

Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta

**Mari Hiltunen
Saana Kananen
Virpi Ovaskainen**

Koulutusala Sosiaali-, terveystyö- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työntekijät Mari Hiltunen, Saana Kananen ja Virpi Ovaskainen			
Työn nimi Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta			
Päiväys	29.01.2012	Sivumäärä/Liitteet	42/3
Ohjaaja Riitta-Liisa Venäläinen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Kuopion kaupungin kotihoito / Maarit Mikkonen			
Tiivistelmä			
<p>Lääkehoito elää tällä hetkellä murroskauttaan. Turvallisuutta ja tehokkuutta on pyritty lisäämään teknologian avulla. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu on sivuuttamassa käsin tehtävää lääkkeiden jakamista.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Työn teoreettisessa osassa käsittelemme lääkehoidon kehittymistä, lääkitysturvallisuutta, lääkityspoikkeamia sekä niiden ennaltaehkäisyä. Lisäksi käsittelemme koneellisen annosjakelun hyötyjä sekä kehittämistarpeita.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Kuopion kotihoidon henkilökunnan kanssa. Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Tutkimusmenetelmänä käytimme teemahaastattelua. Analysoimme tutkimusaineiston induktiivisen sisällön analyysin avulla. Teemahaastatteluun osallistui kuusi (n= 6) kotihoidon asiakasta. Tutkimusaineisto kerättiin huhti-toukokuussa 2011.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan koneellisesta annosjakelusta koettiin tulleen enemmän hyötyjä kuin haittoja. Koneellinen annosjakelu koettiin luotettavaksi ja lähes virheettömäksi. Kehitettävänä asioina koettiin lääkkeiden tuoteselosteiden puuttuminen sekä laskutuksen epäselvyys. Koneelliseen annosjakeluun siirryttäessä tiedottaminen koettiin puutteelliseksi. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon asiakkaan lääkehoidon, koneellisen annosjakelun sekä kotihoitotyön kehittämiseksi.</p>			
Avainsanat Annosjakelu, koneellinen annosjakelu, kotihoito, kotihoidon asiakkaat, lääkehoito			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Authors Mari Hiltunen, Saana Kananen and Virpi Ovaskainen			
Title of Thesis Kuopio home care clients´ experience with automated dose dispensing of medicines			
Date	29.01.2012	Pages/Appendices	42/3
Supervisor Riitta-Liisa Venäläinen			
Client Organisation/Partner Kuopio home care / Maarit Mikkonen			
<p>Abstract</p> <p>Medication is currently living a time of great changes. There is the aim to increase safety and effectiveness via technology. Automated dose dispensing of medicines is replacing the manual administration of drugs.</p> <p>The purpose of this study was to describe home care clients´ experience with automated dose dispensing of medicines. In the theoretical part of the work we deal with the development of medical treatment, medication safety, medication errors and their prevention. In addition, the benefits and development needs of automated dose dispensing are explored.</p> <p>The thesis was done in collaboration with the staff of Kuopio home care. This thesis is a qualitative study. The research method was a theme interview. The Analytical method was the inductive content analysis. The data of this study consist of six (n=6) interviews of home care clients. The data was collected in April-May 2011.</p> <p>The results showed that the automated administration of medicines was considered to have more benefits than disadvantages. The automated administration of medicines was considered to be reliable and almost free of defects. The lack of drug product information and billing confusion were seen as the things that needed improvement. Information about automated administration of medicines was considered inadequate, too. The results of the thesis can be used in developing work for home care client's medication, automated dose dispensing as well as home care work.</p>			
Keywords The dose distribution, automated dose distribution, home care, home care clients, the medication			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	LÄÄKEHOITO KOTIHOIDOSSA	8
2.1	Lääkehoidon kehittyminen.....	8
2.2	Koneellinen annosjakelu.....	9
2.2.1	Koneellisen annosjakelun hyödyt	10
2.2.2	Koneellisen annosjakelun kehittämistarpeet.....	11
2.3	Lääkitysturvallisuus.....	12
2.3.1	Lääkityspoikkeamat.....	13
2.3.2	Lääkitysturvallisuuden kehittäminen.....	15
2.4	Koneellinen annosjakelu Kuopion kotihoidossa	16
3	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
3.1	Tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	20
3.2	Kohderyhmä ja toteutuspaikka.....	20
3.3	Tutkimusmenetelmä ja tiedonkeruu.....	21
3.4	Aineiston analyysi	21
4	TULOKSET.....	24
4.1	Lääkehoito	24
4.2	Koneellinen annosjakelu.....	25
5	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	27
5.1	Tutkimuksen luotettavuus	27
5.2	Tutkimuksen eettisyys.....	28
5.3	Tulosten luotettavuus	29
6	POHDINTA	32
6.1	Tulosten tarkastelu	32
6.2	Ammatillinen kasvu.....	33
6.3	Jatkotutkimusaiheet.....	34
	LÄHTEET	36

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje ja suostumuslomake

Liite 2 Tutkimuslupa

Liite 3 Teemahaastattelun runko

1 JOHDANTO

Lääkehoitoa on kehitetty turvallisemmaksi ja tehokkaammaksi viimeisten vuosikymmenten aikana. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu on vaihtoehto käsin tehtävälle lääkkeiden jakamiselle. Koneellisen annosjakelun käyttö on lisääntynyt nopeasti Suomessa viime vuosina. Koko maan kattavana toimintana se on aloitettu vuonna 2003, mutta palvelu on otettu käyttöön eri tahtiin eri puolilla Suomea. Kuopion kotihoidossa koneellinen annosjakelu on otettu käyttöön vuonna 2009 (Läkelaki 1987; Mikkonen & Ylönen 2010; Peura 2001; Ritmala-Castren 2009).

Koneellisen annosjakelun toteutumista on tutkittu pääosin ammattihenkilöiden näkökulmasta. Asiakkaiden kokemuksia on tutkittu vähän, ja siksi tarve koneellisen annosjakelun tutkimiselle asiakkaan näkökulmasta oli selkeä. Hoitajien kokemuksia ovat tutkineet muun muassa Björkholm (2010), Hujanen (1999), Saarikettu (2007) ja Viikilä (2009). Apteekki henkilöstön kokemuksia on tutkinut muun muassa Saarikettu (2007). Koneellisen annosjakelun yhteiskunnallisia vaikutuksia on kuvattu Saikkosen (2003) tekemässä selosteessa sekä Laitisen (2006) tutkimuksessa.

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Kuopion kotihoito. Opinnäytetyössämme tarkoituksenamme on kuvata Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Selvitimme, millaiset vaikutusmahdollisuudet asiakkailla on omaan lääkehoitoonsa. Lisäksi selvitimme, miten lääkehoito on toteutunut koneelliseen annosjakeluun siirtymisen jälkeen sekä millaisia kokemuksia asiakkailla on koneellisesta annosjakelusta.

Tavoitteenamme on kehittää koneellisen annosjakelun piirissä olevien asiakkaiden lääkehoitoa asiakaslähtoisemmäksi. Asiakaslähtöisyys korostuu yhä enemmän sosiaali- ja terveyspalveluissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Hoitotyössä asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin vastaamista (Leino & Pennanen 2008). Asiakkaan tarpeet ja voimavarat huomioidaan ja hän osallistuu omien voimiensa mukaisesti palvelujen tarpeen arviointiin, suunnitteluun, toteutukseen ja vaikutusten arviointiin (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Opinnäytetyöstämme saatua tutkimustietoa voidaan hyödyntää Kuopion kotihoidossa lääkehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Tulokset auttavat ymmärtämään koti-

hoidon asiakkaiden kokemuksia lääkehoidosta. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä lääkehoitoa asiakaslähtöisemmäksi yhteiskunnassa tapahtuvien muutoksien edessä. Lääkehoito on tärkeä osa asiakkaiden kokonaisvaltaista hoitoa. Koneellinen annosjakelu edesauttaa tekemään lääkehoidosta turvallisempaa ja kustannustehokkaampaa (Nikko 2008, 7-8; Suomen Apteekkariliitto 2006).

2 LÄÄKEHOITO KOTIHOIDOSSA

Laadukas lääkehoito tukee asiakkaan kotona asumista, joka toteutuu moniammatillisena yhteistyönä. Kotihoidon henkilökunnalta vaaditaan tietoa ja taitoa laadukkaana lääkehoidon toteuttamiseen. Onnistunut lääkehoito toteutuu vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Lääkehoito elää tällä hetkellä murroskauttaan etenkin kotihoidossa. Perinteisesti hoitaja on jakanut lääkkeitä käsin dosetteihin asiakkaiden kotona sekä hoitanut lääkkeiden hankkimisen osalle asiakkaista. Viimeisten vuosikymmenien aikana lääkehoitoa on pyritty kehittämään turvallisemmaksi ja taloudellisemmaksi uusien menetelmien, kuten sähköisen lääkemääräyksen, lääkkeiden viitehintajärjestelmän, lääkehoidon kokonaisarviointin sekä koneellisen annosjakelun avulla. (Kivelä 2004; Kivelä 2005; Ritmala-Castren 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007)

2.1 Lääkehoidon kehittyminen

Annosjakelupalvelu käynnistyi 1980-luvun lopulla. Sen jälkeen lama ja terveydenhuollon säästötoimenpiteet vähensivät kysyntää 1990-luvun lopulla. (Peura 2001.) Suomen Apteekkariliitto aloitti vuonna 2002 koneellisen annosjakelupalvelun tuottamisen apteekkien kanssa sopimusyhteistyöllä. Maankattavana toimintana koneellinen annosjakelu aloitettiin Suomessa vuonna 2003, jolloin siitä ei ollut voimassa olevaa lainsäädäntöä. Lääkelakiin haettiin muutosta hallituksen esityksellä vuonna 2010 ja siinä käsiteltiin muun muassa annosjakelupalveluun liittyviä muutoksia. Hyväksytyt muutokset astuivat voimaan 1.2.2011. (Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi lääkelain muuttamisesta 2010; Lääkelaki 1987.)

Annosjakelu on apteekkien tarjoama kokonaisvaltainen lääkehuollonpalvelu. Lääkehuoltoon kuuluu lääkkeiden hankinta, käyttökuntoon saattaminen, valmistus, varastointi, toimittaminen ja lääkeinformaation antaminen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille tai potilaille. Lääkehuollon toimintayksiköitä ovat avohuollon apteekit, sairaala-apteekit, lääkekeskukset, lääketehtaat ja lääketukkukaupat. (Turvallinen lääkehoito 2006, 17,79.) Annosjakelupalvelussa lääkkeet jaetaan apteekissa käsin dosetteihin tai koneellisesti annospusseihin, jonka jälkeen ne toimitetaan hoitoyksikköön tai asiakkaalle suoraan kotiin. Koneella lääkkeet jaetaan valmiisiin kertaannospusseihin yhden tai kahden viikon eriin. Palveluun kuuluu, että asiakkaan reseptit säilytetään apteekissa. Kun annosjakelupalvelu aloitettiin, lääkkeet jaettiin kä-

sin dosetteihin. Palvelun kysynnän kasvaessa toimintaa oli tehostettava ja päädyttiin kehittämään kone, joka nopeutti ja tehosti lääkkeiden jakamista.

