai diabetes.
Angina/iskemian hoito
Lyhytvaikutteinen nitraatti.
Beetasalpaajaa tai kalsiumkanavan estäjä suositellaan ensisijaisesti sykkeen ja oireiden kontrollointiin.

Sairaalavaiheen jälkeen PCI-potilaiden jatkohoito siirtyy omaan terveyskeskukseen. Perusterveydenhuollon lääkärit ja muu henkilökunta ovat avainasemassa potilaan motivoimisessa pysyviin elintapamuutoksiin ja siihen, että riskitekijöihin ja ennusteeseen vaikuttava lääkeyhoito jatkuu tehokkaana ja kontrollit omalla terveysasemalla säännöllisinä. Potilasohjaukseen (elintapamuutokset, ruokavalio, liikunta) on syytä panostaa sekä sairaalahoidon aikana että sen jälkeen avoterveydenhoidossa ja aktiivisesti seurata muutosten edistymistä seurantakäyntien yhteydessä. Nämä tekijät ovat tärkeitä potilaan kuntoutumisessa takaisin normaaliin elämään. (Käypä hoito-suositus 2015.)

2.2 Sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoitoon sitoutuminen

Vain puolet potilaista käyttää lääkkeitään annettujen ohjeiden mukaisesti (Haynes ym. 2004). Lääkekuurit jäävät vaillinaisiksi, annokset otetaan epäsäännöllisesti, ja erityisesti pitkäaikaisten sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn tarkoitetut lääkehoidot jäävät usein kesken (WHO 2003). Totunnaisesti on puhuttu hoitomyöntyvyydestä eli komplianssista. Se tarkoittaa, että potilas tekee kuuliaisesti, mitä lääkäri määrää (Haynes 2008).

Hoitosuhteen tasavertaistuttua on alettu puhua hoitoon sitoutumisesta (adherence), joka kuvaa potilaan aktiivista roolia hoidossaan (WHO 2003). On väitetty, että sitoutumista tukevat toimet voisivat vaikuttaa kansanterveyteen huomattavasti enemmän kuin minäkään yksittäisen lääkehoidon kehittäminen (Haynes 2008). Vähäinen lääkkeiden käyttö on monille moraalisesti tavoiteltava asia (Lumme-Sandt 2002). Lääkäreiden oman arvion mukaan heidän potilaistaan ainoastaan noin 10 % on hoitoon sitoutumattomia (Stephenson 1993), vaikka todellinen osuus on 40–60 % (Sackett 1999).

Hoitoon sitoutumisen ajatellaan koostuvan teknisesti oikeasta toteutuksesta (adherenssi), säännöllisyydestä (persistenssi) ja lääkehoidon keskeyttämisestä (discontinuation). Ongelmana lääkehoitoon sitoutumattomuus on lääketieteessä merkityksellinen. Se huonontaa hoitotasapainoa ja lisää mortaliteettia sekä on taloudellisesti yhteiskuntaa rasittava. (Käypä hoito-suositus 2017.)

Kehittyneissä maissa sepelvaltimotautipotilaista vain noin 60 % on lääkehoitoonsa hyvin sitoutuneita. Tutkimuksissa ei olla pystytty osoittamaan iällä olevan merkitystä sitoutumiseen. On havaittu, että useimmiten lääkityksen noudattaminen keskeytyy heti sairaalajakson jälkeen. Lääkehoidon onnistumiseen saatettaisiin pystyä vaikuttamaan panostamalla sen systemaattiseen seurantaan ja potilaan motivoimiseen. Lääkehoidon merkityksellisyydestä huolimatta, niitä jätetään ottamatta. Tutkimuksissa on havaittu, että 20 % sitoutui lääkehoitoonsa huonosti sydäninfarktin jälkeen sairaalasta kotiuduttuaan ja huonosti sitoutuneiden mortaliteetti oli muita 80 % korkeampi. (Chowdhury 2013.)

Sydänsairauksissa lääkehoidon tasapaino on sairauden hoidossa merkityksellinen. Tutkimusten mukaan n. 9 % eurooppalaisten sepelvaltimotaudin mortaliteetista on linkitettävissä alhaiseen hoitoon sitoutuneisuuteen. On arvioitu, että sepelvaltimotautipotilaiden mortaliteettia voidaan alentaa jopa 20 % sitouttamalla potilaat paremmin lääkehoitoonsa. (Chowdhury 2013.)

Suomalaista sepelvaltimotautipotilaista joka kuudes jättää noutamatta sydänlääkkeitään korkeiden hintojen vuoksi (Sumanen 2004). Alhaisen koulutustason ja työttömyyden on havaittu olevan yhteydessä huonoon hoitoon sitoutumiseen. Neljänneksen potilaista sitoutuminen lääkehoitoon on huonoa ja 5 % potilaista tekeekin lääkitykseensä oma-toimisia muutoksia. (Kyngäs 1999.) Suurimpana ongelmana on kuitenkin havaittu elintapojen muutokseen sitoutuminen. (Valkonen 2014.)

2.2.1 Sepelvaltimotautipotilaan lääkehoitoon sitoutumisen merkitys PCI-toimenpiteen jälkeen

Sepelvaltimostentin asennuksen yhteydessä aloitetaan asetyylisalisyylihapon (ASA) ja klopidogreelin yhdistelmän käyttö. Suonen pintaan pääsee stenttauksen jälkeen muodostumaan seinämänmyötäistä hyytymää, joka ilman tehokasta lääkitystä voi laajeta vaaralliseksi tukkivaksi hyytymäksi, stenttiromboosiksi. Tämän merkittävän, huomattavaa kuolleisuutta (jopa 45 %) aiheuttavan komplikaation riski säilyy siihen saakka, kunnes stentti on peittynyt endoteelisolukolla. (Lüscher 2007.) Solun jakautumista estävällä lääkeaineella päällystetyn stentin verhoutuminen kestää selvästi kauemmin kuin tavallisen metallistentin ja jopa estyy vuosiksi (Joner 2006).

Sepelvaltimoiden stenttauksen jälkeisen ASA-klopidogreeli-yhdistelmähoidon kesto on yksilöllinen. Hoidon pituuteen vaikuttavat potilaan sairaushistoria, sepelvaltimopuuston kunto, tehdyn toimenpiteen luonne ja asennettujen stenttien määrä ja materiaali. (Mustonen P, 2009.) Sepelvaltimostenttitromboosin esiintyvyys vuositasona on alle 1 %. Kuitenkin 80 % henkilöistä, joille tromboosi kehittyy, saavat sydäninfarktin ja puolet näistä henkilöistä menehtyy. (Rassaf 2012.)

2.2.2 Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät ovat yksilöllisiä (LaPointe 2011). Sitoutuneisuudessa ei olla havaittu eroja eri lääkeryhmien välillä. Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttaa lääkkeen ominaisuuksien lisäksi muutkin tekijät. Yhteydessä huonoon sitoutuneisuuteen ovat mm. epäilykset lääkkeiden tarpeellisuudesta ja lääkkeiden käyttöön kohdistuvat huolet jopa enemmän kuin konkreettiset haittavaikutukset. (LaPointe 2011.) On olemassa teoria, joka pyrkii selittämään paradoksia lääkkeiden käytön merkityksen ymmärtävistä potilaista, jotka siitä huolimatta eivät sitoudu lääkehoitoonsa. Teoria

ehdottaa, että lääkkeitä välteltäisiin, koska ne muistuttaisivat kuolemasta. Lääkehoitoonsa hyvin sitoutuneilla potilailla on taas ollut myönteinen asenne lääkkeitä kohtaan. (Bondesson 2013.)

Eräs lähestymistapa lääkehoidon sitoutumisen parantamiseksi, on sitouttaa potilaat kokonaisvaltaisesti omaan terveyteensä. On havaittu, että potilaat, jotka käyttävät tunnollisesti lääkkeitään, ovat yleensä muutenkin kiinnostuneita omasta terveydestään. Ilmiötä kutsutaan ”terveellisyyteen sitoutumiseksi” eli ”healthy adherer”. (Bitton 2013.) Huono hoitoon sitoutuminen voi olla tarkoituksellista tai tarkoituksetonta (Kronish 2013) (Laba 2013). Lääkehoidon sitoutuneisuuden puutteet saattavat olla osittain asenteellista ja siksi monet perinteisistä unohteluun pohjautuvista interventioista eivät toimi. (Kronish 2013.)

Lääkehoitoon sitoutumista voidaan tarkastella usealla tavalla. Tavallisin tapa on määrittellä sitoutuneisuus suhteuttamalla lääkkeen otto verrattuna annettuun ohjeeseen ja ilmaista sitoutuneisuus prosentteina. Sitoutuneisuutta voidaan selvittää myös tietyn ajanjakson seurannan avulla. Kun tutkimusta valmistele, on hyvä määrittellä juuri kyseiselle tutkimukselle optimaalinen lähestymistapa. (Kronish 2013.)

2.3 Sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttaminen

Lääkehoitoon sitoutumisen parantamisessa voidaan hyödyntää useita erilaisia lähestymistapoja. (Haynes 2008). Erilaisia lääkehoitoon vaikuttavia tekijöitä on löydetty yli sata, ja siksi on tärkeää huomioida, ettei yksi lähestymistapa voi ratkaista koko ongelmaa. (Bosworth 2011). Siksi on tärkeää, että kehitetään edistyksellisiä interventioita. Kehittyvän teknologian tehokkaampi hyödyntäminen potilaiden hoitoon sitoutumisen parantamisessa on keskeistä mallien kehittämisessä. (Valkonen 2014.)

Lääkehoitoon sitoutumisen tasoa voidaan määrittää esimerkiksi haastatteleamalla potilasta. (Bondesson 2013). Mikäli havaitaan, että potilas sitoutuu huonosti lääkehoitoonsa, tulee välttää tuomitsevaa asennetta ja käsitellä yhdessä häneen kanssaan lääkkeen käyttöön liittyviä huolenaiheita ja epäilyksiä (Kronish 2013). Jos potilas sitoutuu huonosti lääkehoitoonsa, hänen kannustamistaan on hyvä jatkaa pitkäkestoisesti (Haynes 2008). Lääkehoitoon sitoutumisen varmistamiseksi on merkityksellistä tavata potilasta henkilökohtaisesti. Juuri tämä henkilökohtainen kohtaaminen on lääkehoidon sitoutumisen kannalta ratkaisevaa. On todennäköisempää, että potilas sitoutuu lääkehoitoonsa, mikäli

hänet osallistetaan päätöksentekoon. Hyvän hoitosuhteen omaavilla potilailla on tutkimuksessa havaittu olevan parempi sitoutuminen lääkehoitoon. (Kyngäs 1999.)

