
KOKEMUKSIA LÄÄKEKELLON KÄYTÖSTÄ KOTIHOIDOSSA




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, syksy 2015

Elina Helminen, Aija-Liisa Martineero ja Viivi Suna



FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Elina Helminen Aija-Liisa Martineero Viivi Suna	Vuosi 2015
Työn nimi	Kokemuksia lääkekellon käytöstä kotihoidossa	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden ja hoitajien kokemuksia lääkekellon käytöstä kotihoidossa. Tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää hyvinvointiteknologian käytössä. Opinnäytetyön aineisto kerättiin Forssan kotihoidon asiakkailta ja hoitajilta. Haastattelut toteutettiin asiakkaille yksilöhaastatteluina ja hoitajille ryhmähaastatteluna. Aineisto analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysiä.

Asiakkaat suhtautuivat hyvinvointiteknologiaan ja lääkekellokokeiluun yleisesti ottaen myönteisesti. Hoitajien mielestä sopivien asiakkaiden löytäminen oli haastavaa. Lääkekellokokeilun alussa asiakkaita ja hoitajia mietitytti laitteen käyttö ja toimivuus. Hoitajat kokivat, että lääkekelloa käyttävät aina vain samat työntekijät. Asiakkaiden mielestä hoitajien antama ohjaus ja perehdytys oli riittävää. Hoitajat saivat mielestään riittävästi ohjausta ja perehdytystä lääkekellon ja portaalin käyttöön. Tuloksista käy kuitenkin ilmi, että osaamattomuudesta johtuen lääkehoidon seurannassa käytettävä portaali ei ollut käytössä. Lääkekello yritys Addoz Oy oli tuonut ilmi, että lisäohjausta lääkekellon ja portaalin käyttöön saa pyydetäessä. Kaikki hoitajat eivät olleet hyödyntäneet tätä mahdollisuutta. Lääkekellon toimintoihin ja ominaisuuksiin oltiin melko tyytyväisiä.

Oikein käytettynä lääkekello voi lisätä turvallisen lääkehoidon toteutumista. Lääkekellon käytöllä on vaikutusta kotihoidon käyntien määrään. Hyvinvointiteknologian avulla voidaan lisätä asiakkaiden itsenäistä selviytymistä ja toimintakykyä.

Avainsanat Lääkekello, kotihoito, hyvinvointiteknologia ja lääkehoito

Sivut 40s. + liitteet 10s.

FORSSA
Degree Programme in Nursing
Registered Nurse

Author	Elina Helminen Aija-Liisa Martineero Viivi Suna	Year 2015
Subject of Bachelor's thesis	Experiences of medicine clock usage in home care	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to find out customers' and nurses' experiences of medicine clock usage in home care. The target was to gain information which can be utilized in the usage of welfare technology. Material for this thesis was gathered from home care customers and nurses in Forssa. Interviews were carried out as individual interviews with the customers and as a group interview with the home care nurses. Material was analyzed by using content analysis.

The customers were reacting mainly positively to welfare technology and to the medicine clock experiment. The home care nurses found it challenging to find suitable customers to the experiment. At the beginning of the medicine clock experiment customers and home care nurses were suspicious regarding the usage and functioning of the medicine clock. The home care nurses felt that the medicine clock was always used by the same employees. The customers felt that induction and guidance given by the home care nurses was adequate. The home care nurses felt that they got enough induction and guidance to the usage of the medicine clock and the related portal. Still, thesis results indicate that due to lack of knowledge the portal was not used. The medicine clock company Addoz Oy had indicated that more guidance is provided to the usage of the medicine clock and the related portal if requested. All home care nurses had not taken advantage of this possibility. The parties were fairly pleased with the functionality and features of the medicine clock.

Proper usage of the medicine clock may increase safe medication. The usage of the medicine clock affects the number of home care visits to customers. By using welfare technology customers' independency and functional ability can be increased.