Apteekit perivät annosjakelupalvelusta annosjakelupalkkion, jonka suuruuden he voivat itse määrittellä. Annosjakelupalkkio on samansuuruinen kaikille asiakkaille riippumatta asiakkaan lääkkeiden lukumäärästä. Annosjakelupalkkiolle saa Kansaneläkelaitokselta (Kela) korvausta. Korvausta saa, jos asiakas on yli 75-vuotias ja hänellä on käytössään yli kuusi annosjakeluun soveltuvaa sairausvakuutuslaissa korvattavaksi määriteltyä lääkettä, asiakkaan lääkkeet on tarkistettu tarpeettomien, keskenään yhteen sopimattomien ja päällekkäisten lääkkeiden poistamiseksi sekä annosjakeluun siirtyminen on pitkäaikaisessa lääkeshoidossa lääketieteelliseltä kannalta perusteltua. Korvauksen saanti edellyttää lääkärin tekemää merkintää annosjakelusta lääkemääräykseen. Asiakkaalle korvataan annosjakelupalkkiosta 42 %, mikäli perittävä palkkio ei ole 3 euroa suurempi viikkoa kohden. Asiakas joutuu itse kustantamaan loput palkkion määrästä, mikäli palkkion suuruus ylittää 3 euroa. Apteekkien tekemän selvityksen mukaan vuonna 2008 palkkion suuruus vaihteli 0-20 euron välillä. Keskimääräinen palkkion suuruus oli 5,92 euroa/viikko. Sosiaali- ja terveysministeriön (2011a) avoimuuden apteekkitoiminnan kehittämistarpeista laaditun selvityksen mukaan annosjakelusta perittävä palkkio tulee yhdenmukaistaa lähitulevaisuudessa siten, että perittävä palkkio on samansuuruinen koko maassa. Lisäksi tarkoituksena on muuttaa korvauksen perusteita koskemaan yhä suurempaa joukkoa asiakkaista, millä todennäköisesti saataisiin lisättyä annosjakelupalveluun haluavien asiakkaiden määrää. (Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi lääkelain muuttamisesta 2010; Lääkelaki 1987; Sairausvakuutuslaki 2004; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a.)

2.2 Koneellinen annosjakelu

Koneellisen annosjakelun piirissä on Suomessa n.12 000 asiakasta, kun vastaava luku Ruotsissa oli jo 2000-luvun alussa 170 000. Suomi on muita pohjoismaita jäljessä koneelliseen annosjakeluun siirtymisessä ja siinä on myös paikkakuntaakohtaisia eroja. (Ritmala-Castren 2009.) Kunnat ovat siirtyneet vähitellen koneelliseen annosjakeluun yhteistyössä apteekkien kanssa. Kyseinen toimintamalli on otettu vastaan vaihtelevalla menestyksellä. Tutkittua tietoa löytyy sekä eduista että kehittämistarpeista.

2.2.1 Koneellisen annosjakelun hyödyt

Koneellisen annosjakelulla saadaan etuja sekä yhteiskunnalle että yksilölle. Koneellinen annosjakelu lisää lääketurvallisuutta, kun tarpeettomat ja päällekkäislääkkeet poistetaan, lääkkeiden yhteensopivuudet tarkistetaan ja potilaiden lääkityskortiston ylläpito tapahtuu yhdessä paikassa. Lääkitysvirheiden on todettu vähentyneen ja hoitajien työaika on säästynyt enemmän hoitotyöhön, kun lääkkeiden jako, reseptien uusiminen ja yksittäisten lääkkeiden hakeminen apteekista on vähentynyt. Lääkkeenjaon hygieenisuus on parantunut, kun lääkkeet jaetaan koneella eikä käsin. Asiakkaiden ja yhteiskunnan lääkehoidon kustannukset ovat pienentyneet, kun apteekeissa voidaan hyödyntää suuria lääkepakkauskoja sekä valita lääkevaihdon piiristä edullisin lääke. Suomessa tehtyjen selvitysten mukaan ainakin 53 % asiakkaista säästää 0,21 euroa/vrk siirryttyään lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun. Asiakkaat, joilla on käytössään vähintään kuusi lääkettä, säästö voi olla jopa 0,76 euroa/vrk. Asiakas maksaa ja saa korvauksen vain käyttämistään lääkkeistä. On arvioitu, että noin puolet avohoidon säästöistä kertyy Kelan sairausvakuutukselle ja puolet asiakkaalle. Lääkehävikki pienenee, kun asiakkaat saavat lääkkeet viikon tai kahden viikon annoksissa. Ylimääräisiä lääkkeitä ei kerry potilaalle ja yhteiskunnan ei tarvitse maksaa korvausta käyttämättä jääneistä lääkkeistä. Samalla käyttämättömistä lääkkeistä syntyvä jäteongelma vähenee. Lisäksi potilaiden turhaa lääkitystä karsitaan lääkityksen kokonaisarviointilla. Tarvittavista lääkemutoksista neuvotellaan lääkärin kanssa. Vakavia haitallisia yhteisvaikutuksia aiheuttavien lääkeyhdistelmien määrä on pienentynyt koneellisen annosjakelun myötä 23,8 %. (Fontan, Maneglier, Nguyen, Brion & Loirat 2003; Hujanen 1999; Jurvalahti 2000; Kärkkäinen 2004; Laitinen 2006; Nordling, Carlsten & Ragnarson Tennvall 2009; Nyman 2009, 235–244; Peura 2001; Saikkonen 2003; Suomen Apteekkariliitto 2006; Mikkonen & Ylönen 2010.)

Koneellisella annosjakelulla on ollut positiivisia vaikutuksia hoitohenkilökunnan ja farmasistien työhön. Hoitajien työaika on säästynyt lääkkeiden jakamisesta, reseptien hallinnoinnista sekä apteekissa asiointista. Hoitohenkilökunta on kokenut saaneensa enemmän aikaa asiakkaille sekä ennaltaehkäisevään työhön. Lääketurvallisuuden on koettu parantuneen mm. niin, että hygieenisuus lääkkeenoton yhteydessä on parantunut ja lääkkeenjaon yhteydessä tapahtuvien virheiden määrä on vähentynyt. Joidenkin mielestä pussit ovat olleet käytännöllisiä ja helppoja ottaa mukaan. (Kärkkäinen 2004; Nyman 2009, 235–244; Viikilä 2009.)

2.2.2 Koneellisen annosjakelun kehittämistarpeet

Koneellisen annosjakelun kehittämistarpeita on ilmennyt hoitohenkilökunnan ja farmasistien työssä. Hoitajat ovat kokeneet, että lääkkeenjaosta vapautunut aika kuluu osittain koneellisen annosjakelun mukana tullessiin muihin tehtäviin, kuten lääkemuutosten tekemiseen ja annospusseista pudonneiden lääkkeiden etsimiseen. Lääketuntemuksen on koettu heikentyneen ja lääkkeiden vaikutusten seurannan vaikeutuneen. Vastarintaa annosjakelua kohtaan on aiheuttanut tiedonpuute sekä manuaalisen lääkkeenjaon kokeminen tärkeäksi osaksi omaa työnkuvaa. (Saarikettu 2007; Viikilä 2009.)

Hoitajien lääkkeenjaosta vapautunutta aikaa ja sen käyttöä on tutkittu Suomessa eri paikkakunnilla, kuten Helsingin kaupungissa. Helsingissä tavoitteena oli säästää hoitajien työaika lääkkeenjaosta ja siirtää vapautunut työaika kuntouttavaan hoitotyöhön. Tavoitteen toteutumista seurattiin Itä-Helsingin neljässä palvelutalossa selvittämällä, kuinka hoitajien työajan käyttö muuttui koneelliseen annosjakeluun siirtymisen myötä, kun työaika säästyi lääkkeiden jakamisesta, reseptien kuljettamisesta apteekkiin ja lääkkeiden hakemisesta apteekista asiakkaalle. Tulosten mukaan lääkkeiden jaosta vapautui keskimäärin 21 minuuttia viiden työpäivän aikana hoitajaa kohden. Yllättävästi hoitotyöhön käytetty aika väheni 26 minuuttia ja toimintakykyä tukevaan hoitotyöhön käytetty aika myös väheni 25 minuuttia hoitajaa kohden. Välilliseen työhön, kuten hoitotyön raportointiin käytetty aika lisääntyi 90 minuuttia hoitajaa kohden. Lisäksi koulutuksiin, kokouksiin ja taukoihin käytetty aika lisääntyi 18 minuuttia hoitajaa kohden. Todettiin, että työntekijöille olisi pitänyt järjestää suunnitelmallista koulutusta, jotta työaika olisi saatu kohdennettua kuntouttavaan hoitotyöhön. Tosin päivää kohden vapautunut hieman yli neljän minuutin työaika ei olisi mahdollistanut suuria muutoksia työnkuvaan päivää kohden. (Nyman 2009, 235–244.)

Muutoksien toteuttaminen vaatii siis hyvää organisointia sekä suunnitelmallista tiedottamista. Terveystieteiden henkilöstön ja farmasistien mielestä uusista lääkehoidon menetelmistä, kuten koneellisesta annosjakelusta, kaivataan lisää tietoa. He haluaisivat enemmän tietoa ja koulutusta sen käyttöönotosta ja vaikutuksista. (Laitinen 1999; Saarikettu 2007.) Björkholm (2010) mukaan lääkärit kokevat lääkemuutosten tekemisen ja koneellisen annosjakelun aloituksen hankalana. Hoitajat ovat sitä mieltä, että lääkemuutosten tekemisestä koituu lisää työtä ja lääkepussien rinnalla olevat dosetit sekä purkit heikentävät toimivuutta. (Björkholm 2010.) Asiakkaiden kokemuksia ja

mielipiteitä on tutkittu niukasti. He ovat kuitenkin olleet tyytyväisiä lääkekustannusten hintatasoon (Viikilä 2009).

Käytäntö on osoittanut, että kaikki kotihoidon asiakkaat eivät välttämättä hyödy koneellisesta annosjakelusta. Asiakkaat eivät hyödy annosjakeluun siirtymisestä, jos heillä on käytössään vain muutama lääke ja niiden käyttöön ei liity ongelmia. Koneellinen annosjakelu tuo säästöjä lääkehoidon kustannuksiin vain potilasryhmillä, joilla on säännöllinen ja pysyvä lääkitys ja jotka eivät itse selviä lääkehoitonsa toteuttamisesta. Asiakkailta voi olla esimerkiksi fyysisiä tai psyykkisiä sairauksia, joiden vuoksi he eivät kykene itse huolehtimaan lääkehoidostaan. Kun asiakas on yli 75-vuotias ja hänellä on käytössään vähintään kuusi annosjakeluun soveltuvaa lääkettä, hän saa lisäksi Kelan korvauksen annosjakelupalkkiosta. (Nyman 2009, 235–244; Sairausvakuutuslaki 2004.) Asiakkailta, joilla on käytössään antibiootteja, antikoagulantteja, solunsalpaajia, huumausaineeksi luokiteltavia tai herkästi hajoavia lääkkeitä, heidän lääkkeensä on jaettava käsin näiden lääkkeiden osalta. Edellä mainittuja lääkkeitä ei voida jakaa koneellisesti ristikontaminaatioiden tai asiakkaille määrättyjen annosvaihteluiden vuoksi. (Leinonen 2007.)

2.3 Lääkitysturvallisuus

Vanhusten lääkehoito on merkittävä haaste yhteiskunnallemme. Viime vuosikymmenten aikana vanhusten lääkkeiden käyttö on lisääntynyt. Yli kaksi kolmesta 75 vuotta täyttäneestä käyttää vähintään kuutta lääkettä. Riski lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutuksille kasvaa käytettävien lääkkeiden määrän lisääntyessä. Vanhusten lääkehoidon tavoitteena on saavuttaa hallittu monilääkitys. Tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan lääkityksen tarpeellisuuden, turvallisuuden, vaikutusten ja hinnan huolellista arviointia. (Haho 2010; Nyman 2009, 235–244; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Lääkkeellä tarkoitetaan valmistetta tai ainetta, jonka tarkoitus on parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oireita sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä. Lääkkeeksi katsotaan myös elintoimintojen palauttamiseksi, korjaamiseksi tai muuttamiseksi sisäisesti tai ulkoisesti käytettävä aine tai niiden yhdistelmä. Lääkkeiksi luettavat aineet voivat vaikuttaa farmakologisen, immunologisen tai metabolisen vaikutuksen avulla. Lääkkeitä ovat myös aineet, joita käytetään terveydentilan tai sairauden syyn selvittämiseksi. (Läkelaki 10.4.1987/395.) Reseptilääke on lääke, joka voidaan toimittaa apteekista lääkärin tai hammaslääkärin lääkemääräyksellä (Turvallinen lääkehoito 2006, 17).

Lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutuksien minimoiminen on osa turvallisen lääkehoidon toteuttamista. Niiden määrä kasvaa etenkin vanhuksilla usean lääkevalmisteen yhtäaikaisen käytön vuoksi. Ikääntyminen heikentää elimistön reagoitua lääkevalmisteseen sekä sen tuomiin mahdollisiin yhteis- ja haittavaikutuksiin. Ulkomaalaisten tutkimusten mukaan jopa 10–20 % yli 60-vuotiaiden sairaalahoitojaksoista syynä oli lääkkeen haittavaikutus. Niiden tunnistaminen ja vähentäminen lääkityksen kokonaisarvioinnilla parantaa yksilön elämänlaatua sekä vähentää niistä aiheutuneita kustannuksia. Haittavaikutusten tunnistaminen etenkin vanhuksilla on haastavaa, koska osa niistä voi olla tyypillisiä ikääntymisen myötä tapahtuvia muutoksia elimistössä. Osa voi olla ennustettavissa, mutta osa niistä voi olla tuntemattomia. Lääkkeen haittavaikutus voi olla mikä tahansa muutos vanhuksen fyysisessä tai psyykkisessä voinnissa, jolloin vanhukset tunnistavat huonosti itse ne ja olettavat niiden kuuluvan ikääntymiseen. Erityisesti avohoidossa kotihoidon työntekijöillä on merkittävä rooli asiakkaan voinnin seurannassa ja dokumentoinnissa lääkkeiden haittavaikutusten vähentämiseksi. (Kivelä 2004; Kivelä 2005; Lampela, Hartikainen, Sulkava & Huupponen 2007.)

Lääkehoidon ohjaus kuuluu olennaisesti kokonaisvaltaiseen lääkehoitoon. Potilaalla on oikeus tietää häntä koskevasta hoidosta sekä ymmärtää sen vaikutukset. Vanhusten omasta mielestä heidän lääkehoidon ohjauksensa on heikentynyt. Ne vanhukset, jotka toteuttavat lääkehoitonsa itse, tiesivät enemmän käyttämistään lääkkeitä. Vanhukset haluavat selkeät kirjalliset ohjeet, jotka käydään heidän kanssaan suullisesti läpi. Kotihoidon henkilökunnan tulisi lisäksi tunnistaa lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksia. Osaava kotihoidon henkilökunta on erityisen tärkeä niin lääkehoidon ohjauksessa kuin lääkkeiden sivuvaikutusten tunnistamisessa. (Hannukainen 2008; Hannukainen 2009; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

2.3.1 Lääkityspoikkeamat

Lääkityspoikkeamat ovat merkittävä lääkehoidon haaste. Lääkityspoikkeama on lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama sanan käyttö on suositeltavaa, sillä sanalla virhe on suppeampi merkitys. Lääkityspoikkeama voi johtua tekemisestä tai tekemättä jättämisestä. Lääkityspoikkeama voi johtaa potilasvahinkoon. Potilasvahingolla tarkoitetaan potilaalle aiheutunutta vahinkoa, joka on aiheutunut terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta terveyden- ja sairaan-

hoidon yhteydessä. Myös lääkkeen toimittaminen on terveyden- ja sairaanhoitoa, silloin kun niistä on lääkemääräys. (Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585; Stakes 2006.)

Vakavimpia lääkityspoikkeamia tekevät terveydenhuollon ammattihenkilöt. Potilaan korkea ikä ja lääkkeiden runsas määrä altistavat vakaville lääkityspoikkeamille. Tavallisimmin poikkeamat tapahtuvat tavallisilla, laajasti käytössä olevilla lääkkeillä. Apteekissa tehdyt poikkeamat tapahtuvat lääkkeenvahvuudessa, pakkauskoossa ja lääke muodossa. (Ellenbecker, Frazier & Verney 2004; Hoppu, Kuitunen & Kuisma 2009; Linden-Lahti, Airaksinen, Pennanen & Käyhkö 2009; Savikko, Teinilä & Airaksinen 2006; Stakes 2006.)

Lääkityspoikkeamien taustalla voi olla lisäksi useita yksittäisiä tekijöitä. Niitä ovat mm. puutteellinen perehdytys, uusiin tehtäviin siirtyminen, vastavalmistuneet hoitajat, työnjaon epäselvyys, työrauhan puute, liian vähäinen tai vaihtuva henkilöstö, kiire, väsymys, työntekijän liiallinen kuormittuminen työssään, opiskelijoiden toiminnan valvonta ja vastuu, potilassiirrot, huono tiedonkulku, tietojärjestelmiin ja lääkkeisiin liittyvät epäselvyydet ja sekaannukset sekä lasten lääkemäärien/-laskujen desimaaliluvut. Lääkityspoikkeamia vähentäviä tekijöitä ovat mm. riittävä henkilöstömäärä, työrauha, perehdytys ja palaute tehdyistä virheistä. Lääkityspoikkeamat pidentävät potilaan hoitoaikaa, lisäävät hoidon kustannuksia sekä aiheuttavat potilaiden kärsimyksiä ja jopa kuolemia. (Suikkanen, Kankkunen & Suominen 2009.)

Lääkehoidon lupakäytännöt ovat olleet vaihtelevia ja koulutusmahdollisuudet satunnaisia. Työntekijöiden mielestä he eivät saa täydennyskoulutusta säännöllisesti, ja he haluaisivat sitä enemmän. Lääkehoidon osaamista ja virheettömyyttä ei ole aina testattu tai arvioitu. Lisäksi hoitajat kokevat, että heillä on lääkkeistä riittävästi tietoa, mutta lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista tietoa ei ole riittävästi. Hoitajilla pitää olla mahdollisuus päivittää tietonsa, jotta lääkityspoikkeamia sekä haitta- ja yhteisvaikutuksia pystyttäisiin välttämään. (Haho 2010; Pietikäinen 2004; Säilä 2007.)

Tarkastelimme opinnäytetyössämme Itä-Suomen yliopistossa tehdyn Pro gradu – tutkielman tuloksia lääkityspoikkeamista. Härkäsen (2011) tutkimuksen mukaan useimmiten HaiPro -tapahtumasta ilmoittivat sairaanhoitajat tai joku muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointijärjestelmä (HaiPro 2011). Lähes puolet poikkeamailmoituksista koski konservatiivista tulosaluetta ja neljäsosa ilmoituksista operatiivista tulosaluetta. Suurin osa poikkeamista oli tapahtunut aamuvuoron aikana. Yleisin poikkeama lää-

kehoitoprosessissa oli antovirhe eli tällöin poikkeama tapahtuu annettaessa lääkettä potilaalle. Antovirheitä kaikista poikkeamista oli 39.9 %. Toiseksi yleisin poikkeama oli kirjaamisvirhe, jolloin esimerkiksi hoitaja jättää kirjaamatta potilaalle antamansa lääkkeen. Kolmanneksi yleisin poikkeama oli jakovirhe, joka tarkoittaa esimerkiksi sitä, että potilaalle jaetaan lääkkeiden jaon yhteydessä väärä, hänelle kuulumaton ja määrämätön lääke. Lisäksi oli poikkeamia, jotka liittyivät lääkkeen määräämiseen tai -käsittelyyn. Useimmiten (21 %) lääkityspoikkeama tuli esille kirjatessa, kirjauksia lukiessa tai potilastietoihin perehtyessä. (Härkänen 2011.)

2.3.2 Lääkitysturvallisuuden kehittäminen

Lääkitysturvallisuutta on kehitetty valtakunnallisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2006 Turvallinen lääkehoito – oppaan, jossa määritellään valtakunnalliset ohjeet lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen. Tärkeä velvoite kunnille on laatia lääkehoitosuunnitelmat toiminta- ja / tai työyksiköittäin. Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään mm. yksikkökohtaiset toimintatavat, lääkehoidon osaaminen ja sen varmistaminen, vastuut, velvollisuudet, lääkehuollon prosessi, dokumentointi ja tiedonkulku sekä seuranta- ja palautejärjestelmät. Vanhusten lääkehoitoa on pyritty parantamaan lääkityksen kokonaisarvioinnilla sekä moniammatillisena yhteistyönä lääkärien, hoitajien ja apteekkien henkilökunnan kanssa. Vanhusten lääkityksen arviointi tulisi tehdä vähintään kerran vuodessa. (Ahonen 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; Turvallinen lääkehoito 2006.)

Erilaisia tietokantoja on kehitetty lääkitysturvallisuuden parantamiseksi. Tällaisia tietokantoja ovat muun muassa lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean lääkäiden lääkityksen tietokanta, sähköinen SFINX-yhteisvaikutustietokanta sekä munuaisten vajaatoimintaa sairastavien lääkkeiden käytön avuksi kehitetty Renbase-tietokanta. Lääkitysturvallisuutta ovat lisänneet selkeät ja yhdessä sovitut reseptinuusimiskäytännöt, RAI-tietojärjestelmä, joka on suunniteltu helpottamaan vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointia ja seurantaa sekä lääkekortti, joka on käytössä muun muassa Vaasan sairaanhoitopiirissä. Myös koneellisen annosjakelun on todettu lisänneen lääkitysturvallisuutta. Hollantilaisen tutkimuksen mukaan lääkkeiden haittavaikutukset ovat vähentyneet koneellisen annosjakelun yhteydessä tehdyn lääkityksen kokonaisarvioinnin avulla. (Fimea 2010; Huupponen & Hartikainen 2011; Kinnunen 2010; Kwint, Faber, Gussekloo & Bouvy^{1,2}, Marcel L. 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2009; Turvallinen lääkehoito 2006.)

Lääkitysturvallisuutta on parannettu soveltamalla teknologiaa lääkehoidon toteuttamiseen. Lääkehuollossa on jo tapahtunut ja tapahtuu lähitulevaisuudessa suuria muutoksia, kuten sähköisen lääkemääräyksen, koneellisen annosjakelun, lääkkeiden viitehintajärjestelmän sekä lääkehoidon kokonaisarviointin kehittäminen. Lisäksi sairaanhoitajilla, jotka ovat suorittaneet valtioneuvoston asetuksella säädetyn lisäkoulutuksen, on rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. Osastofarmasia on myös lisännyt potilasturvallisuutta ja taloudellisuutta sekä säästänyt hoitajien aikaa enemmän hoitotyöhön. Annosjakelun käyttöönoton kokemuksien perusteella potilasturvallisuus on lisääntynyt moniammatillisuuden kautta, kun hoitohenkilöstön ja apteekin välinen tiedonkulku on lisääntynyt. (Agge 2009; Ellenbecker ym. 2004; Jurvalahti 2000; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994; Toppinen, Moilanen, Järviluoma & Tohmo 2009.)