Yksilöllinen haastattelu on yksi keino kohentaa potilaiden lääkehoitoon sitoutumista. (Cutrona 2010). Motivoivalla haastattelulla voidaan ohjaavasti ja potilaslähtöisesti tehostaa potilaan omaa motivaatiota lääkehoitoonsa. (Thompson 2011). Motivoivan haastattelun tarkoitus on syventyä lääkehoidon ongelmakohtiin ja tarkoituksena niiden selvittäminen. Tämän tyyppinen haastattelu toimii hyvin myös sydänsairauksiin liittyvässä elintapaohjauksessa. (Haynes 2002; 2008.)

Silloin kun lääkityksen kesto on lyhytaikainen, lääkehoitoon sitoutumiseen voidaan vaikuttaa esimerkiksi selkeällä ohjeistuksella. Kun lääkehoito on pitkäkestoista, menettelytapoina voivat olla muun muassa harvemmat annostelukerrat, potilasneuvonta ja monitorointi. Myös omaiset voidaan ottaa mukaan ohjaukseen ja erilaiset muistutukset ja puhelinkontaktit voivat olla hyödyllisiä. Yleisesti nykyiset työkalut auttavat parantamaan hoitoon sitoutumista vain kohtalaisesti. (Laba 2013.) Vaikka lääkehoitoon sitouttaminen vaikuttaa työläältä ja syö resursseja, sen toteuttaminen on kuitenkin taloudellisesti järkevää (Valkonen 2014).

WHO:n mukaan terveydenhuollon kustannuksia saataisiin pitkällä tähtäimellä laskettua investoimalla lääkehoitoon sitoutumiseen (WHO 2003). Tutkimusten mukaan taloudelliset investoinnit lääkehoidon sitoutumisen parantamiseksi neutraloituisivat parin vuoden sisällä (Valkonen 2014). Bittonin mukaan lääkehoitoon sitoutumisen kohentamisella voitaisiin saavuttaa arviolta 10–18 % vuositason säästöt (Bitton 2013). Yhdysvalloissa arvioidaan, että alhaisen lääkehoitoon sitoutumisen aiheuttamat kustannukset ovat jopa 100–300 miljardia dollaria (Bosworth 2011). Valkonen toteaa tutkimuksessaan, että lääkehoitoon sitoutumiseen panostaminen saattaisi olla jopa tehokkaampaa kuin yksittäinen lääkekehitys, sillä sitoutumisen jäädessä toteutumatta, lääkkeiden teho jää vaillinaiseksi (Valkonen 2014).

Lääkehoitoon sitoutumisen parantaminen edellyttää perehtyneisyyttä ja panostusta, ja lisäksi sen ei tule liikaa kuormittaa terveydenhuollon järjestelmää. Menetelmät voidaan jaotella esimerkiksi neljään pääryhmään. 1) potilasohjaus, 2) lääkehoidon käytännön optimointi 3) monitorointi 4) hoitosuhde. Menetelmiä voidaan hyödyntää eri yhdistelmävariaatioina, jotta jokaiselle potilaalle löytyisi tehokkain menetelmä. Toistaiseksi tehokasta menetelmää ei kuitenkaan ole löydetty, vaan interventiot ovat vaikuttaneet toistuvasti tehottomilta. Siksi olisi tärkeää löytää uusia keinoja sitoutumisen parantamiseksi.

Käypä hoito ohjaa lääkäreitä lääkehoidon sitoutumisen parantamiseksi seuraavanlaisesti:

” Lääkehoitoon sitoutumisen kohentaminen alkaa hoitoon sitoutumattomuuden tunnistamisesta. Vihjeitä siitä voi antaa esimerkiksi vastaanottokäyntien ja reseptien uusimisten laiminlyönnit sekä huono hoitovaste. Lääkehoidosta kannattaa kysyä ja painottaa hoidon ja siihen sitoutumisen hyötyjä eli motivoida potilasta. Mikäli haittavaikutuksia nousee esiin, eikä lääkkeen vaihtaminen tule kyseeseen, tulee lääkkeen suhteuttaa hyödyt ja haitat. Potilaan tunteisiin, asenteisiin ja pelkoihin tulisi suhtautua neutraalisti, ilman turhaa moralisointia tai pelottelua.” (Käypä hoito-suositus 2017.)

”On tavallista, että potilaat pelkäävät enemmän hoidon haittavaikutuksia kuin sen hyödyn menettämistä. Yksinkertaiset ja selkeät ohjeet helpottavat lääkehoidon toteutuksessa ja on hyvä kannustaa käyttämään dosettia ja muita apuvälineitä. Potilasta tulisi kuunnella ja hoitoa räätälöidä mahdollisuuksien mukaan hänen toiveittensa ja tilanteensa mukaisesti. Seuranta tulisi tarvittaessa tiivistää ja tunnistaa kognitiiviset ongelmat. Perhettä tai muuta tukiverkkoa voidaan myös hyödyntää. Joillakin valmistemuodoilla on myös antoreitin vuoksi parempi sitoutuneisuus ja siksi tämän tyyppisiä valmisteita (lääkkeet, joilla pitkä puoliintumisaika, depot valmisteet ja transdermaaliset valmisteet) tulisi mahdollisuuksien mukaan hyödyntää.” (Käypä hoito-suositus 2017.)

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA JA TARVE

3.1 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet

Tämän kehittämisprojektin tarkoitus oli kerätä tietoa TYKS sydänkeskuksen toimintaa varten sekä tukea apteekkien palveluiden kehittämistä tarjoamalla tietoa tietyn potilasryhmän lääkehoitoon sitoutumisesta sekä sitoutumattomuuteen vaikuttavista tekijöistä. Kehittämisprojektin yhteydessä tehdyn tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää suunnitellussa uusissa yhteistyökeinoissa apteekkien ja muun terveydenhuollon ja potilasjärjestöjen välillä.

Lakisääteisten tehtävien lisäksi apteekit tarjoavat asiakkailleen erityispalveluita, joiden tavoitteena on edistää asiakkaiden lääkehoitojen onnistumista ja tukea muun terveydenhuollon työtä. Tavoitteena on apteekkien ja hoitoyksiköiden yhteistyötä lisäämällä parantaa lääkitysturvallisuutta ja vahvistaa apteekin roolia osana sosiaali- ja terveystaloutta. Apteekkien kansanterveysohjelmat on perustettu tukemaan apteekkien pitkäjänteistä toiminnan kehittämistä. Ohjelmiksi on valittu merkittävät kansansairaudet ja niiden merkittävien riskitekijä: tupakointi. Astma-, diabetes- ja sydänpotilaat kattavat huomattavan osan apteekkien päivittäisistä asiakkaista.

Apteekkien kansanterveysohjelmien tavoitteet

- Potilaan lääkehoidon onnistumisen tukeminen
- Apteekkien henkilökunnan osaamisen parantaminen
- Kansansairauksien ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen
- Apteekkien ja muun terveydenhuollon ja potilasjärjestöjen välisen paikallisen yhteistyön kehittäminen. (Apteekkarilitto 2016.)

3.2 Kehittämisprojektin toteutus tutkimuksellisin menetelmin

Kehittämisprojektiin liittynyt tutkimus toteutettiin TYKS:n sydänkeskuksen toimenpide- ja vuodeosastojen potilasaineistolla. Aineistonkeruussa käytettiin strukturoitua kyselyä.

Aineisto kerättiin puhelin- tai tekstiviestikyselyllä, jossa tutkittaville esitettiin kaksi kysymystä: 1. Käytätkö edelleen antitromboosi ja/tai kolesterolilääkettä? Jos tutkittava vastaa kielteisesti, kysyttiin kysymys 2. Miksi et käytä enää kyseistä lääkettä/lääkkeitä?

Mikäli tutkittava ei käyttänyt enää jotain tutkimukseen kuuluvien lääkeaineryhmien lääkkeitä, joita hänen kuuluisi käyttää, annettiin hänelle neuvontaa lääkityksen tärkeydestä ja tarvittaessa ohjattiin ottamaan yhteyttä kardiologian poliklinikkaan. Taustamuuttujina tiedettiin tutkittavasta sukupuoli ja syntymävuosi. Tutkimuksen otostavoite oli 100 (N=100) TYKS:n sydänkeskukseen kirjautunutta sepelvaltimotautipotilasta.

Tutkimusprosessin vaiheet ja aikataulu on esitetty kuviossa 1



Kuvio 1. Kehittämiprojektin kulku prosessikaaviona (Palframan 2020).

3.3 Projektiorganisaatiot

Kehittämiprojektin toimeksiantajana oli apteekkipalveluja tuottava ja kehittävä AboaPharm Oy ja projekti toteutettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) sydänkeskuksen toimenpide- ja vuodeosasto. Kehittämiprojektin ohjausryhmään kuului projektikoordinaattori YAMK lisäksi AMK tutoropettaja, AboaPharm Oy:n apteekkari, sydänkeskuksen toimialuejohtaja, ylihoitaja ja osastonhoitajat. Suostumukset tutkimukseen vastaanottivat osastojen sairaanhoitajat.

3.4 Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osan aineiston kohdeorganisaatio

Tutkimuksellisen osion tutkimusaineistona olivat TYKS sydänkeskuksen potilaat. Tutkimusaineisto kerättiin sydänkeskuksen vuodeosastoilta 1 ja 2, sydänvalvonnasta ja toimenpideosastolta. Sydänosasto 1 ja sydänosasto 2 toimivat yhdysosastona. Sydänosastolla 1 on 25 potilaspaikkaa ja sydänosastolla 2 on 14 potilaspaikkaa. Sydänvalvonnassa hoidetaan kardiologisia ja kirurgisia sydänpotilaita, jotka tarvitsevat jatkuvaa verenkierron ja hengityksen tarkkailua sekä muuta vaativaa hoitoa. Samoissa tiloissa toimii sydänosasto 3, jossa hoidetaan kardiologisten ja kirurgisten sydänpotilaiden lisäksi keuhkoleikkauspotilaita. Toimenpidepäivystys toimii ympärivuorokautisesti äkillisten sydänkohtauksien hoitamiseksi. Sydäntoimenpideosastolla on neljä toimenpidesalia sekä 5-paikkainen valvomo toimenpidepotilaita varten.