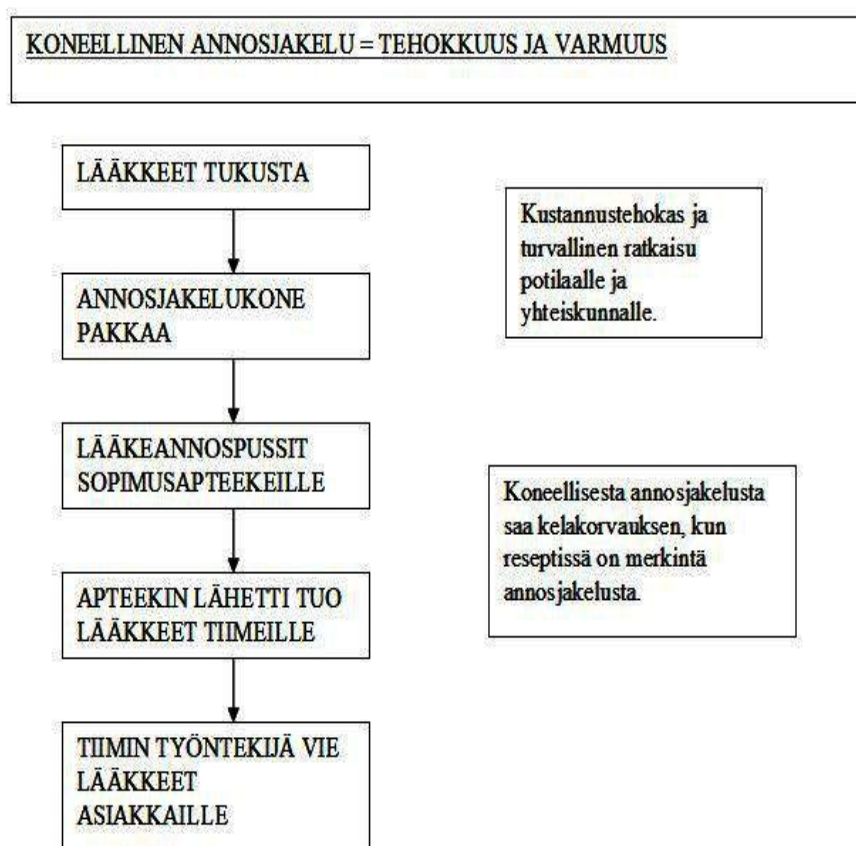
2.4 Koneellinen annosjakelu Kuopion kotihoidossa

Kotihoito tarkoittaa kotipalvelua ja kotisairaanhoitoa, jonka turvin asiakas voi asua suurimman osan ajastaan kotona. Kotihoito sisältää kotipalvelun tukimuotoineen, kotisairaanhoidon, ehkäisevät palvelut terveydenhuollossa, sekä muut tukipalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b; Turvallinen lääkehoito 2006, 16.) Kotihoidon asiakkaita ovat iäkkäät, vammaiset ja sairaat. He saavat kotihoidon palveluja sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b.) Käytämme opinnäytetyössämme Kuopion kotihoidossa lääkehoitoa saavasta henkilöstä nimitystä asiakas. Asiakkaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, hyvään kohteluun sekä tiedonsaantiin. Tämä tarkoittaa sitä, että häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Tutkimusten mukaan kotihoidon asiakkaat kohtaavat joskus tilanteita, joissa heidän toiveitaan ja itsenäistä päätösvaltaansa ei kunnioiteta (Nyman 2009, 235–244).

Kuopion kotihoidon asiakkaat siirtyivät koneelliseen annosjakeluun vuoden 2009 aikana. Koneelliseen annosjakeluun siirtymisen tarkoituksena on selkiyttää lääkehuollon prosessia, varmistaa lääkkeiden oikea annostelu, säästää hoitajien työaikaa, välttää reseptien ylimääräistä käsittelyä sekä vähentää asiakkaiden kotiin kertyvien lääkkeiden määrää. (Mikkonen & Ylönen 2010.)

Annosjakelupalvelun on odotettu lisäävän lääkehoitoprosessin tehokkuutta ja turvallisuutta. Avohuollon apteekeille lääkkeiden koneellista annosjakelua tuottavia apteek-

keja on tällä hetkellä Suomessa kaksi ja niitä kutsutaan annosjakeluyksiköiksi. Kyseiset yksiköt sijaitsevat Vantaalla ja Espoossa (Pharma Service Oy 2011; Pharmac Finland Oy 2011). Näitä apteekkeja kutsutaan annosjakeluyksiköiksi. Lääkkeet tilataan tukusta annosjakeluyksiköihin. Annosjakeluyksiköissä kone pakkaa lääkkeet annospusseihin. Annospussien sisältö tarkistetaan vielä manuaalisesti ennen niiden lähettämistä sopimusapteekeille ympäri maata. Kuopiossa paikallisten apteekkien lähetit toimittavat lääkkeet kotihoidon tiimeille, josta tiimien työntekijät toimittavat annospussit kotihoidon asiakkaille. Alla on tekemämme kuvio prosessista. (Kuvio 1; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a.)



KUVIO 1. Koneellinen annosjakelu (Nikko 2008, 7-8; Suomen Apteekkariliitto 2006.)

Kuopiossa eri apteekkien annosjakelupalveluun sisältyy lääkkeiden yhteensopivuuk- sien tarkistaminen, päällekkäislääkkeiden poistaminen sekä potilaan lääkelistan yllä- pito yhteistyössä kotihoidon henkilökunnan kanssa. Hoitajat toimittavat reseptit ap- teekkiin. Resepti tulee olla kirjoitettu vuodeksi sekä siinä pitää olla lääkärin tekemä merkintä koneellisesta annosjake- lusta. Hoitaja täyttää yhdessä asiakkaan kanssa jakelusopimuksen apteekkiin sekä avaa tiliasiakkuuden. Apteekit toimittavat lääkkeet koneellisesti annosjakelupusseihin jaettuna tai jakavat lääkkeet käsin dosetteihin.

Erityistilanteissa hoitaja voi edelleen jakaa asiakkaan kotona lääkkeet dosettiin. Lääkkeet toimitetaan asiakkaalle 1-2 viikon erissä, tilaus ja toimitus sovitaan lääkkeet toimittavan apteekin kanssa. Annospussi sisältää kerralla otettavat lääkkeet, jonka päälle on merkattu potilaan nimi, pussin sisältö sekä lääkkeiden ottoaika (Kuva 1). Kuvan käyttöön olemme saaneet suullisen luvan Jyväskylän Uudesta apteekista. Apteekki valitsee annosjakeluun lääkewaihdon piirissä olevan edullisimman lääkkeen. Apteekit voivat hyödyntää lisäksi suuria lääkepakkauskojoja, mikä pienentää lääkituksen kustannuksia. Lisäksi apteekki huolehtii kotisairaanhoidon kanssa yhteistyössä reseptien uusinnan. Lääkäri on yhteydessä apteekkiin uusista lääkemääräyksistä ja muutoksista. Muutosten yhteydessä tulee muistaa päivittää asiakkaan lääkelista ja toimittaa se apteekkiin. Tarvittavat lääkkeet säilytetään asiakkaan kotona, ja niitä annostellaan lääkärin antaman ohjeen mukaan. Asiakkailta on kotona hoitokansio, joka sisältää hoito- ja palvelusuunnitelman, lääkelistan ja kopion viimeisimmästä sairauskertomuksesta sekä tarvittavat seurantakortit. Koneellisen annosjakelun piirissä olevien asiakkaiden hoitokansion etusivulla on merkitä "annosjakeluasiakas" sekä apteekin yhteystiedot. (Mikkonen, Asikainen, Kokkonen, Partanen & Tirkkonen 2010.)



KUVA 1. Annospussi (Jyväskylän Uusi apteekki 2011.)

Lääkehoitosuunnitelma ohjaa lääkehoidon toteuttamista kotihoidossa. Kuopion kotihoidon lääkehoitosuunnitelman mukaan kotisairaanhoidajalla on päävastuu lääkehoidon toteuttamisesta ja lääkelistan päivittämisestä. Lisäksi heidän vastuulla on lääke-neuvonta, lääkehoidon seuranta sekä yhteistyö lääkärin kanssa. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien lääkehoidon osaaminen varmistetaan kolmen vuoden välein lääkehoidon osaaminen varmistaminen verkossa (LOVE) – ohjelman mukaisesti. Lähi- ja perushoitajat toteuttavat lääkehoitoa koulutuksen antamin valmiuksin. Heidän

työnkuvaansa kuuluu asiakkaan päivittäisen voinnin seuranta ja muutoksista tiedottaminen kotisairaanhoidajille tai lääkärille. Lähi- ja perushoitajien lääkehoidon osaaminen varmistetaan kolmen vuoden välein LOPL-ohjelman mukaisesti. (Mikkonen ym. 2010.)

Uusi terveydenhuoltolaki astui voimaan 1.5.2011. Laki toi asiakkaille lisää valinnan mahdollisuuksia mm. oman hoitopaikan valintaan. Hoitopaikan valinnanvapaus laajenee vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa lain astuttua voimaan asiakas pystyi valitsemaan omasta hoidostaan vastaavan terveysaseman joko omasta kotikunnastaan tai kuntayhtymästä. Vuoden 2014 alusta hoitopaikan voi valita mistä päin Suomea tahansa. Uusi laki parantaa asiakkaan asemaa, hoitoa ja palveluja. Laki lisää laatua ja turvallisuutta hoitotyöhön. Tavoitteena on kehittää kunnallisten hoitoyksiköiden välinen yhteinen potilasrekisteri. Tällöin potilastiedot ovat saatavissa eri toimintayksiköissä, jolloin niitä ei tarvitse siirtää eri yksiköiden välillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

3.1 Tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tavoitteenamme oli kehittää koneellisen annosjakelun piirissä olevien asiakkaiden lääkehoitoa asiakaslähtöisemmäksi. Selvitimme asiakkaiden kokemia hyötyjä ja haittoja koneellisen annosjakelun toteutumisesta. Tarkoituksenamme oli kuvata Kuopion kaupungin kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjake-
lusta.

Tutkimustamme ohjasivat tutkimustehtävät. Selvitimme, millaiset vaikutusmahdollisuudet asiakkailta on omaan lääkehoitoonsa. Lisäksi selvitimme, miten lääkehoito on toteutunut koneelliseen annosjakeluun siirtymisen jälkeen sekä millaisia kokemuksia asiakkailta on koneellisesta annosjake-
lusta.

3.2 Kohderyhmä ja toteutuspaikka

Tutkimuksemme kohderyhmänä olivat Kuopion kotihoidon asiakkaat, jotka olivat koneellisen annosjakelun piirissä. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla asiakkaita heidän kotonaan. Kotihoidon työntekijät toimittivat asiakkaille saatekirjeet ja suostumuslomakkeet (Liite 1) ennen tutkimuksen toteutusta. Suostumuslomakkeiden palautuksen jälkeen sovimme asiakkaan ja kotipalvelun työntekijöiden kanssa alustavan haastatteluajankohdan. Luvan tutkimukselle saimme Kuopion Kaupungin perusturvan palvelualueen hoivajohtaja Mari Antikaiselta (Liite 2).

Haastateltavat asiakkaat valitsimme yhdessä Kuopion kotisairaanhoidon henkilökunnan kanssa. Toimeksiantajamme Maarit Mikkonen valitsi Kuopion alueelta kolme eri tiimiä. Näiden tiimien sairaanhoitajat valitsivat haastateltavat asiakkaat. Valinta tehtiin asiakaslistoilta, joilla asiakkaiden nimet olivat aakkosjärjestyksessä. Jokainen sairaanhoitaja valitsi listaltaan kymmenen asiakasta, jotka oletettavasti kykenevät osallistumaan tutkimukseen. Valinta aloitettiin listan alusta. Näin meneteltiin kunnes jokaiselta listalta oli valittu kymmenen asiakasta. Näistä asiakkaista valitsimme arpomalla kaksi asiakasta teemahaastattelurungon testaukseen ja kuusi asiakasta haastateltaviksi. Eli tällöin jokaiselta kolmelta eri alueelta tuli valituksi kaksi asiakasta haastateltaviksi. Vasta-aihe tutkimukseen osallistumiselle oli, että asiakas ei kognitii-

visilta (esim. muistisairaus), fyysisiltä (esim. halvaus) tai psyykkisiltä (esim. vaikea masennus) kyvyiltään kykenisi vastaamaan haastatteluun.

3.3 Tutkimusmenetelmä ja tiedonkeruu

Tutkimuksemme on laadullinen tutkimus. Valitsimme laadullisen tutkimusmenetelmän, sillä asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta ei ollut paljoa tutkittu. Laadullisen tutkimusmenetelmän tarkoituksena on saada uutta tietoa ja kuvata ilmiötä (Janhonen & Nikkonen 2001, 7-19).

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään useimmiten haastattelemalla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009). Laadullisen tutkimuksen haastattelumuodoista valitsimme teemahaastattelun. Teemahaastattelu mahdollistaa strukturoitua keskustelua avoimemman keskustelun haastateltavan ja haastattelijan välillä. (Hannila & Kyngäs 2008.) Teemahaastattelun avulla pyrimme saamaan esille asiakkaiden omia mielipiteitä ja kokemuksia haastatteluhetkellä. Hannila ja Kyngäs (2008) mukaan teemahaastattelu sopii tutkimuksiin, joita tehdessä ei etukäteen tiedetä, millaisia vastauksia tutkimuskysymyksiin saadaan. Teemahaastattelun kysymykset laaditaan aihepiireittäin.

Teemahaastattelu on strukturoitua haastattelua joustavampi haastattelumenetelmä. Halusimme haastattelumenetelmän antavan tilaa asiakkaiden omille ajatuksille, etteivät kysymykset ohjaisi liikaa haastattelun kulkua. Haastattelun etuna on saada tavata asiakkaat henkilökohtaisesti, niin ettei ulkopuolisilla tekijöillä olisi vaikutusta tuloksiin. Tavoitteenamme oli luoda haastattelutilanteesta luonnollinen, turvallinen ja helppo järjestää asiakkaiden kannalta.

3.4 Aineiston analyysi

Tutkimusaineistomme analysoimme induktiivisen sisällön analyysin avulla eli aineistolähtöisesti. Kylmä ja Juvakka (2007) kuvaavat aineiston analyysin nelivaiheiseksi prosessiksi. Aineiston analyysi alkaa yleiskuvan hahmottamisella. Sen jälkeen aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Vastausten tiivistämisessä on käytävä tarkkaa harkintaa, jotta vastausten asiasisältö säilyy. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Sisällön analyysia varten käsitelimme tutkimusaineiston kirjoittamalla nauhoitetut haastattelutilanteet puhtaaksi. Pelkistimme aineiston etsien tekstistä aiheeseen liittyviä ilmaisuja. Muodostimme alaluokat haastattelussa esille nousseiden asioiden pohjalta. Ryhmittelimme ilmaisut alaluokkien mukaisesti. Ryhmittelyvaiheessa yhdistimme ilmaisuja, jotka mielestämme tarkoittivat samaa asiaa. Alaluokista muodostimme pääluokat. Esille nousseiden asioiden ryhmittelyn teimme kaksi kertaa välttyäksemme virhetulkinnoilta. Näiden pohjalta kirjoitimme tulokset. Seuraavalla sivulla on kuvio sisällön analyysista (KUVIO 2).

PÄÄLUOKAT	ALALUOKAT	ILMAISU
LÄÄKEHOITO	Tietoisuus omasta lääkehoidosta	Kyllä minä tiän.
		Tiän ja suurinpiirtein muistankkii, en oo ennee ihanvarma kun ne on muuttunna.
		En muista niihin lääkkeitten nimiä, mutta mulla on keuhkohtaumatauti...
	Vaikuttaminen omaan lääkehoitoon	Lääkärin kautta jonkun verran, ei muuten.
		Hoitajat hoittaa minun lääkehoijot. Minä en mittää.
		Sitä ei kysytä, en oo kyllä ollu erimieltäkää siitä, että se on minusta kohallaan.
	Lääkehoidon ohjaus	En, hoitajat antaa kaikki lääkkeet ja huolehtivat.
		Onhan siinä siinä purkin kylessä aina se ohje laitettu mitenkä otetaan. Jos ei ymmärrä niin voi kysyä hoitajilta ja ne edelleen apteekista selvittää.
		En tajua mitä kaikkee mulle laitetaan, kun purkit on pöyässä, kun tulen syömään.
KONEELLINEN ANNOSJAKELU	Hyödyt ja haitat	Tuoteselosteen puuttuminen.
		En ota yliannoksia.
		Luotettavampi, kun ne on koneessa, eikä kenenkään muistin varassa.
	Luotettavuus	En oo huomannu.
		Ei oo ollu virheitä.
		Yhesti oli. Hoitaja soitti apteekkiin ja apteekki korjasi sitten sen.
	Lääkehoidon kustannukset	En oo huomanna.
		En ite hoida, minun vanhin tytär hoitaa.
		Pinkka papereita on tuossa, joka on niin sekava, että en saa selevvee.
	Kotihoidon kustannukset	Jatkuvasti noussee.
		Ei oo tullut.
		En itse hoida maksuja.
	Hoitajien työnkuvan muuttuminen	Aina niillä on kiire.
		En oo huomannu.
		Kyllä.
	Tiedottaminen	Sanottiin vaan, että apteekki laittaa lääkkeet nykyään.
		Mulle ei siitä puhuttu mittää.
		Terveyskeskuksesta on ne tullu kaikki ja kyllä minä oon suanu siitä selevän.

KUVIO 2. Kaavio sisällönanalyysista

4 TULOKSET

Tässä luvussa käsittelemme tutkimuksemme tuloksia. Tutkimusaineiston keräsimme haastattelemalla kuutta Kuopion kotihoidon asiakasta. Tulokset esitämme laatimamme kaavion mukaisesti (KUVIO 2). Ensiksi käsittelemme lääkehoitoa ja sen jälkeen koneellista annosjakelua.

4.1 Lääkehoito

Suuri osa haastateltavista kertoi, etteivät he tiedä mitä lääkkeitä heillä on käytössään ja minkä sairauden hoitoon ne on tarkoitettu. Haastateltavien mielestä tietämystä vaikeutti lääkkeiden suuri määrä sekä lääkkeiden vaihtuminen tutusta lääkkeestä korvattavaan valmisteeseen. Haastateltavat tiesivät omat sairautensa käytössä olevia lääkkeitä paremmin.

”...sitten se on yks paha, että kun tulee uusia lääkkeitä, niin korvattavia pannaan tilalle...”

Haastateltavat kokivat voivansa vaikuttaa omaan lääkehoitoonsa vaihtelevasti. Kaikki haastateltavat eivät kokeneet tarvetta vaikuttaa omiin lääketoimiinsa. He olivat tyytyväisiä siihen, että hoitajat huolehtivat lääkehoidosta. Osa kertoi, että lääkehoitoon vaikuttaminen oli mahdollista lääkärin kautta.

”En sanottavasti, lääkärin kautta jonkun verran, ei muuten.”

Koneelliseen annosjakeluun siirtyminen ei ollut tuonut muutoksia lääkehoidon ohjaukseen. Asiakkaat, jotka olivat olleet tyytyväisiä/tyytymättömiä saamaansa ohjaukseen, olivat edelleenkin samaa mieltä. Keskustelusta nousi myös esille, että asiakas on tottunut ottamaan lääkkeensä kyseenalaistamatta mitä lääkkeet olivat. Asiakkaat osoittivat luottamusta hoitajiin, koska he kokivat, että hoitajilta voi kysyä tarvittaessa neuvoa lääkehoidosta.

”Minä en oikeestaan tällä hetkellä tajua mitä kaikkee mulle laitetaan, kun purkit on pöydässä silloin kun tulen syömään ja juomaan ja ei niistä millonkaan oo ollu mittään puhetta, mitä ne sisältää.”

”No onhan siinä purkin kylässä aina se ohje laitettu mitenkä otetaan. Ja nämä hoitajat, kun käyvät, niin jos ei ymmärrä niin voi kysyä niiltä ja he edelleen selvittää apteekista.”

4.2 Koneellinen annosjakelu

Koneellisesta annosjakelusta koettiin tulleen enemmän hyötyjä kuin haittoja. Se koettiin luotettavammaksi, koska lääkehuolto ei ole enää kenenkään muistin varassa. Lisäksi asia koettiin hyväksi myös hoitajien puolesta, koska heidän ei tarvitse huolehtia käynneillään lääkkeiden jaosta. Haittana koettiin lääkkeiden tuoteselosteen puuttuminen.

”Kait se on tuota luotettavampi, ..., eikä lääkkeet oo kenenkään muistin varassa.”

”No se on hyöty, että ei tarvii hoitajien niitä jakkoo.”

Annospussit koettiin olleen luotettavia ja virheettömiä. Vain yhden kerran annospussista oli asiakkaan kertoman mukaan puuttunut lääke, jonka hoitaja oli hoitanut yhteistyössä apteekin kanssa. Muuten annospussit olivat olleet lääkelistan mukaisesti jaetut.

”Yhesti oli virhe,...hoitaja soitti apteekkiin ja apteekki sitten korjasi sen.”

Osa haastateltavista kertoi, etteivät he hoida itse maksujaan, joten he eivät tienneet mahdollisista kustannusten muutoksista. Osa hoiti maksut varmuudella itse, mutta joidenkin haastateltavien kohdalla asia jäi epäselväksi. Lääkehoidon kustannuksiin ei ollut tullut tai ei ollut huomattu tulleen muutoksia koneelliseen annosjakeluun siirtymisen jälkeen. Epäselvyyttä oli aiheuttanut myös laskutuksen sekavuus. Moni asiakas koki, ettei kotihoidon kustannuksiin ollut tullut muutoksia koneelliseen annosjakeluun siirtymisen jälkeen. Mutta osa haastateltavista oli kuitenkin eri mieltä.

”En minä oo huomannu.”

”Siihen on pinkka papereita tuossa, joka on niin sekava, että siitä en saa minä selevelle. Minä oon monta vuorokautta niitä selevelle ja ne on niin kummallisesti laskutettu.”

Haastateltavat olivat eri mieltä siitä, onko hoitajilla enemmän aikaa asiakkaille koneelliseen annosjakeluun siirtymiseen jälkeen. Osa ei ollut kiinnittänyt asiaan edes huomiota. Hoitajien ainainen kiire kuului osan vastauksista ja sen vuoksi ei osattukaan odottaa saavan enempää aikaa. Erään asiakkaan mielestä aikaa oli koneelliseen annosjakeluun siirtymisen jälkeen enemmän, muttei hän kertonut, kuinka se ilmeni.

”Aina niillä on kiire. Ihan sama kiire ja sitä paitsi minä kovasti yritän ite tehdä kaiken mitä pystyn. Ei niillä kyllä oo aikaa, aina niillon kiire.”

”No ihan samalla lailla aikaa on.”

Koneelliseen annosjakeluun siirtymisessä tyytymättömyyttä aiheutti puutteellinen tiedottaminen. Yksi haastateltavista ei ollut saanut lainkaan tietoa siirtymisestä. Osa haastateltavista taas kertoi, että he olivat saaneet tarpeeksi tietoa siirtymisestä koneelliseen annosjakeluun.

”Annettiin joku pikkulehtinen apteekista, että en minä sen enempää siitä tienny.”