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO

4.1 Tutkimuksellisen osion tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksellisen osion tarkoituksena oli kartoittaa PCI-toimenpiteessä olleiden potilaiden lääkehoitomyöntyvyyttä. Tavoitteena oli selvittää, kuinka suuri osa PCI-toimenpiteessä olleista potilaista sitoutuu lääkehoitoon ja minkälaisia haasteita lääkehoitoon sitoutumisessa on tässä potilasryhmässä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Kuinka suuri osa PCI-toimenpiteessä olleista potilaista sitoutuu lääkehoitoon 3,5 kuukauden kuluttua hoidon aloittamisesta?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat lääkehoidon keskeytymiseen?

4.2 Tutkimuksellisen osion valintakriteerit

Tutkimukseen osallistuvien valintakriteereinä olivat:

1. Tutkittavalle on tehty PCI-toimenpide (sepelvaltimostentti tai sepelvaltimoiden pallolaajennus.)
2. Tutkittavalla on käytössä antitromboosi ja kolesterolilääkitys.
3. Tutkittava huolehtii lääkityksestään omatoimisesti.
4. Tutkittavalla on puhelinyhteys.
5. Tutkittava kommunikoi suomen kielellä.

Poissulkuun johti jonkin valintakriteerin täyttymättömäksi jääminen.

4.3 Osallistujat ja aineistonkeruu

Tutkimuksen otostavoite oli 100 (N=100) TYKS:n sydänkeskukseen kirjautunutta sepelvaltimotautipotilasta. Tutkimukseen onnistuttiin kuitenkin rekrytoimaan rekrytointiajan pidentämisestä huolimatta 58 potilasta. Vastausprosentti jäi siten 58 %:iin.

Tutkimukseen hyväksyttävillä potilaille annettiin sairaalasta kotiutumisen yhteydessä lomake (Liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksesta ja pyydettiin lupaan kotiutumisen jälkeiseen yhteydenottoon tai tekstiviestikyselyyn 3,5 kuukauden kuluttua kotiutumisesta. Tutkimukseen suostuvat potilaat allekirjoittivat erillisen suostumuslomakkeen (Liite 2). Suostumuslomake laadittiin Valkosen (2014) suostumuslomaketta mukaillen.

3,5 kuukauden kuluttua tutkija otti henkilökohtaisesti puhelimitse tai tekstiviestikyselyllä yhteyttä suostumuksen antaneisiin potilaisiin. Tutkimushenkilöt yksilöitiin tunnistetiedolla (numero, sukupuoli ja syntymävuosi) ja tutkimusmateriaalia käsiteltiin siten, että vain tutkija tiesi tutkimushenkilöiden henkilötiedot.

Tutkimukseen rekrytoitiin sydänkeskuksen potilaita edellä mainituin ennalta määritellyin kriteerein ja aineisto kerättiin joko soittamalla potilaille henkilökohtaisesti tai tekstiviestein. Yhteydenotolla pyrittiin selvittämään, ottaako potilas hänelle määrättyjä tiettyjä lääkkeitä kuten lääkäri on ne määrännyt otettavaksi. Mikäli potilas oli tehnyt lääkitykseensä omatoimisia muutoksia, haluttiin tietää, miksi hän oli ratkaisunsa tehnyt.

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kyselytutkimus, koska kyselyjen avulla voidaan kerätä sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tietoa. Puhelinhaastattelut soveltuivat parhaiten tähän otantaan perustuvaan tutkimuksen toteuttamiseen. Tutkimuksessa tarvittavaa tietoa kerättiin haastattelulla. Haastattelu on joustava tiedonkeruumenetelmä, minkä vuoksi se sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Tässä tutkimuksessa kyselyä pyrittiin täydentämään yhdellä haastattelukysymyksellä, johon vastaaja sai vastata omin sanoin.

Haastattelutilanteessa kysymykset aseteltiin siten, että ne olivat helposti ymmärrettäviä eivätkä johdatelleet vastaajaa. Puhelinkyselyyn valittiin vain kaksi kysymystä, koska ne olivat tutkimuksen kannalta oleellisia ja kysely haluttiin pitää tiiviinä ja mahdollisimman vähän kuormittavana. Puhelinkontakti suunniteltiin lähtökohtaisesti otettavaksi 100 tutkittavaan ja siksi oli tärkeää huomioida haastatteluun käytettävissä olevat resurssit. Kysely testattiin etukäteen, jotta voitiin vakuuttua siitä, että vastaaja ja kysymysten asettaja ymmärtävät kysymykset samalla tavoin. (Eskola ym. 2016.)

4.4 Aineisto ja aineiston analyysi

Tutkimukseen rekrytoitiin 58 potilasta. Näistä 24.1 % oli tehnyt lääkitykseensä omatoimisia muutoksia. Luku oli yhdenmukainen kansainvälisten tutkimusten kanssa. Tässä tutkimuksessa kysymyksen asettelu saattoi karsia tietyn tyyppisiä omatoimisia annostelun muutoksia pois otoksesta, sillä jokaiselle esitetty peruskysymys oli ”Käytättekö edelleen säännöllisesti lääkettä X?”. Puheliaammat vastaajat saattoivat tällöin kertoa omatoimisista annostelun muutoksistaan, mutta tämä ei kuitenkaan kysymyksen asettelun vuoksi ollut välttämätöntä.

Analyysin aineistona käytettiin 14 potilasta, jotka vastasivat kielteisesti kysymykseen ”käytätkö edelleen säännöllisesti lääkettä X?” ja analysoin heidän vastauksensa kysymykseen ”miksi et käytä enää säännöllisesti lääkettä x?”. Analyysin tavoitteena oli selvittää pääasiallinen syy potilaslähtöisille lääkityspoikkeamille ja sitä myöden hahmotella kehitysehdotuksia tilanteen parantamiseksi.

Aineistoista yhdeksän (9) oli miehiä ja viisi (5) naisia. Heidän keski-ikänsä oli tutkimusvaiheessa 70 vuotta (SD 13). Yhdeksään (9) vastaajaan otettiin yhteyttä puhelimitse ja viiteen (5) tekstiviestitse.

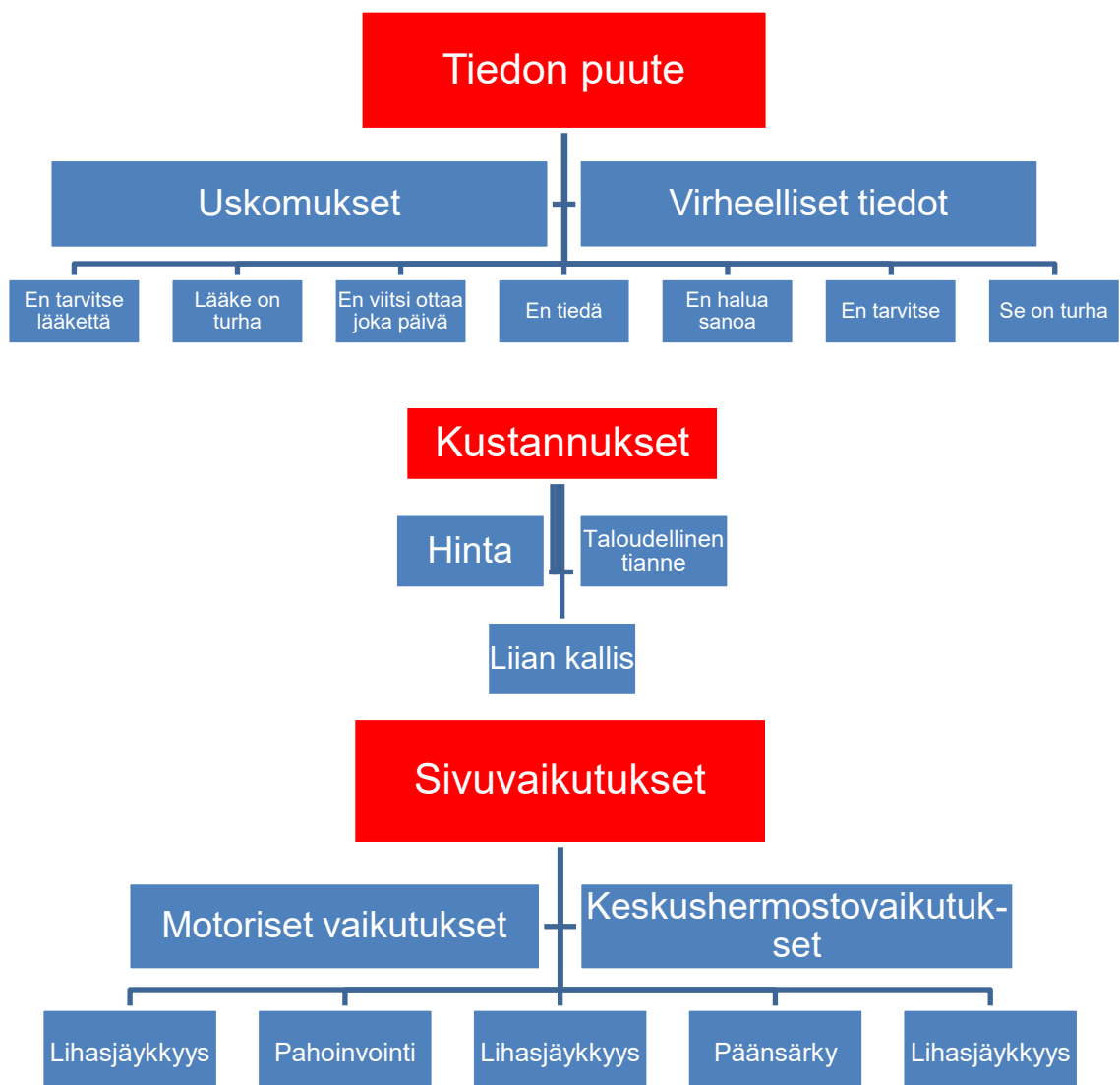
4.4.1 Tilastollinen analyysi

Potilasaineiston rakenne on esitetty keskiarvoina (+/- keskihajonta). Kategoristen muuttujien ja laskennallisten muuttujien kohdalla on käytetty esiintymismääriä ja prosenttiosuuksia. Eroja kahden kategorisen muuttujaryhmän välillä arvioitiin käyttämällä Student t-testiä, silloin kun testioletus toimi. Muussa tapauksessa käytettiin nonparametristä Mann-Whitney U-testiä. Jos vertailussa käytettiin useampaa kuin kahta muuttujaryhmää, käytettiin varianssianalyysiä (ANOVA) tai sen nonparametristä vastinetta, Kruskal-Wallis testiä. Kahden kategorisen muuttujan ristiintaulukointia on statistisesti arvioitu käyttämällä riippumattomuustestiä (Pearson’s Chi-squared test), mikäli testioletukset sallivat sen käytön. Muussa tapauksessa käytettiin Fisherin tarkkaa testiä. P-arvot alle 0.05 todettiin tilastollisesti merkitseviksi. Kaikki analyysit suoritettiin R versiolla 3.6.1 (R Core Team 2014).