5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

5.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus koko tutkimusprosessin ajan on hyvin keskeinen asia. Tutkimuksen hyödynnettävyys riippuu sen luotettavuudesta. Kylmä ja Juvakka (2007) ovat kuvanneet selkeästi laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit. Tämän vuoksi olemme päätyneet käyttämään heidän kuvaamiaan kriteerejä. Luotettavuuskriteerejä on heidän mukaan uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Kylmä ja Juvakan (2007) mukaan uskottavuus tarkoittaa ”...tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa” sekä sitä, että ”...tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuvien henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta.” (Kylmä & Juvakka 2007). Uskottavuutta pyrimme toteuttamaan yhteistyöllä. Arvioimme ryhmämme jäsenten kesken lähteiden ja tutkimusaineiston luotettavuutta tutkimuksen eri vaiheissa. Emme plagioineet jo kirjoitettua tekstiä ja pyrimme arvioimaan omaa kirjoittamaamme tekstiä kriittisesti. Kirjasimme huomioitamme eri opinnäytetyöprosessin vaiheista, jotta raportin kirjoittaminen olisi luotettavampaa. Tulokset pyrimme kuvaamaan totuudenmukaisesti. Käsittelimme tutkimusaineistoa useina päivinä yksin ja yhdessä, jotta saisimme eri näkemyksiä aineiston tulkitaan. Saimme palautetta ohjaavalta opettajaltamme, opponenteiltamme sekä toimeksiantajaltamme, joita hyödynsimme työssämme.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että toisen tutkijan pitäisi päästä samoihin tuloksiin samasta aineistosta tehdyssä tutkimuksessa. Etenkin laadullisessa tutkimuksessa se voi olla hankalaa, koska jokainen tutkija tulkitsee vastaukset hieman eri tavalla. Tärkeätä kuitenkin on, että raportissa on selkeästi kuvattu tutkimuksen eri vaiheet, jotta lukijat tietävät tarkat perustelut valinnoille. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tutkimusraportissamme pyrimme kuvaamaan tutkimusprosessin niin, että lukija ymmärtäisi, miten tulokset ovat muodostuneet ja kuinka niitä on tulkittu.

Reflektiivisyyttä Kylmä ja Juvakka (2007) kuvaavat näin: ”Tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa...” (Kylmä &

Juvakka 2007). Refleksiivisyyttä pohdimme yhdessä työtä tehdessämme. Pyrimme siihen, että omat mielipiteemme eivät saisi vaikuttaa missään tutkimuksen vaiheessa työhömmme. Erityisesti laatiessamme tutkimussuunnitelmaa, jouduimme pohtimaan asiaa useasti. Teemahaastattelurungon muotoilu sekä haastattelutilanteet olivat haastavia, koska yhden opinnäytetyön tekijän aikaisempi työkokemus kotihoidosta meinasivat vaikuttaa työhömmme eri vaiheissa.

Tulosten siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tulokset pitäisi olla siirrettävissä muihin samanlaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007). Siirrettävyyden pyrimme takaamaan sillä, että selvitimme raportissamme mahdollisimman tarkasti tutkimuksen lähtökohdat, kohderyhmän sekä koneellisen annosjakelun toteutumisen Kuopion kotihoidossa.

5.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessamme eettisesti erittäin tärkeänä asiana pidimme asiakkaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Leino-Kilpi & Välimäki (2009) toteavat, että itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta tutkittavilta on tärkeää saada suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Haastateltaviksi valitut asiakkaat saivat osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti ja anonymisti. Tutkittavien tulee saada tietoa tutkimuksesta etukäteen ja heidän tulee olla tietoisia oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009.) Kaikissa tutkimuksen vaiheissa noudatimme salassapitovelvollisuutta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Saatekirjeiden avulla pyrimme kuvaamaan tutkimuksen aiheen ja tarkoituksen riittävän selkeästi (Liite 1). Halusimme, että asiakkaat ymmärtävät, miksi keräämme tietoa ja mihin käytämme sitä sekä miksi se on tärkeää. Osa valituista asiakkaista ei halunnut osallistua haastatteluun.

Anneli Sarvimäen (2006) mukaan yksi merkittävä tavoite tutkijalle on saada tutkittavat vakuuttuneiksi siitä, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja ettei suostumatta jättäminen vaikuta vanhuksen saamiin palveluihin. Vanhukset voivat kokea, että heidän on suostuttava tutkimuksiin oman riippuvuutensa vuoksi palveluihin. He saattavat kokea, että heidän vastauksensa vaikuttavat heidän hoitoonsa tai kohteluunsa. Totuudenmukaisten vastausten saamisen kannalta on tärkeää perustella tutkittaville selkeästi, mistä tutkimuksessa on kyse. (Sarvimäki 2006, 9-13.)

Pohdimme myös, ovatko asiakkaat ymmärtäneet suostumuslomaketta täyttäessään sekä koko haastattelutilanteen ajan, mistä haastattelussa on kyse. Lisäksi herättää kysymyksiä, onko asiakas kykenevä itsenäiseen päätöksentekoon, jos hänen oikeustoimikelpoisuutensa on alentunut heikentyneen muistin vuoksi (Mäki-Petäjä-Leinonen 2006, 20–23).

Suurella osalla kotihoidon asiakkailla muisti on heikentynyt. Haastateltavien valinta oli haastavaa, sillä yksi valintakriteeri oli, että tutkittavilla ei saisi olla mm. muistisairautta. Pohdimme, kuinka totuudenmukainen tutkimusaineistomme on. Olisiko meidän pitänyt tutkia myös niitä asiakkaita, joiden muisti on heikentynyt. Tämä seikka olisi tuonut tutkimukseemme lisää haasteita. Päivi Topo (2006) toteaa, että dementoivaa sairautta sairastavien tutkimustilanteessa on tärkeää säilyttää turvallisuuden tunne harkitsemalla tarkkaan tutkimuspaikka ja tiedonkeruutapa. Tutkijan ammattitaito on myös välttämätöntä. Tutkijalta vaaditaan reflektointikykyä ja oman sekä tutkittavan haavoittuvuuden ymmärtämistä. (Topo 2006, 24–29.)

5.3 Tulosten luotettavuus

Tulosten luotettavuutta on arvioitava usean tekijän perusteella. Tutkimuksessamme tällaisia ovat mm. se, kuinka hyvin tulokset ovat yleistettävissä, eli edustivatko tutkittavat koko kohderyhmää. On arvioitava lisäksi, miten aineiston kerääminen ja analysointi tapahtui sekä miten tutkimusaineisto käsiteltiin.

Tulosten hyödynnettävyyden kannalta on pohdittava aineiston edustavuutta. Tutkimuksessamme tutkimme asiakkaita, joilla ei ole muistisairautta. Kokemustiedon perusteella kuitenkin suuri osa kotihoidon asiakkaista sairastaa jotakin muistisairautta. Tämän seikan perusteella tutkimuksemme ei edusta kattavasti koko kotihoidon kohderyhmää.

Haastatteluja tehdessämme huomasimme, että tutkittavilla voi olla piilevästi dementiaoireita. Asiakkailla ei ollut todettuja muistisairauksia, mutta haastattelua tehdessämme huomioimme asiakkaan heikentyneen muistin. Näiden haastattelujen kohdalla jouduimme pohtimaan, kuinka luotettavina voimme vastauksia pitää sekä käsittelemmekö nämä haastattelut osana tutkimusaineistoa. Päädyimme käyttämään työssämme kaikkia vastauksia, joista itse saimme selvää. On kyseenalaistettava, ovatko tuloksemme luotettavia, yleistettäviä ja todella hyödynnettävissä tutkimuksemme kohderyhmää kuvaavina.

Aineiston keräämisen kannalta tärkeitä luotettavuuteen vaikuttavia asioita ovat muun muassa teemojen valinta, haastattelu tilanne ja – kesto sekä haastateltavan ja haastattelijan välinen vuorovaikutus (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009). Teemahaastattelurungon laatiminen oli ensimmäinen haasteemme, koska meidän piti huomioida omat ideat ja toimeksiantajan toiveet. Teemahaastattelurungon testauksessa huomasimme, että haastattelijan omat mielipiteet ja lisäkysymykset saattoivat johdatella asiakasta etenkin, kun haastattelijana toimi yksi ryhmämme jäsen, jolla oli kokemusta kotihoidon työstä. Päätimme sitten, että haastattelijana toimii toinen ryhmämme jäsen, jolla ei ole kotihoidon työkokemusta. Tarkoituksenamme oli näin lisätä luotettavuutta ja puolueettomuutta, niin ettemme johdattele asiakasta liikaa haastattelutilanteessa omien mielipiteidemme mukaisesti. Toinen haastattelija vähensi johdattelua ja lisäkysymysten määrää. Jälkeenpäin pohdimme, olisiko meidän kannattanut vaihtaa ainoastaan haastattelijaa ja kannustaa ja jopa johdatella asiakasta kertomaan laajemmin kokemuksistaan.

Tekemämme lisäkysymykset osoittautuivat liian tarkoiksi ja yksityiskohtaisiksi. Saimme niiden vuoksi hyvin lyhyitä kommentteja. Kysyimme asiakkailta mm. kustannuksista, joita heille tulee kotihoidon asiakkuudesta ja lääkehoidosta. Lisäksi kysyimme millaista apua he kokevat saavansa kotihoidon työntekijöiltä sekä mitä kerrottavaa heillä on koneellisesta annosjakelusta. Haastattelun aikana meille heräsi näistä aiheista tarkentavia kysymyksiä, joita esitimme asiakkaille. Kysymysten asettelu teki keskustelusta liian suppean ja kyselynomaisen, joka ei ollut alkuperäinen tarkoituksemme. Asiakkaat eivät ehkä tästä syystä lähteneet kertomaan asiasta laajemmin, kun hekin luulivat meidän vain haluavan kysymyksiimme vastaukset. Emme osanneet selittää tilanteen laatua heille tarpeeksi selvästi, emmekä johdatelleet tarpeeksi avoimeen keskusteluun. Olisimme varmasti toimineet toisin, jos meillä olisi ollut haastatteluista aiempaa kokemusta.

Haastattelut tehtiin asiakkaiden kotona päiväaikaan. Haastattelut kestivät noin 10–30 minuuttia. Asiakkaiden suhtautuminen haastatteluihin vaihteli. Muutama asiakas kertoi alussa, ettei heillä ole juuri mitään kerrottavaa meille aiheesta. Pari asiakasta taas kertoi, että heillä onkin tästä asiasta paljon kerrottavaa. Huomasimme, että testatesamme teemahaastattelurunkoa, että erään asiakkaan luona vaiheessa kotihoidon hoitajan läsnäolo ja kommentointi häiritsi haastattelua, ainakin haastattelijan näkökulmasta. Näin ollen jatkossa huomioimme sen, ettei hoitaja ole paikalla haastattelutilanteessa. Häiritsevänä tekijä oli myös asiakkaan nieluinfektio, joka häiritsi puhetta ja

saattoi vaikuttaa haastatteluun. Keskustelusta sai kuitenkin selvän nauhalta. Lisäksi pohdimme, että nauhurin näytillä oleminen ehkä häiritsi joitakin asiakkaita. Asia oli itsellemmekin niin uusi, että emme alussa keskittyneet tekemään tilanteesta luontevaa.

Aineiston analysointi ja esille nousseiden asioiden käsittely oli haastavin vaihe työsämme. Pohdimme, olemmeko ymmärtäneet asiat samalla tavalla kuin he ne tarkoittivat. Muutama ilmaisu oli niin epäselvä, että emme pystyneet hyödyntämään niitä aineiston analysoinnissa, koska emme ymmärtäneet mitä asiakas sillä tarkoitti. Mietimme myös, että poimimmeko aineiston pelkistämävaiheessa asiakkaiden ilmaisuita kaikki oleelliset asiat. Ilmaisuja oli mielestämme helppo yhdistellä, koska aineisto jäi melko suppeaksi. On silti mahdollista, että olemme voineet tehdä tässä vaiheessa tulkintavirheitä. Olemme kuitenkin pyrkineet tekemään kaikkemme säilyttääksemme tulokset mahdollisimman muuttumattomina.

6 POHDINTA

Selvitimme opinnäytetyössämme Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Asetettuihin tutkimustehtäviin haimme vastauksia teemahaastattelun avulla.