4.4.2 Laadullinen analyysi

Laadullisen aineiston kategorisointi

Kategorioimalla voitiin muodostaa aineistosta vastauksia yhdistäviä tekijöitä. Luokittelurungon kohdan neljä muuttujakoodin ”syy” kolme vaihtoehtoa on saavutettu kategorisoidulla eri vastaukset, sillä vaihtoehto kaksi ”tiedon puute” ei ollut yksiselitteinen. Vastauksista johdettiin päätellen vastaukset omiin kategorioihinsa.



Kuvio 2. Avointen kysymysten vastausten kategorisointi (Palframan 2020).

Laadullisen aineiston luokittelu

Luokittelun avulla aineistosta muodostettiin jäsennyksiä ja ryhmittelyjä, jotka kuvaavat ja selvittävät kohdejoukon koostumusta tai olemusta. Luokittelussa kohdejoukko jaettiin luokkiin, joihin sijoitetut tapaukset tai kohteet jakavat jonkin saman ominaisuuden tai joiden ominaisuudet muistuttavat toisiaan.

Erillistä litterointia ei tarvittu, vaan aineisto muotoutui suoraan kirjoitettuun muotoon puhelinkeskustelun yhteydessä. Haastattelija kirjoitti ylös tutkittavan kommentit nauhoittamisen sijaan. Päästiin siten luomaan suoraan kyselyhaastattelusta luokittelurunko. Luokittelurungon muuttujakoodit valikoituivat helposti muuttujien vähyyden vuoksi. Tutkimuksen aineisto pyrittiin pitämään tiiviinä, jotta analysointi olisi mahdollisimman kevyttä, mutta kuitenkin siten, että tarpeelliset tiedot tulisivat kerättyä.

Ensimmäiseksi muuttujakoodiksi otettiin henkilön sukupuoli. Sukupuoli on tärkeä muuttuja, sillä sukupuolijakoa käyttäen on tehty useita behavioristisia tutkimuksia. Näiden tutkimusten avulla pystytään hakemaan tietoa ja tukea tutkimuksen kohteiden valinnoille sekä myös ei-toivotun käyttäytymisen ohjaamiseen toivotunlaiseksi. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Toiseksi muuttujakoodiksi tuli ikä. Iän merkitys tutkimustuloksia tulkittaessa ja kehitysehdotuksia mietittäessä on pitkälti samankaltainen, kun sukupuolella. Se auttaa hahmottamaan, onko tutkittava ilmiö yleisempi jossain tietyssä ikäryhmässä ja muita tutkimuksia hyödyntämällä pystytään taas rakentamaan optimaalisinta keinoa puuttua ilmiöön, mikäli tarpeellista. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Kolmas muuttujakoodi, lääke, pyrkii selvittämään, onko lääkkeen tyyppillä ollut merkitystä potilaan valintoihin ja neljäs, syy, kartoittamaan minkä vuoksi tutkittava ilmiö on tapahtunut. Näitä kaikkia muuttujia yhdistelmällä voidaan havaita mahdollisia yhteisiä tekijöitä eri ryhmien välillä (Hirsjärvi ym. 2009). Aineistosta rakennettiin luokittelurunko, joka on esitetty taulukkona.

Taulukko 2. Luokittelurunko (Palframan 2020).

muuttujakoodi	1	2	3
1. sukupuoli	nainen	mies	
2. ikä	40–60 vuotta	61–79 vuotta	80+ vuotta
3. lääke	kolesterolilääke	verenohennuslääke	
4. syy	sivuvaikutukset	tiedon puute	kustannukset

Taulukko 3. Luokittelun tulokset (Palframan 2020).

muuttujakoodi	1	2	3
1. sukupuoli	5	9	
2. ikä	2	11	1
3. lääke	7	7	
4. syy	5	8	1

Tämän perusteella voidaan todeta, että lääkitykseensä itsenäisiä muutoksia tehnyt henkilö oli tavallisimmin 61–79-vuotias mies. Lääkkeen tyyppillä ei ollut merkitystä ja syy lääkityksen lopettamiseen tai omatoimisiin muutoksiin oli tavallisimmin ”tiedon puute”.

Laadullisen aineiston vertailu

Vertailun taulukossa 3 eri muuttujakoodiryhmien ominaisuuksia ja yhdistäviä tekijöitä.

Taulukko 4. Vertailu (Palframan 2020).

syy	sukupuoli	ikä	lääkeaine
sivuvaikutukset	3 miestä	DA 67 vuotta	atorvastatiini 3/5
	2 naista	DA 64,5 vuotta	rosuvastatiini 1/5
			klopidogreeli 1/5
tiedon puute	5 miestä	DA 66,4	klopidogreeli 6/8
	3 naista	DA 75,7	simvastatiini 2/8
kustannukset	1 mies	65	tikagrelori 1/1

Koska tutkimuksen tavoitteena oli selvittää syitä, joiden takia lääkityksiin omatoimisesti puututaan, tehtiin vertailu lääkepoikkeamien syistä. Vertailun avulla voidaan havaita, että merkittävin tekijä oli tiedon puute. Tässä ryhmässä oli miehiä enemmän kuin naisia ja miesten keski-ikä oli matalampi kuin naisten. Tässä ryhmässä myös lääkeaineella oli merkitystä eli kuudessa tapauksessa kahdeksasta lääkeaineena oli verenohennuslääke klopidogreeli. Toiseksi yleisin syy, sivuvaikutukset, oli rakenteeltaan erilainen. Sukupuolella ei ollut niin selvää merkitystä ja keski-ikä oli molemmissa sukupuoliryhmissä lähempänä toisiaan. Tässä ryhmässä oli tavallisimmin kyseessä kolesterolilääke. Kustannukset olivat syynä ainoastaan yhdellä tutkittavista.

5 TULOKSET

Aineisto koostui 58 potilaasta. 37 miehestä ja 21 naisesta, iältään 66.3 ± 9.9 vuotta. Tarkastelun kohteena olevat lääkkeet olivat atorvastatiini, rosuvastatiini, simvastatiini, klopidogreeli ja tikagrelori. Koko populaation sitoutumattomuusprosentti oli 24.1 %. Merkittävää eroa sitoutuneisuudessa ei eri sukupuolten havaittu (25.7 % vs. 23.8 %, $p = 1.000$). Niin ikään lääkehoitoon sitoutuneiden (65.7 vuotta, SD 10.6) ja sitoutumattomien (68.2 vuotta, SD 7.3) välillä ei ollut merkittävää ikäeroa ($t = 0.99694$). (Taulukko 2)

Sitoutumattomuuden syyt ovat esitetty taulukossa 2. Syyt on jaettu kolmeen kategoriaan: 1) sivuvaikutukset (35.7 %). 2) tiedon puute (57.2 %) ja 3) kustannukset (7.1 %). Kategoria 2 sisälsi syyt "ei koe tarvitsevänsä lääkettä" (21.4 %), "ei osaa sanoa" (21.4 %) ja "ei halua kertoa" (14.3 %). Eri lääkeaineiden väliltä löytyi sitoutumattomuuden suhteen tilastillisesti merkityksellinen ero (Fisherin tarkka testi, $p = 0.0022$, Taulukko 2). Taulukko 2 osoittaa, että kaikkien, jotka lopettivat atorvastatiinin ja rosuvastatiinin käytön, syynä olivat sivuvaikutukset. Lisäksi kaikkien, jotka lopettivat klopidogreelin, rosuvastatiinin + klopidogreelin ja simvastatiinin, syynä oli tiedon puute. Ainoastaan yksi potilas lopetti tikagrelorin käytön lääkkeen kustannusten vuoksi. Iät eivät eri ryhmien välillä eronneet merkityksellisesti: 1) 66.0 ± 4.8 , 2) 74 ± 8.8 , 3) 65.0 (SD ei määritettävissä koska $n = 1$)

Taulukko 5. Potilasaineisto (Palframan 2020).

Sitoutuneiden ryhmä koostui potilaista, jotka ilmoittivat seuranneensa lääkehoitoaan täysin annettujen ohjeiden mukaan. Sitoutumattomien ryhmä ilmoitti muuttaneensa omatoimisesti annostusta tai olivat itsenäisesti lopettaneet lääkkeen käytön.

MÄÄRE	KAIKKI	SITOUTUNEET	SITOUTUMATTOMAT	P
n (%)	58 (100.0)	44 (75.9)	14 (24.1)	
ikä, vuosina (SD)	64 (24)	64 (24)	70 (13)	p=0.3261
naiset, n (%)	20 (38.0)	70,59%	29,41%	p=1.000
miehet, n (%)	38 (62.0)	27 (71.9)	11 (28.1)	p=1.000

Taulukko 6. Sitoutumattomuuden syyt suhteessa potilasaineistoon (Palframan 2020).

* Nolla potilasta. Tilastollisesti merkittävät tulokset ($p < 0.05$) on merkitty merkillä #.

LÄÄKEAINE	HINTA	SIVUVAIKUTUKSET	TIEDON PUUTE
atorvastatiini n (%)	*	3 (100 %) #	*
rosuvastatiini n (%)	*	1 (100 %) #	*
simvastatiini n (%)	*	*	2 (100 %) #
rosuvastatiini ja klopidogreeli n (%)	*	*	1 (100 %) #
klopidogreeli n (%)	*	*	5 (100 %) #
tikagrelori n (%)	1 (50 %)	1 (50 %)	*

6 TULOSTEN JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä kehittämisprojektin osana tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että 24.1 % potilaista sitoutuivat huonosti lääkehoitoonsa. Yli puolessa tapauksista syy sitoutumattomuuteen oli ”tiedon puute”. On huomionarvoista, että neljännes tutkimukseen osallistuneista potilaista lopettivat lääkityksensä tai muuttivat annostusta omatoimisesti ilman, että olisivat keskustelleet asiasta lääkärinsä kanssa. Tässä tutkimuksessa ei havaittu merkityksellisiä eroja sitoutuneiden tai sitoutumattomien ryhmissä. Lääkeaineella ei myöskään havaittu olevan merkitystä. Yhdistävä tekijä osoittautui olevan se, että sitoutumattomilla potilailla oli riittämätön ymmärrys oman lääkehoitonsa tärkeydestä.