Aikaisempaan tutkimustietoon tutustuessamme huomasimme aiheestamme löytyvän paljon tutkimustietoa hoitohenkilökunnan näkökulmasta, asiakkaiden mielipiteitä ei ollut juurikaan tutkittu. Pyrimme valitsemaan tutkimuksen tekemiseen luotettavaa ja uusinta tietoa, joskin jouduimme myös käyttämään vanhempaa materiaalia, koska uudempia tutkimuksia aiheesta ei ollut saatavilla.

Lähdemateriaalia etsimme muun muassa Savonia-ammattikorkeakoulun, Itä-Suomen yliopiston sekä Kuopion ja Joensuun kaupunkien kirjastoista. Tiedon hakuun käytimme kirjastojen hakukoneiden lisäksi Linda- yliopistokirjastojen yhteistietokantaa, The- seus- ammattikorkeakoulujen verkkokirjastoa, Savonia-ammattikorkeakoulun Aapeli- tietokantaa, Cinahl-, Medic- ja Svemed- tietokantoja sekä Google- hakukonetta.

6.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksissa yllättävää oli se, kuinka moni kotihoidon asiakkaista ei tiennyt mitä lääkkeitä heillä oli käytössään. Kaikilla asiakkailla ei ollut mielestään mahdollisuutta vaikuttaa ja osalla ei ollut edes tarvetta vaikuttaa omaan lääkehoitoonsa. Asiakkaat luottivat hyvin paljon terveydenhuoltohenkilökuntaan lääkehoidossaan sekä arvostivat sitä, että hoitajalta oli mahdollisuus kysyä tarpeen tullen lääkitykseen liittyvistä asioista. Jäi kuitenkin epäselväksi, toteutuuko asiakkaiden itsemääräämisoikeus lääkehoidossa, eli voivatko he halutessaan vaikuttaa riittävästi lääkehoitoonsa. Lääkehoidon ohjaukseen ja hoitajien työnkuvaan ei ollut tullut selkeitä muutoksia, koska asiakkaiden vastaukset vaihtelivat niin paljon.

Suurin osa kotihoidon asiakkaista oli sitä mieltä, ettei lääkehoidon ja kotihoidon kustannuksiin ollut tullut muutoksia. Kolmen asiakkaan vastauksissa jäi epäselväksi hoitivatko he maksujaan itse. Tällöin vastauksissa on huomioitava se mahdollisuus, etteivät he tiedä mahdollisista muutoksista. Pohdimme, että tulosten luotettavuuden kannalta meidän olisi pitänyt erikseen kysyä, hoitaako asiakas itse kotihoidon ja lääkehoidon kustannukset. Lääkehoidon kustannusten muutokseen emme saaneet sel-

keää vastausta, jos tarkastelemme nyt niiden asiakkaiden vastauksia, jotka hoitivat maksunsa varmuudella itse. Niistä, jotka hoitivat varmuudella maksunsa itse yksi osasi sanoa, että kotihoidon kustannukset olivat nousseet ja kaksi ei tiennyt. Mikäli tähän yhteen vastaukseen voi luottaa, kotihoidon kustannukset olivat nousseet.

Suurin osa vastaajista koki koneelliseen annosjakeluun siirtymisen hyödylliseksi ja koneellisen lääkkeenjaon luotettavaksi. Kehitettävänä asioina koettiin lääkkeiden tuoteselosteen puuttuminen sekä laskutuksen epäselvyys. Näissä asioissa apteekeilla olisi mahdollisuus kehittää palveluaan niin, että asiakkaat kokisivat lääkehoidon toteutumisen selkeämmäksi ja turvallisemmaksi. Lisäksi hankaluutta aiheutti vanhan tutun lääkkeen vaihtuminen uuteen rinnakkaisvalmisteseen, mikä voi lisätä asiakkaan turvattomuuden tunnetta. Tulokset vahvistivat käsityksen siitä, että siirryttäessä koneelliseen annosjakeluun olisi tiedottamisen kuulunut olla kattavampaa. Koneellinen annosjakelu koettiin hyödylliseksi ja sitä kannattaa edelleen kehittää vastaamaan asiakkaiden tarpeita.

6.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen oli meille jokaiselle ensimmäinen tutkimustyö. Tutkimusmenetelmien kurssit auttoivat meitä pääsemään työssämme alkuun, pystyimme näin hahmottamaan itse opinnäytetyönprosessin kulun. Opimme kriittistä ajattelua ja tieteellisen tekstin muotoilua. Lisäksi opimme lähdekirjallisuuden käyttöä sekä sen luotettavuuden arviointia. Saimme käsityksen siitä, kuinka tietoa kerätään hoitotyön kehittämiseksi. Kehitystyö tapahtuu kuitenkin hitaasti ja tutkimukset ovat kehitykselle välttämätön edellytys.

Materiaalin koostaminen yhdessä oli melko haastavaa, mutta antoisaa. Se opetti meille suunnitelmallisuutta ja joustavuutta. Yhteistyömme sujui ongelmitta, koska pystyimme priorisoimaan tekemiämme asioita. Pysyimme aikataulussa lähes alkupe räisen suunnitelmamme mukaisesti.

Työ kotihoidossa ja koneellinen annosjakelu olivat osalle ryhmämme jäsenistä vieraampia. Opinnäytetyötä tehdessämme ne tulivat kuitenkin meille tutummaksi. Annosjakeluprosessi ja sen vaiheet selventyivät ja se lisäsi ymmärrystä kotihoidon asiakkaiden lääkehoidosta. Tulevaisuudessa tästä on hyötyä meille, olipa tuleva työpaikkamme missä tahansa hoitotyön parissa. Sairaalan osastoilla työskennellessämme osaamme entistä paremmin huomioida kotihoidon asiakkaiden tarpeet kotiu-

tusvaiheessa. Lisäksi opimme ymmärtämään asiakkaan kokemusta uusien muutosten edessä. Mahdollisesti jatkossa työssämme pystymme paremmin hoitajina huomiomaan sen ja olemaan asiakkaan tukena. Kuten tutkimuksemme tuloksissa kävi ilmi, asiakkaat luottavat hoitohenkilökuntaan suunnattomasti. Se herättää pohtimaan omaa työskentelyä.

Aluksi lähdimme tekemään laadullista tutkimusta tarkasti laadullisen tutkimuksen ohjeiden mukaisesti. Saimme kuitenkin toimeksiantajaltamme ohjeen tehdä kysymyksistä tarkempia kuin olimme suunnitelleet. Kokemattomina tutkijoina pidimme tärkeänä noudattaa toimeksiantajamme ohjeita ja unohdimme noudattaa laadullisen tutkimuksen ohjeita. Saimme myös ohjauksessa neuvon ilmaista tulokset numeraalisesti, joka kuitenkin on enemmän määrällisen tutkimuksen piirre. Meidän olisi vain pitänyt luottaa omaan alkuperäiseen suunnitelmaan, jonka olimme tehneet ennen opinnäytetyön aloittamista. Luotimme nyt täysin ohjaavien tahojen ohjeisiin kyseenalaistamatta niitä. Välillä ajattelimme, että eihän laadullisessa tutkimuksessa näin menetellä. Luulimme, että meidän kuuluu toimia saamiemme ohjeiden mukaan. Työ tuntui välillä hyvin haastavalle, kun sekoitimme laadullisen ja määrällisen tutkimuksen menetelmiä. Mikäli olisimme ymmärtäneet virheemme aikaisemmin, olisimme säästyneet turhalta työltä. Tämä prosessi ja korjaukset ovat vielä entisestään syventäneet ymmärrystämme laadullisen tutkimuksen ominaispiirteistä.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksesta saamiemme tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kehittäessä koneellisen annosjakelun piirissä olevien asiakkaiden lääkehoitoa asiakaslähtöisemmäksi. Koneellisesta annosjakelusta ja erityisesti asiakkaiden kokemuksista on tehty vähän tutkimuksia, mikä osoittaa, että lisätutkimukselle on edelleen tarvetta.

Tutkimuksemme kohderyhmänä olivat kuusi koneellisen annosjakelun piirissä olevaa kotihoidon asiakasta. Olemme sitä mieltä, että aihetta olisi hyvä tutkia vielä kattavammalla joukolla riippumatta asiakkaiden sairauksista tai muista mahdollisista rajoitteista. Myös apteekit voisivat tutkia aihetta omasta näkökulmastaan, koska vastauksista kävi ilmi, että esimerkiksi laskutus on epäselvää.

Olemme lähettäneet kotihoitoon työmme viimeistelyvaiheessa. He ovat saaneet lukea tulokset ja antaa meille vielä korjausehdotuksia työhömmme. Yhteistyö kotihoidon kanssa on sujunut hyvin koko ajan. Olemme saaneet palautetta ja ehdotuksia aina

kun olemme niitä tarvinneet. Kotihoidon edustaja tulee myös seuraamaan opinnäyte-työmme esitystä. Annamme heille työstämme valmiin version käyttöön. Toivomme, että kotihoito hyötyisi tuloksista jatkossa.

LÄHTEET

Agge, E. 2009. Sairaanhoidajille rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. *Sairaanhoitaja* 82 (3), 7-8.

Ahonen, J. 2010. Iäkkään lääkehoidossa ongelmia – apuna moniammatillinen lääkehoidon arviointi. *Farmaseuttinen aikakauskirja Dosis* 26 (1), 6-12.

Björkholm, K. 2010. ANJA-lääkejakelu työntekijöiden kokemana Vaasassa. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma (Ylempi AMK). Viitattu 17.9.2011. Saatavissa:
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20504/Bjorkholm_Kirsi.pdf?sequence=1

Ellenbecker CH, Frazier SC & Verney S. 2004. Nurses` observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care *Geriatric Nursing* 25 (3), 164-170.

Fimea. 2010. Iäkkäiden lääkityksen tietokanta. Viitattu: 16.10.2011. Saatavissa:
http://www.fimea.fi/laaketieto/laakehoitojen_arviointi/iakkaiden_laakityksen_tietokanta

Fontan, J. E., Maneglier, V., Nguyen V.X., Brion, F. & Loirat, C. 2003. Medication errors in hospital: computerized unit dose drug dispensing system versus ward stock distribution system. *Pharmacy Word & Science* 59 (3), 112-117. Viitattu 27.10.2010. Saatavissa:
<http://www.springerlink.com/content/v152t6546622l7v6/>

Haho, A. 2010. Vanhusten lääkehoidon eettisiä kysymyksiä. *Sairaanhoitaja* 83 (6-7), 50-51.

HaiPro. 2011. Terveystuon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 24.11.2011. Saatavissa:
<http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx>

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi lääkelain muuttamisesta. 2010. Finlex. Viitattu 29.10.2010. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100094.pdf>

Hannila, P. & Kyngäs, P. 2008. Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK). Opinnäytetyö. Viitattu 25.1.2011. Saatavissa:

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38214/stadia-1210852529-2.pdf?sequence=1>

Hannukainen, S. 2008. Lääkehoito kotona asuvan ikääntyneen kokemana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 27.10.2010. Saatavissa:

http://med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit_2008/hannukainen_sanna.pdf

Hannukainen, S. 2009. Onnistunut lääkehoito kotisairaanhoidossa. Sairaanhoitaja 83 (8) 42-43.

Harjunen, P. 2010. Apua opinnäytetyöhömmö. paivi.harjunen(a)uef.fi. 3.10.2010.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

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

Hoppu, K., Kuitunen, T. & Kuisma, P. 2009. Myrkytystietokeskukseen tulee yhä enemmän kyselyjä lääkitysvirheistä terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 64 (24), 2208–2211.

Hujanen, J. 1999. Annosjakelu apteekin palveluna hoitokodeille. Kuopion yliopisto. Farmaseuttinen tiedekunta. Pro-gradu tutkielma.

Huupponen, R. & Hartikainen S. 2011. Monilääkitys – huono isäntä, joskus kelpo renki. Suomen Lääkärilehti 66 (36), 2602-2603.