Kaiken kaikkiaan tämän tutkimuksen löydökset vahvistivat aikaisempia tutkimuksia, jotka ovat osoittaneet, että syyt lääkehoitoon sitoutumattomuuden takana ovat yksilöllisiä. Lääkehoitoon sitoutuneisuus on myös riippumaton käytetystä lääkkeestä. (Nadari ym. 2019.) Huono sitoutuneisuus liitetään usein myös negatiivisiin käsityksiin kuten epäilyksiin lääkkeen tärkeydestä tai huolista lääkkeiden käytöstä yleisesti (LaPointe 2011). Nämä tekijät yhdistetään huonoon lääkehoitoon sitoutuneisuuteen useammin kuin esimerkiksi sivuvaikutukset (LaPointe 2011; Kronish 2013). Bitton (2013) ehdottaa parantamaan potilaan asennetta terveyteensä kokonaisuuteen sen sijaan, että keskityttäisiin yksinomaan parantamaan potilaan lääkehoitoon sitoutuneisuutta. Heidän tutkimuksensa osoittaa, että lääkehoitoon sitoutuneisuus on kiinteässä yhteydessä terveysteen sitoutuneisuuteen. Tätä ilmiötä kutsutaan termillä ”healthy adherer” (suom. ”terveyteen sitoutuja”). (Chowdhury 2013.)

Aiemmat löydökset, sekä myös tämä tutkimus ehdottavat, että mikäli potilailla on tiivis lääkärin seuranta, he sitoutuvat hyvin lääkehoitoonsa. Siksi potilaan huonoa sitoutumista ei voida parantaa ilman riittävää seurantaa. Tämän vuoksi olisi suotavaa, että terveydenhuollon ammattilaiset tarkistaisivat sitoutuneisuuden vähintään kerran tai kahdesti vuodessa ja tarjoamaan tietoa potilaan asenteen parantaakseen potilaiden asennetta terveyttään kohtaan. On myös osoitettu, että hoitajavetoisilla perusterveydenhuollon vastaanotoilla pystytään tarjoamaan kokonaisvaltaista, näyttöön perustuvaa hoitoa ja seurantaa. Tässä potilasseurantamallissa on havaittu vähentyneet sairaalakäynnit, parantunut lääkehoitoon sitoutuneisuus ja näyttöön perustuva hoito sekä hyvä potilastyytyväisyys. (Liljeroos & Stromberg 2019.)

Tämän kehittämissuunnitelmaan liittyvän tutkimuksen mukaan merkittävä määrä sydänpotilaista sitoutuu huonosti lääkehoitoonsa. Huono sitoutuneisuus taas liittyy useimmiten huonoon ymmärrykseen lääkehoidon tärkeydestä sepelvaltimotaudin hoidossa. Terveystieteiden toimijoiden tulisi toistuvasti tarkistaa potilaan lääkehoitoon sitoutuneisuutta, sillä tämänhetkisinä rutiineilla kohennusta ei tapahtune.

Läkehoidon kokonaisuutta olisi mahdollista hallita hyödyntämällä Kanta-arkistoa. Kanta-arkistoa pystyttäisiin hyödyntämään lääkemääräyksissä, lääkitys ongelmien havaitsemisessa ja läkehoidon kokonaisuuden arvioinnissa. Tavoitteena olisi läkehoidon jatkuva optimointi, jonka avulla voitaisiin ennaltaehkäistä läkehoidon ongelmia. (KELA 2020.)

Kehitteillä on asiakkaan digitaalisten terveystietojen osaksi Oma lääkitykseni -sovellus. Sovelluksen avulla voitaisiin ylläpitää lääkityslistaa, tukea omahoitoa ja monitoroida läkehoidon vaikutusta ja turvallisuutta. Sovellus mahdollistaisi myös viestinnän hoidosta vastaavan tahon ja apteekin välillä. Apteekin lääkeneuvonta olisi myös saatavilla sekä asiakkaille, että terveydenhuollon ammattilaisille. Sovelluksen avulla farmasian ammattilaisten tietotaitoa voisi hyödyntää aiempaa enemmän läkehoidon prosessien ja -ketjujen kehittämisessä. (Kortejärvi ym. 2019.)

Omaolo-palvelussa olisi Oma lääkitykseni sovellus. Sovellus sisältäisi lääkityslistan ja läkehoidosuunnitelman. Sovelluksen avulla olisi helppo ilmoittaa ammattilaiselle lääkityksen muutoksista. Sovelluksesta löytyisi läkehoidon liittyviä ohjeita ja tietoa. Sovellus voisi myös tiedustella lääkityksen tehosta ja mahdollisista ja voisi muistuttaa laboratorio-koeteista. Sovellus voisi toimia viestinnän välineenä asiakkaan, lääkärin, hoitajan¹ ja farmasistin² välillä. Sovelluksen taustalla toimisivat ammattilaisten käytössä olevat lääketietokannat ja päätöksentekisäännöt. Monilääkityspotilaan hoitoa koordinoisi yleislääketieteen erikoislääkäri tai kokenut yleislääkäri. Lääkärin työparina toimisi hoitovastaava (care manager), joka voisi olla esimerkiksi sairaanhoitaja. He käyttäisivät Oma lääkitykseni-sovellusta viestiessään asiakkaan kanssa ja huolehtisivat siitä, että lääkityslista pysyy ajantasaisena. (Kortejärvi ym. 2019.)

Apuna läkehoidon suunnittelussa olisi lääkityksen kokonaisarviosovellus. Sovellus kehittäisi ehdotuksia läkehoidon optimoimiseksi. Tarkistuksesta tulee aikaekonomista, kun ongelmia voidaan tarkastella automaattisesti, tarkistetaan lääkitystä tiheästi ja ongelmakohtiin puututaan välittömästi. Erikoisalojen lääkärit olisivat vastuussa lääkityksen aloituksesta ja seurannan suunnittelusta. Kokonaislääkityksestä vastaavaa lääkäriä

konsultoitaisiin siinä tapauksessa, että kyseeseen tarve puuttua potilaan muuhun lääkeytykseen tai hoitoon. Terveystyösovellus mahdollistaisi myös erikoislääkäreille oman erikoisalansa potilaiden väestötasoisien lääkehoidon seurannan. (Inkinen ym. 2016.)

Hypoteettisessa asetelmassa avoapteekin farmasisti² voisi tukea asiakasta lääkehoidon toteuttamisessa. Hän voisi myös hyödyntää lääkityslistaa, lääkehoitosuunnitelmaa ja lääkityksen kokonaisarviotyökalua ja kirjaisi havaintonsa Oma lääkitykseni -sovelluksen ammattilaisnäkömään. (Inkinen ym. 2016.)

Jokainen asiakasta hoitava muu terveydenhuollon tai sosiaalihuollon ammattihenkilö osallistuisi lääkehoidon toteutuksen ja vaikutusten seurantaan hoitosuunnitelmaan kirjatulla tavalla, päivittäisi lääkityslistan (sairaanhoitajilla tulisi olla lääkityslistan päivitysoikeus lääkärin konsultaation perusteella tai suunnitelmaan kirjatulla tavalla) tai ilmoittaisi lääkehoitosuunnitelmasta vastaavalle ammattihenkilölle lääkehoitoon liittyvistä ongelmista tai lääkityslistan päivitystarpeesta. Lääkehoidon arvioinnin koulutuksen saanut farmasisti organisoisi moniammatillisen kokonaislääkityksen arvioinnin niille asiakkaille, joille hoitosuunnitelmasta vastaava ammattihenkilö sitä pyytää tai jotka kuuluvat asiakasryhmään, joiden moniammatillisesta arvioinnista on alueellisessa työryhmässä sovittu. (Fimea 2016.)

Terveystyösovelluksen voitaisiin löytää asiakkaat, joille moniammatillinen kokonaislääkityksen arviointi olisi hyödyllisin. Kliinisen farmakologian erikoislääkärit muodostaisivat yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa rationaalisen lääkehoidon ja lääkitysturvallisuuden työryhmiä, ja heitä voitaisiin hyödyntää paremmin vaativissa lääkehoidon pulmatilanteissa. Rationaaliseen lääkehoitoon ja lääkitysturvallisuuteen erikoistuneet farmasistit olisivat tulevaisuudessa kiinteä osa ammattihenkilöiden koulutuksessa ja työryhmissä. (Inkinen ym. 2016.)

¹Tässä raportissa hoitajalla tarkoitetaan sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, kättilöitä ja lähihoitajia, joiden tehtäväalueet lääkehoidon toteuttamisessa määritellään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) oppaassa turvallisesta lääkehoidosta. ²Tässä raportissa farmasistilla tarkoitetaan farmaseuttia ja proviisorina.

8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa eettiset näkökulmat on huomioitava erityisen tarkasti tutkimuksen eri vaiheissa, vaikka tutkimusaiheena lääkehoitomyönteisyys ei ole erityisen sensitiivinen (Aho ym. 2012). Tutkimuksessa noudatettiin tieteellistä tutkimusta ohjaavaan lainsäädäntöä (Finlex 1999) ja tutkimuseettisen toimikunnan asettamia hyvän tieteellisen käytännön ohjeita (TENK 2012). Ennen tutkimuksen aloittamista sovittiin kaikkien prosesseihin osallistuvien henkilöiden – tutkimuksen tekijän, ohjaajien ja aineistonkeruussa auttavan yksikön – oikeudet, vastuut ja velvollisuudet. Olen toiminut rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti tutkimusta suunnitellessani, toteuttaessani sekä siitä raportoidessani.

Kaikille tutkimukseen rekrytoitaville henkilöille toimitettiin mahdollisimman tarkat tiedot tutkimuksesta, jotta tietoon perustuvan suostumuksen antaminen toteutui (Burns 2015). Tutkimustiedotteessa kerrottiin, miksi rekrytoitava oli valittu tutkimukseen, mitä heiltä tutkimukseen osallistuessaan edellytettiin, tutkimuksen tarkoitus ja miten tutkimus eteni. Osallistujat saivat yhteystietoni, mikä mahdollisti sen, että he olisivat halutessaan pystyneet esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä. Aineistoa käsiteltiin anonyymisti ja luottamuksellisesti. Osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja tutkimuksesta oli mahdollisuus vetäytyä pois koska tahansa. Mikäli tutkittava olisi halunnut vetäytyä tutkimuksesta, kaikki hänen tietonsa olisi poistettu tutkimusrekisteristä.