Härkänen, M. 2011. LÄÄKITYSPOIKKEAMAT- Internet-pohjaisen raportointijärjestelmän hyödyntäminen lääkityspoikkeamien ymmärtämisessä organisaatiotasolla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3. Helsinki.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uud. painos. Helsinki: WSOY, 7-19.

Jurvalahti, T. 2000. Annosjakelu Oulaisten apteekissa-palvelu Oulaisten vanhainkoille. Kuopion yliopisto. Koulutus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia ja selvityksiä 1/2000.

Jyväskylän Uusi apteekki. 2011. Koneellinen annosjakelu. Viitattu 8.10.2011. Saatavissa:

<http://www.uusiapteekki.com/annosjakelu.html>

Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY-pro.

Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Tammi.

Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: WSOY.

Kinnunen, M. 2010. Lääkekortti lisää potilasturvallisuutta. Sairaanhoitaja 83 (3), 46–47.

Kwint, H-F., Faber, A., Gussekloo, J. & Bouvy^{1,2}, Marcel L. 2011. Effects of Medication Review on Drug-Related Problems in Patients Using Automated Drug-Dispensing Systems. *Drugs & Aging* 28 (4), 305-314.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kärkkäinen, E. 2004. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu säästää hoitajien aikaa asukkaille. Suomen apteekkarilehti- Finlands apotekartidning: *Apteekkari* 90 (1), 16–19.

Laitinen, H. 1999. Annosjakelu apteekin palveluna - toiminta Enon apteekissa. Kuopion yliopisto. Koulutus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia ja selvityksiä 3/1999.

Laitinen, H. 2006. Koneellinen annosjakelu Lahden kaupunginsairaalassa. Kuopion yliopisto. Farmakologian ja toksikologian laitos. Pro gradu –tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8. 1992/785. Finlex. Viitattu 3.11.2010. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Finlex. Viitattu 3.11.2010. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lampela, P., Hartikainen, S., Sulkava, R. & Huupponen R. 2007. Iäkäs tunnistaa lääkkeidensä haittavaikutukset huonosti. Suomen lääkärilehti 62 (27-31), 2664-2666.

Leino, S. & Pennanen L. 2008. Asiakaslähtöisyys hoitotyössä. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja (AMK). Opinnäytetyö. Viitattu 17.9.2011. Saatavissa:

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/37920/stadia-1210242745-2.pdf>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Leinonen, J. 2007. Koneellista annosjakelua Lahdessa. Tampuriini. (35-36), 6-7. Viitattu 01.08.2011. Saatavissa:

<http://www.tamro.com/Tampuriini/artikkelipdf/Laakkeiden%20koneellinen%20annosjakelu.pdf>

Linden-Lahti, C., Airaksinen, M., Pennanen, P. & Käyhkö, K. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. Suomen Lääkärilehti 64 (41), 3429-3434.

Lääkelaki 10.4.1987/395. Finlex. Viitattu 3.11.2010. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

Mikkonen, M., Asikainen, U., Kokkonen, S., Partanen, A. & Tirkkonen, R. 2010. Kotihoidon lääkehoitosuunnitelma. Kuopion kaupunki.

Mikkonen M. & Ylönen M. 2010. Opinnäytetyöpalaveri. Kuopion kaupunki, koti- ja laitoshoido. 27.9. Kuopio. Tiedotusmateriaalit/Diasarjat

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2006. Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. STAKES työpapereita 21/2006. Helsinki, 20–23.

Nikko, S. 2008. Koneellinen annosjakelu hillitsee lääkekuluja. Tampuriini (7-8) 12–13. Viitattu 3.1.2010. Saatavissa:

http://www.tamro.com/Tampuriini/artikkelipdf/s10-11%20kon.%20annosjakelu_5.pdf

Nordling, S., Carlsten, A. & Ragnarson Tennvall, G. 2009. Vilken nytta har Apo-Dos jämfört med läkemedelshantering baserad på traditionell receptförskrivning? IHE e-rapport 2009:2 Viitattu 17.10.2010. Saatavissa:

<http://www.ihe.se/getfile.aspx?id=1323>

Nyman, J. 2009. Apteekin annosjakelu kotihoidossa. Teoksessa Y. Engeström, A-L Niemelä, J. Nummijoki & J. Nyman (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 235–269.

Peura, S. 2001. Koneellinen annosjakelu käynnistyy pian. Suomen apteekkarilehti – Finlands apotekartidning: Apteekkari 90 (11), 12-13.

Pharmac Finland Oy. 2011. Palvelu. Viitattu 25.11.2011. Saatavissa.

<http://www.pharmac.fi/palvelu.html>

Pharma Service Oy. 2011. PharmaService Oy ja Espoonlahden apteekin Anjakyksikkö. Viitattu 25.11.2011. Saatavissa

<http://www.pharmaservice.fi/>

Pietikäinen T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro-gradu-tutkielma.

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. Finlex. Viitattu 3.11.2010. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

Remes-Ylönen, S. 2011. Vanhusten kotihoito sairaalan tasolle. Karjalainen (83), 9.

Ritmala-Castren, M. 2009. Lääkehuollon suuret muutokset. *Sairaanhoitaja* 82 (5), 30-32.

Saarikettu, E. 2007. Apteekkihenkilöstön ja vanhustenhuollon hoitajien näkemyksiä koneellisen annosjakelun käyttöönotosta ja sen vaikutuksista. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Saikkonen, E-L. 2003. Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin. KELA sosiaali- ja terveysturvan selosteita 29/2003. Helsinki.

Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224. Finlex. Viitattu 14.10.2010. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>

Sarvimäki, A. 2006. Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. STAKES työpapereita 21/2006. Helsinki, 9-13.

Savikko, V., Teinilä, T. & Airaksinen, M. 2006. Erehtyminen on inhimillistä – selvitys apteekkien toimitusvirheistä. *TABU. Lääkeinformaatiota Lääkelaitokselta*. 14 (4), 4-7, 38-40, 51-52.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet. Päivitetty 8.6.2007. Viitattu 20.7.2011. Saatavissa:
<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1236539>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveysturvalaki lisää asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia. Päivitetty 29.12.2010. Viitattu 4.1.2011. Saatavissa:
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1548738#fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011a. Avohuollon apteekkitoiminnan kehittämistarpeet. Päivitetty 24.3.2011. Viitattu 8.10.2011. Saatavissa:
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1557261

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011b. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Päivitetty 3.1.2011. Viitattu 13.3.2011. Saatavissa:
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Stakes. 2006. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus rohto. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Työpapereita 28/2006. Helsinki. Viitattu 27.10.2010. Saatavissa: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

Suikkanen, A., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2009. Estä virheet ennakolta. Sairaanhoidaja 82 (5), 22-25

Suomen Apteekkariliitto. 2006. Lääkkeet annospusseissa apteekista. Päivitetty 22.10.2010. Viitattu 3.11.2010. Saatavissa: <http://www.apteekkariliitto.fi/Documents/Annosjakelupalvelu.pdf>

Säilä M. 2007. Ikääntyneiden lääkehoidon toteuttaminen kotihoidossa sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan näkökulmasta. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 27.10.2010. Saatavissa: http://med.utu.fi//hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit_2007/saila.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Päivitetty 2.6.2010. Viitattu 4.11.2011. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/finrai/FI/raijarjestelma.htm>

Topo, P. 2006. Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. STAKES työpapereita 21/2006. Helsinki, 24–29.

Toppinen, L., Moilanen, H., Järviluoma, E. & Tohmo, H. 2009. Osastofarmasia parantaa potilasturvallisuutta. Suomen Lääkärilehti. 64 (17), 1552–1553.

Turvallinen Lääkehoito. 2006. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki.

Viikilä, J. 2009. Työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia koneellisesta annosjake-
lusta Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa. Pieksämäki. Diakonia ammat-
tikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK). Opinnäytetyö. Viitattu
3.11.2010. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/handle/10024/4697>

SAATEKIRJE



HYVÄ KOTIHOIDON ASIAKAS

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita Savonia ammattikorkeakoulun Kuopion yksiköstä. Teemme opintoihimme kuuluvan opinnäytetyön, jossa selvitämme asiakkaiden kokemuksia koneellisesta annosjakelusta. Työmme toimeksiantaja on Kuopion kaupunki, joka on myöntänyt tutkimusluvan työllemme.

Pyydämme Teitä osallistumaan haastatteluun, jonka teemme kotihoidon työntekijän käynnin yhteydessä. Vastausten käsittelyn helpottamiseksi ja luotettavuuden takaamiseksi nauhoitamme haastattelutilanteen. Kyseiset äänitallenteet hävitämme käytön jälkeen, eikä niitä luovuteta missään vaiheessa ulkopuolisille. Mikäli suostuttu haastateltavaksi, niin lisäksi pyydämme Teitä allekirjoittamaan suostumuksen teemahaastatteluun osallistumisesta sekä äänitallenteen tekemisestä.

Käsitlemme saamiamme vastauksia luottamuksellisesti. Nimenne ja henkilökohtaiset tietonne eivät tule ilmi missään vaiheessa.

Aikataulu:

Mielipiteenne on meille tärkeä!

Ystävällisin terveisin

Mari Hiltunen

Saana Kananen

Virpi Ovaskainen

SUOSTUMUS TEEMAHAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA JA ÄÄNITALLENTTEEN TEKEMISESTÄ

Olen lukenut minulle tulleen saatekirjeen. Suostun osallistumaan teemahaastatteluun sekä annan suostumukseni äänitallenteen tekemiselle.

Haluatteko, että tulemme haastattelemaan Teitä hoitajan käynnin yhteydessä?

Kyllä

Ei

Päivämäärä ja paikka

Allekirjoitus ja nimenselvennys





KUOPIO

Hoivajohtaja

23.02.2011

19 §

Ovaskainen Virpi

Saarijärventie 12 D 48
70460 KUOPIO

1013 / 230 / 2011

Muut asiat

**Tutkimuslupa opiskelijoille Mari Hiltunen, Saana Kananen ja Virpi
Ovaskainen / Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden
koneellisesta annosjakelusta**

Savonia-ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijat Mari Hiltunen, Saana Kananen ja Virpi Ovaskainen hakevat tutkimuslupaa opinnäytetyön tekemiseen aiheesta Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet, kesto, aineisto ja menetelmät on kirjattu tutkimuslupahakemukseen, johon on liitetty opinnäytetyön työsuunnitelma.

Päätös

Myönnän Mari Hiltuselle, Saana Kanaselle ja Virpi Ovaskaiselle hakemuksen mukaisen tutkimusluvan toteutettavaksi haastattelemalla kotihoidon asiakkaita vuoden 2011 aikana. Tutkimuksen tekemisessä tulee noudattaa tarvittavia salassapitosäännöksiä ja yksi kappale valmistuvaa tutkimusta tulee luovuttaa Kuopion kaupungin vanhus- ja vammaispalvelujen käyttöön korvauksetta.

Toimivallan peruste:


Perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueiden toimintasääntö § 3

Mari Antikainen
hoivajohtaja

Liite Tutkimuslupahakemus ja työsuunnitelma

Tiedoksi Kotihoidon päällikkö Merja Ylönen
Koulutuspäällikkö Pirjo Varjoranta
Kirjaamo
Perusturva- ja terveyslautakunta

Pöytäkirja pidetään yleisesti nähtävänä 28.2.2011 Savotalolla
osoitteessa Tulliportinkatu 17 G, 1. kerros, huone 110.


Anne Miettinen
hallintosihteeri

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Vaikutusmahdollisuutenne omaan lääkehoitoon.

Lääkehoidon toteutuminen koneelliseen annosjakeluun siirtymisen jälkeen.

Kokemuksia koneellisesta annosjakelusta.