Osallistujat eivät saaneet henkilökohtaista hyötyä tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimus ei ollut ihmisiin kajoava, eikä vahingoittanut millään tavalla tutkittavia. Tietoa kerättiin ainoastaan puhelin/tekstiviestihaastattelulla. Kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsiteltiin luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla.

Tutkimustuloksia käsiteltiin siten, että tutkimukseen osallistunutta henkilöä ei voinut niistä tunnistaa. Tutkimustulokset on raportoitu siten, että tutkimukseen osallistuneen henkilön tunnistaminen lopullisesta raportista ei ole mahdollista. Tutkimuksen yhteydessä kerätyt tiedot on hävitetty tutkimusraportin kirjoittamisen jälkeen. Tutkimusaineistoa on koko tutkimuksen ajan säilytetty siten, ettei ulkopuoliset ole päässeet siihen käsiin. Aineistoa on säilytetty Turun ammattikorkeakoulun arkistonmuodostussuunnitelman mukaan.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Aineistonkeruu toteutettiin yhdessä sairaalassa. Osallistujat määräytyivät sattumanvaraisesti sen potilasaineiston pohjalta, joka sydänkeskuksessa oli hoidettavana rekryointivaiheen aikana. Tavoitteena oli rekrytoida tutkimukseen 100 potilasta tai 3,5kk:n ajan, mutta rekrytoitujen vähäisyyden vuoksi rekryointiaikaa pidennettiin 4 kuukautta, jonka jälkeenkin oli saatu rekrytoitua vain 58 kriteerit täyttävää potilasta. Osallistujia ei valikoitu tutkimukseen manuaalisesti, mikä parantaa otoksen edustavuutta ja siten tulokset ovat paremmin yleistettävissä sepelvaltimotautipotilaiden ryhmässä (Burns 2015). Otin yhteyttä henkilökohtaisesti jokaiseen tutkimukseen rekrytoituun henkilöön. Yhteydenotto tapahtui 3,5kk kotiutumisen jälkeen.

Tutkimuksen aikana paljastui, että rekrytoitavat olivat selvillä tutkimuksen luonteesta. Tutkimustiedotteen voidaan siten todeta olleen riittävän informoiva. Tämän oli selkeä vahvuus tutkimuksen vahvuudessa ja jonka ansiosta rekrytoituja ei tarvinnut hylätä kuin kaksi. Suostumuslomake täytettiin myös yhdessä sydänkeskuksen hoitajan kanssa, joten suurimmasta osasta lomakkeita löytyi kaikki tarvittavat tiedot. Sydänosaston hoitajien avustuksella tiedot saatiin täydennettyä lomakkeiden keruun yhteydessä.

Tutkimukseen rekrytoiduista tavoitettiin 94,8 %. Korkea tavoitusprosentti ei ole yhteneväinen ikäihmisiin kohdistuvien tutkimusten kanssa (Moore & Notz 2014). Tutkimusmenetelmä valikoituikin juuri tätä ajatellen ja muokattiin mahdollisimman vähän kuormittavaksi. Tämä lisää myös tutkimuksen luotettavuutta. Lisäksi tutustuin etukäteen analyysimenetelmiin, joten hallitsin ne aineistoa analysoidessani ja sain tarvittavissa kohdissa apua tilastotieteilijältä.

Tutkimuksen uskottavuutta heikentää se, että aineisto kerättiin vain yhdestä sairaalasta. Sen tuottama tieto rajoittuu yhden toimintaympäristön kontekstiin ja kaventaa kehitysmallin sovellettavuutta. Tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että aineisto kerättiin suhteellisen lyhyen ajanjakson aikana eikä toimintaan tapahtunut aineiston keruun aikana muutoksia. Tutkimuksen uskottavuutta lisää myös se, että jokaiseen tutkittavaan otettiin henkilökohtaisesti yhteyttä.

Valitsin aineistonkeruumenetelmäksi strukturoidun haastattelun, sillä se soveltui hyvin tutkittaessa ilmiötä, joista oli saatavilla aiempaa tietoa. Haastattelurunko muodostettiin tutkimuskysymysten perusteella.

Aineiston analyysi edellytti palaamista yhä uudelleen kerättyyn aineistoon. Analyysimenetelmäksi valikoitui tarpeesta aineiston kategorisointi. Tämän avulla oli mahdollista räätälöidä paremmin kehitysmenetelmiä.

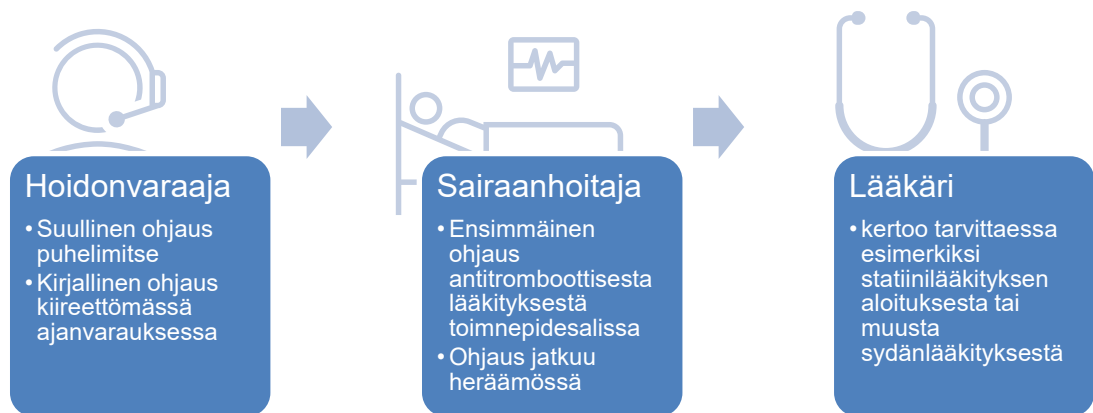
Reflektiivisyys on edellyttänyt tietoisuutta omista lähtökohdistani tutkimuksen tekijänä. Kehitysehdotusta muodostaessani olen ottanut huomioon oman subjektiivisuuteni sekä oman työhistoriani ja aiemman kirjallisuuden tuoman esiymmärryksen aiheesta. olen pyrkinyt ymmärtämään ilmiötä, mikä tarkoittaa aiheelle antautumista ja siihen sitoutumista. Täydellinen objektiivisyys ei ole mahdollista laadullisessa tutkimuksessa, sillä monet asenteet, ennakkoluulot ja jopa tapa ajatella ovat tiedostamattomia.

9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS

Kehittämisprojektiin liittyvän tutkimuksen avulla pystyttiin identifioimaan tekijöitä, joiden avulla voitaisiin parantaa sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoitoon sitoutumista. Kuten muihinkin ennaltaehkäiseviin pitkäaikaishoitoihin, myös lääkehoitoihin sitoudutaan huonosti. Tämä kehittämisprojekti tarjoaa tietoa Turun yliopistollisen keskussairaalan sydänkeskuksen sepelvaltimotautipotilaista. Kehittämisprojektiin liittyvän tutkimuksellisen osan avulla todettiin, että lääkehoitoon sitoutumattomuuden kannalta riskissä oleva potilas 1) on iältään 74 ± 9 ja 2) ei omaa riittävää tietoa tai ymmärrystä oman lääkehoidonsa tarpeellisuudesta. Tässä kehittämisprojektiin liittyvässä tutkimuksessa lääkehoitoon sitoutuneiden keski-ikä oli matalampi kuin sitoutumattomien, mikä eroaa merkittävästi toisista vastaavanlaisista tutkimuksista, joissa sitoutumattomuus yhdistettiin useimmin nuoriin tutkittaviin.

Kehittämisprojekti tukee TYKS sydänkeskuksen käynnissä olevaa kehittämistoimintaa, jonka tavoitteena on sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoitoon sitoutuminen. Kehittämisprojektiin liittyvän tutkimuksellisen osion tutkimuslöydösten avulla voidaan ehdottaa sepelvaltimotautipotilaille seurantaa kerran tai kahdesti vuodessa. Tämän avulla potilasta voitaisiin sitouttaa paremmin sairautensa itsehoitoon ja samalla myös lääkehoitoon.

TYKS sydänkeskuksella ei ole olemassa olevaa lääkehoidon ohjauksen prosessikuvausta. Lääkehoidon ohjaukseen liittyvät potilaskontaktit ovat elektiivisen potilaan kohdalla hoidonvaraajan puhelinsoitto, jos aika annetaan kiirellisenä. Soiton yhteydessä annettu ohjaus sisältää silloin toimenpiteeseen liittyvää ohjeistusta lääkityksen osalta. Kiirettömämmissä ajanvarauksissa kutsukirjeen liitteenä toimitetaan tiedot lääkkeiden ottamisesta ennen toimenpidettä. Päiväkirurginen sairaanhoitaja tai vuodeosaston sairaanhoitaja tarkistaa potilaan kotilääkityksen potilaan tullessa sairaalaan. Toimenpidesalissa sairaanhoitaja antaa ensimmäisen kerran ohjeistusta antitromboottisesta lääkityksestä ja päiväkirurginen tai vuodeosaston sairaanhoitaja jatkaa lääkitysohjausta toimenpiteen jälkeen. Toimenpidelääkäri voi myös kertoa potilaalle esimerkiksi statiinilääkityksen aloituksesta tai muusta sydänlääkityksestä.



Kuvio 3 TYKS sydänkeskuksen lääkehoidon ohjauksen prosessin hahmotelma (Palframan 2020).

Lääkehoidon ohjauksen toteutuksesta TYKS sydänkeskuksesta jää vaikutelma, että lääkehoidon ohjaus on pyritty varmistamaan toistolla, mutta sen sisältöä ei ole varta vasten suunniteltu potilaan lääkehoitoon sitoutumista silmällä pitäen. Lääkehoitoon sitoutuminen edellyttäisi kuitenkin, kuten Bitton (2013) tutkimuksensa perusteella ehdottaa, potilaan sitoutumista omaan terveyteensä. Osa potilaista ovat ehkä jo etukäteen terveyteensä sitoutuneita. Osa vakavan sairauden toteaminen ja mahdollisen ”läheltä piti” tilanteen kokeminen saattaa motivoida terveyteen sitoutumiseen.

Lääkehoidon ohjauksen ymmärrys tulisi olla systemaattisesti varmistettua. Mikäli yksikössä on käytössä tarkistuslista, kannattaisi varmistaa, että jokaisessa olemassa olevassa tarkistuslistassa olisi kohta lääkehoidon ohjaukselle. Lisäksi olisi tärkeää valmistaa ohjauksen sisältö sekä ohjauksen laatu. Sisällön voisi määritellä ja kirjata, jotta sen voi tarvittaessa tarkistaa sekä päivittää. Lääkehoidon ohjauksen voisi ottaa myös osaksi osaston perehdytysuunnitelmaa. Lääkehoidon ohjaus saattaa edellyttää myös lisäkoulutusta, sillä se ei automaattisesti kuulu sairaanhoitajan toimenkuvaan. (Valvira 2020.)

On totta, että Sairaanhoitajat saavat ammatillisessa koulutuksessaan laajan lääkehoidon koulutuksen. He voivat koulutuksensa perusteella toteuttaa lääkehoitoa monipuolisesti

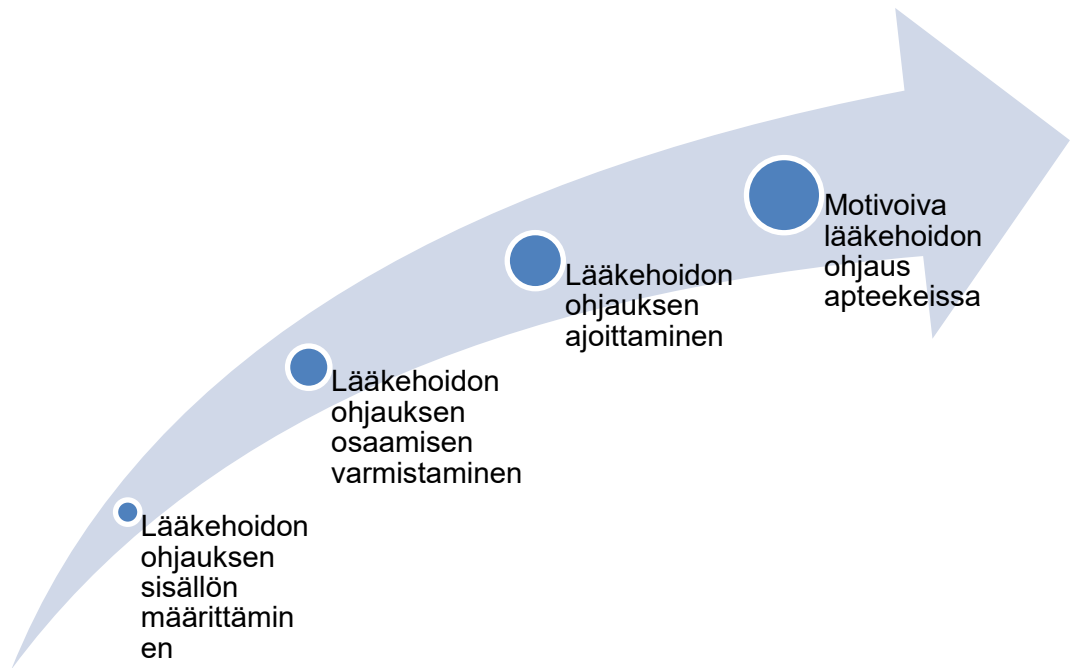
(kuten lääkkeiden tilaaminen, jakaminen ja antaminen luonnollista tietä ja injektioina) ilman erillisiä lupia. (Valvira 2020.) Lääkehoidon ohjaus on kuitenkin eri asia. Lääkehoidon ohjaus sisältää potilaan motivointia lääkehoitoon ja siihen ei riitä nuo edellä kuvatut asiat vaan edellyttää taitoa välittää lääkityksen säännöllisen käytön todellinen merkitys potilaalle ja sen käyttämättä jättämisen vaaroista informoiminen. Lääkehoidon ohjauksessa tulisi korostaa lääkehoidon jatkuvuuden ja säännöllisyyden merkitystä.

Sairaalasta kotiutumisen jälkeen lääkehoidon jatkuvuuden seurannan tulisi Käypä hoito suosituksen mukaan siirtyä julkiselle terveydenhuollolle, mutta käytännössä se edellyttää potilaan omatoimista kontaktia. Sairaalasta kotiuduttuaan potilaalla ei ole suunniteltua jälkikontrollia. Potilaat jäävät lääkehoitonsa suhteen tässä kriittisessä vaiheessa ikään kuin tyhjän päälle. Tämä hämmensi myös useaa tutkimusvaiheessa haastateltua potilasta.

Lääkehoitoon sitoutuneisuutta voidaan kuitenkin parantaa ainoastaan säännöllisillä terveydenhuollon kontakteilla, kuten Liljeroos ja Strömberg (2019) ruotsalaistutkimuksessaan toteavat. Heidän tutkimuksessaan ehdotettiin hoitajavetoista vastaanottoa, mutta itse näkisin suomalaisessa järjestelmässä toisenlaisen vaihtoehdon. Lääkehoidon sitoutumisen varmistamisessa voitaisiin hyödyntää farmaseuttista osaamista. Kontakti, joka lääkehoidossa olevalla potilaalla terveydenhuoltoon säännöllisesti ja automaattisesti on, on apteekki.

Apteekkihenkilökunta toimii ammatillisen osaamisen ja kokemuksen tuoman asiantunteumuksen avulla asiakkaan parhaaksi. Toiminnan perusteena on hoidon tarve, terveyttä edistävät tavoitteet ja asiakkaan hyvinvointi. Asiakkaan kanssa keskustellaan turvallisen lääkehoidon onnistumisen edellytyksistä ja neuvotaan lääkevalmisteiden hinnoista sekä Kela-korvauksista edullisimpien vaihtoehtojen löytämiseksi. (Apteekkariliitto 2016.)

Apteekkikohtaamisessa voitaisiin hyödyntää farmaseuttisen henkilöstön olemassa olevaa erinomaista tietämystä lääkehoidosta ja panostaa lääkkeiden luovutuksen yhteydessä annettuun ohjaukseen tekemällä ohjauksesta lääkehoitoon sitoutumiseen motivoivaa. Tämä edellyttäisi farmaseuttiselta henkilöstöltä uudenlaista lähestymistapaa lääkkeiden luovutuksen yhteydessä tapahtuvaan ohjaukseen, mutta sitouttaisi samalla apteekin kiinteämmin terveydenhuollon toimintaan, joka on apteekkariliiton tavoite. (Apteekkariliitto 2016.)



Kuvio 4. Lääkehoidon ohjauksen hypoteettinen malli (Palframan 2020).

LÄHDELUETTELO

Aho, A. L. & Kylmä, J. 2012. Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä: Näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede*. 24(4). 271-280.

Apteekkariliitto. 2016. Salkku. Suomen apteekkariliitto. Viitattu: 3. kesäkuu 2020. <https://salkku.apteekkariliitto.fi/erityisosaaminen-ja-sote-yhteistyö>.

Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Heart Failure in Australia. 2018. National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand. Heart Failure Guidelines Working Group. *Heart, Lung and Circulation*. 27(10). 1123-1208.

Bergkvist, A.; Midlöv, P.; Höglund, P. ym. 2009. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors - L IMM: Landskrona Integrated Medicines Management. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 65(10). 1037-1046.

Bergkvist, A.; Christensen, A.; Midlöv, P. ym. 2011. The process of identifying, solving, and preventing drug related problems in the L IMM-study. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 33(6). 1010-1018.

Bitton, A.; Choudry, NK.; Matlin, OS. ym. 2013. The impact of medication adherence on coronary artery disease costs and outcomes: a systematic review. *The American Journal of Medicine*. 126(4). 357.e7-357.e27.

Boden, WE.; O'Rourke, RA.; Teo, KK. ym. 2007. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *The New England Journal of Medicine*. 356(15) 1503-1516.

Bondesson, A.; Eriksson, T.; Kragh, A. ym. 2012. In-hospital medication reviews reduce unidentified drug-related problems. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2013(69). 647-655.

Bosworth, HB.; Granger, BB.; Mendys, P. ym. 2011. Medication adherence: a call for action. *American Heart Journal*. 163(3). 112-124.

Burns, N.; Gray, JR. & Grove, SK. 2015. *Undersanding nursing research. Building an evidence-based practice*. Maryland Heights, MO, USA : Elsevier Saunders, 2015.

Chowdhury, R.; Khan, H.; Heydon, E. ym. 2013. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *European Heart Journal* 34(38). 2940-2948.

Cutrona, SL.; Choudry, NK.; Fischer, MA. ym. 2010. Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence. *The American Journal of Managed Care*. 16(12). 929-942.

Dempsey, J.; Gillis, C.; Sibicky, S. ym. 2018. Evaluation of a transitional care pharmacist intervention in a high-risk cardiovascular patient population. *American Journal of Health -System Pharmacy*. 75(17). 63-71.

Du, L.; Cheng, Z.; Xhang, Y. ym. 2017. The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: A meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*. 24(9) 962-970.

Eskola, Marjut; ym. 2016. Oppariapu. Wordpress. Viitattu: 13. toukokuu 2020. <https://oppiapu.wordpress.com/info/>.

European Society of cardiology (ESC). 2019. Guidelines. Viitattu: 18. toukokuu 2020. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Chronic-Coronary-Syndromes>.

Fimea. 2016. Suomen lääketilasto 2015. Helsinki: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos, 2016.

Finlex. 1992. Finlex. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu: 19. toukokuu 2020. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19920785>.

Finlex. 1999. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. Viitattu: 19. toukokuu 2020. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>.

Finlex. 1999. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu: 19. toukokuu 2020. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Finne-Soveri, H. 2016. Löytyykö monisairaalle vanhukselle kuntouttava hoitopolku sairaalasta kotiin? *Lääkärilehti*. 71(24). 1739-1740.

Haynes, R.; McDonald, H.; Garg, A. & Montague, P. 2004. Interventions to help patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews. 19(4).

Haynes, RB.; Ackloo, E.; Sahota, N.; ym. 2008. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews. 16 (2).

Haynes, RB.; McDonald, HP.; Garg, AX. 2002. Helping patients to follow prescribed treatment - Clinical application. The Journal of American Medical Association. 288(22). 2880-2883.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Inkinen, R.; Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2016. Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: THL.

Joner, M.; Finn, AV.; Farb, A. ym. 2006. Pathology of drug eluting stents in humans: delayed healing and late thrombotic risk. Journal of the American College of cardiology. 4(48). 193-202.

Jyväskylän yliopisto. 2015. Menetelmäpolkuja humanisteille. Viitattu 17.8.2020. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja>

Kalista, T.; Lemay, V.; Cohen, L. 2015. Postdischarge community pharmacist–provided home services for patients after hospitalization for heart failure. Journal of the American Pharmacists Association. 55 (4). 438-442.

KELA. 2020. Kansallinen lääkityslista. Viitattu: 10. kesäkuu 2020. <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/kansallinen-laakityslista>.

Kronish, IM.; Ye, S. 2013. Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. Progress in cardiovascular Diseases. 55(6). 590-600.

Kyngäs, H.; Lahdenperä, T. 1999. Compliance of patients with hypertension and associated factors. Journal of Advanced Nursing. 29(4). 832-839.

Stabiili sepelvaltimotauti. Käypä hoito-suositus 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu: 18. toukokuu 2020.
<https://www.kaypahoito.fi>

Laba, TL.; Bleasel, J. & Brien, JA. 2013. Strategies to improve adherence to medications for cardiovascular diseases in socioeconomically disadvantaged populations: a systematic review. *International Journal of Cardiology*. 167(6). 2430-2440.

LaPointe, NM.; Ou, FS.; Calvert, SB. ym. 2011. Association between patient beliefs and medication adherence following hospitalization for acute coronary syndrome. *American Heart Journal*. 161(5). 855-863.

Liljeroos, M. ja Stromberg, A. 2019. Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. 21(1). 103-109.

Linden-Lahti, C.; Roine, R.; Aaltonen, L-M. ym. 2018. Tieto lääkityksestä on turvallisen hoidon perusta. *Lääkärilehti*. 73(33). 1757–1758.

Lumme-Sandt, K. 2002. Ikäihmiset ja lääkkeidenkäytön moninaiset maailmat. Tampere: Tampere University Press.

Lüscher, TF.; Steffel, J.; Eberli, FR. ym. 2007. Drug eluting stent and coronary thrombosis: biological mechanisms and clinical implications. *Circulation*. 115(8). 1051-1058.

Michaels, AD.; Spinler, SA.; Leeper, B. ym. 2010. Medication errors in acute cardiovascular and stroke patients: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 121(14). 1664-1682.

Moore, DS. & Notz, WI. 2014. *Statistics. Concepts and controversies*. New York, USA : W.H. Freeman and Company, 2014.

Mustonen, P.; Halinen, M.; Melin, J. ym. 2009. Sydänpotilaan antitromboottinen lääkitys leikkausten ja pientoimenpiteiden yhteydessä. *Duodecim*. 125(1). 47-58.

Mäkinieniemi, E.; Koljonen, M. & Laitinen, K. 2017. Lääkeneuvonta ja lääkityslistan ajantasaisuuden varmistaminen sairaalasta kotiutettaessa. *Suomen farmasialiitto Ry*. 36(4). 262-276.

Nadari, N.; Naeini, SD.; Razavi, NS. et. al. 2019. Perceived Social Support and Adherence to Treatment in Patients with Heart Failure. *Multidisciplinary Cardiovascular Annals*. Annal 2020. 11(1).

Palonen, Mira. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja läheisten ohjaus : hypoteettisen mallin kehittäminen. Tampere : Tampere University Press.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2016. MOTV. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu: 11. toukokuu 2020.

https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html.

Rassaf, T.; Steiner, S. & Kelm, M. 2012. Postoperative care and follow up after coronary stenting. *Deutches Ärzteblatt International*. 110(5). 72-82.

Sackett, DL.; Haynes, RB. & Guyatt, GH. 1999. Helping patients to follow treatments you prescribe. Boston: Little, Brown and Company.

Sahlström, M.; Liukka, M. & Roine, R. 2018. Hyvä suunnittelu ehkäisee riskisiirtoja. *Lääkärilehti*. 73(1-2). 62-63

Seitanmaa-Hakkarainen, P. 2020. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Sisällön analyysin keskeisiä piirteitä. Viitattu: 6. Toukokuu 2020. <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>.

Stephenson, B.J.; Rowe, BH. & Haynes, RB. 1993. The rational examination. is this patient taking medication as prescribed?. *JAMA*. 269(21). 2779-2781.

Hoitoon sitoutuminen ja statiinihoito. Käypä hoito-suositus 2017. Strandberg, Timo. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Viitattu: 18. toukokuu 2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix02529>.

Sumanen, M.; Koskenvuo, M. & Rautava, P. 2004. Työikäisten sepelvatimotautipotilaiden terveystalveluiden käyttö. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*.2004(41). 108-117.

Tutkimuseettinen toimikunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen toimikunnan ohje. Viitattu: 19. toukokuu 2020. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Thompson, DR.; Chair, SY.: Chan, SW. ym. 2011. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*. 20(9-10). 1236-1244.

Tuomisto, E. 2020. Mediuutiset. Viitattu: 26. toukokuu 2020. <https://www.mediuutiset.fi/uutiset/tays-laittaa-sydanpotilaat-digipolulle/ceb97dee-5473-4fef-ac4e-6a7fa98e3f01>.

Valkonen, V. 2014. Kotona käytettyjen lääkkeiden selvittäminen ja lääkityksen turvatarkastukset – Sepelvaltimotautipotilaat KYSin sydänosastolla. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Valvira. 2020. Lääkehoidon toteuttaminen. Viitattu: 7. heinäkuu 2020. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen.

Vento, Seija. 2018. Tarkistuslista käyttöön myös potilasta kotiutettaessa. *Lääkärilehti*. 73(44). 2583.

Verne liikenteen tutkimuskeskus. 2020. Kysely- ja haastattelumenetelmät. Viitattu: 13. toukokuu 2020. <https://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/kysely-ja-haastattelumenetelmat/>.

WHO. 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen - näyttöä toiminnan tueksi. Helsinki: Lääketietokeskus Oy.

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Tutkimus: SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAIDEN LÄÄKEHOITOON SITOUTUMINEN

Pyydämme Teitä osallistumaan tieteelliseen tutkimukseen, ja tutustumaan tähän tiedotteeseen, jossa kerrotaan sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoitoon sitoutumiseen liittyvästä tutkimuksesta Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) sydänosastolla. Pehdyttyänne tähän tiedotteeseen Teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimukseen otetaan 100 sepelvaltimotautipotilasta. Tutkimus toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun ja TYKS:n yhteistyönä huhti-syyskuussa 2019. Tutkijana toimii Turun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija Jonna Palframan, jolle voitte esittää kaikki tutkimukseen liittyvät kysymykset

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla hoitoon tai potilas-lääkärisuhteeseen. Mikäli keskeytätte tutkimuksen, kaikki Teitä koskevat tiedot poistetaan rekisteristä.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sepelvaltimotautipotilaiden lääkehoidon jatkuvuutta ja syitä sen mahdolliseen keskeytymiseen. Tutkimuksen perusteella voidaan kehittää menetelmiä lääkehoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Tutkimuksen kulku

Tutkimuksessa YAMK opiskelija haastattelee Teitä puhelimitse sairaalasta kotiutumisen jälkeen tai vaihtoehtoisesti Teille lähetetään tekstiviestikysely. Haastattelun arvioitu kesto on noin 5 minuuttia. Tutkimukseen ei liity Teidän kohdaltanne haastattelun lisäksi muita toimenpiteitä tai velvoitteita.

Tutkimuksen mahdolliset hyödyt

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota. Tutkimuksesta ei ole Teille välitöntä hyötyä, mutta sen avulla pystytään kehittämään potilaiden lääkehoitoon sitoutumista.

Tietojen luottamuksellisuus, säilytys ja tietosuojat

Keräämme Teistä tietoa kyselylomakkeella. Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tutkimustuloksia käsitellään siten, että Teitä ei voida niistä tunnistaa. Tutkimustulokset raportoidaan siten, että Teidän tunnistamisenne lopullisesta raportista ei ole mahdollista. Tutkimuksen yhteydessä kerätyt tiedot hävitetään tutkimusraportin kirjoittamisen jälkeen.

Lisätiedot

Pyydämme Teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle.

Tutkijan yhteystiedot:

Jonna Palframan

YAMK opiskelija

Turun ammattikorkeakoulu

jonna.palframan@edu.turkuamk.fi

Puhelin: 050 353 0286

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN HOITOON SITOUTUMINEN

Tutkija: Jonna Palframan

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää sepelvaltimopotilaiden hoitomyöntyvyyttä ottamalla kerran puhelimitse yhteyttä sairaalahoitojakson jälkeen tai vaihtoehtoisesti lähettämällä minulle tekstiviestikyselyn. Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti.

Tiedot antoi _____ __/__/2019. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta eikä peruutukseni vaikuta kohteluuni tai saamaani hoitoon millään tavalla. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen, minusta keskeyttämiseen mennessä kerätyt tiedot poistetaan rekisteristä.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

Päivämäärä

Tutkittavan nimi

Tutkittavan allekirjoitus

Tutkittavan syntymäaika

___ Soitto

Tutkittavan syntymäaika

___ Tekstiviestikysely

Tutkittavan puhelinnumero _____

LÄÄKITYS

(Listasta rastitetaan tutkittavalla käytössä olevat lääkkeet)

- Simvastatiini (Inegy, Lipcut, Simvastatin, Zocor)
- Atorvastatiini (Atorbir, Atorvastatin, Lipidstad, Lipitor, Orbeos, Triveram)
- Lovastatiini (Lovastatin)
- Pravastatiini (Pravastatin)
- Fluvastatiini (Fluvastatin, Lescol Depot)
- Rosuvastatiini (Crestor, Rosuvastatin)
- Klopidooreeli (Clopidogrel, Clopidrion, Plavix)
- Prasugreeli (Efient)
- Tikagrelori (Brilique)
- Varfariini (Marevan)
- Apiksabaani (Eliquis)
- Edoksabaani (Lixiana)
- Rivaroksabaani (Xarelto)
- Dabigatraani (Pradaxa)

Suostumus vastaanotettu _____

Tutkijan nimi

Tutkijan allekirjoitus

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus jää tutkimuksesta vastaavan henkilön arkistoon. Tutkimustiedote annetaan tutkittavalle.

OHJE SUOSTUMUKSEN VASTAANOTTAJALLE

SISÄÄNOTTOKRITEERIT:

- SEPELVALTIMOTAUTI
- PCA-TOIMENPIDE
- VERENOHENNUSLÄÄKITYS (alkamisen ajankohdalla ei väliä)
- OMATOIMINEN LÄÄKEHOITO
- ASIOINTIKIELENÄ SUOMI
- PUHELINYHTEYS