Keywords Medicine clock, home care, welfare technology and medication

Pages 40p. + appendices 10p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KOTIHOITO TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ	2
2.1	Hoitajan ammatillinen osaaminen	2
2.2	Lääkehoidon toteuttaminen kotihoidossa.....	2
2.3	Ikääntyneiden asumisen tukeminen	3
3	HYVINVOINTITEKNOLOGIA HOITOTYÖSSÄ.....	4
3.1	Hyvinvointiteknologian hyödyntäminen.....	4
3.2	Hyvinvointiteknologian käyttöönotto	5
3.3	Työntekijöiden suhtautuminen hyvinvointiteknologiaan hoitotyössä.....	5
3.4	Ikääntyneiden suhtautuminen hyvinvointiteknologiaan.....	6
3.5	Teknologian etiikka.....	7
4	HYVINVOINTITEKNOLOGIA KOTONA ASUMISEN TUKENA.....	7
4.1	Apuvälineet kotona asumisen tukena.....	8
4.2	Teknologian käytön oppiminen.....	8
4.3	Ikääntyneiden ohjaaminen.....	9
4.4	Lääkekello lääkehoidon apuvälineenä	10
4.5	Aikaisemmat kokeilut lääkekellosta.....	10
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	12
6.1	Kvalitatiivinen lähestymistapa	12
6.2	Haastateltavien valinta	12
6.3	Aineistonkeruu	13
6.4	Aineiston analysointi.....	14
7	TULOKSET	17
7.1	Asiakkaiden kokemukset lääkekellon käytöstä.....	17
7.1.1	Asiakkaiden suhtautuminen hyvinvointiteknologiaan	18
7.1.2	Asiakkaiden ohjaus ja perehdytys lääkekellon käyttöön.....	19
7.1.3	Asiakkaiden käyttökokemukset lääkekellosta	20
7.1.4	Asiakkaiden näkemys lääkekellon vaikutuksesta turvallisuuteen	21
7.2	Hoitajien kokemukset lääkekellon käytöstä.....	22
7.2.1	Hoitajien suhtautuminen hyvinvointiteknologiaan.....	22
7.2.2	Hoitajien ohjaus ja perehdytys lääkekellon käyttöön.....	23
7.2.3	Hoitajien käyttökokemukset lääkekellosta	25
7.2.4	Hoitajien näkemys lääkekellon vaikutuksesta turvallisuuteen	27
7.2.5	Lääkekellon käytön vaikuttavuus kotihoidossa.....	28
8	POHDINTA.....	29
8.1	Eettisyys	29

8.2	Luotettavuus	31
9	TULOSTEN TARKASTELU	33
9.1	Suhtautuminen hyvinvointitekologiaan.....	33
9.2	Ohjaus ja perehdytys lääkekellon käyttöön.....	34
9.3	Käyttökokemukset lääkekellosta.....	34
9.4	Läákekellon vaikutus turvallisuuteen.....	35
9.5	Läákekellon käytön vaikuttavuus kotihoidossa	35
10	KEHITTÄMISEHDOTUKSET	36
	LÄHTEET	37

Liite 1 SAATEKIRJE

Liite 2 SUOSTUMUSLOMAKE

Liite 3 HAASTATTELURUNKO HOITAJILLE

Liite 4 HAASTATTELURUNKO ASIAKKAILLE

Liite 5 ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET LÄÄKEKELLON KÄYTÖSTÄ

Liite 6 HOITAJIEN KOKEMUKSET LÄÄKEKELLON KÄYTÖSTÄ

Liite 7 KUTSUKIRJE HOITAJILLE

Liite 8 ADDOZ LÄÄKEKELLO

1 JOHDANTO

Suuntauksena tulevaisuuden palvelutarjonnassa on vähentää laitosasumista ja lisätä palveluiden saatavuutta kotiin (Raappana & Melkas 2009, 7). Kotihoidolla tarkoitetaan tukipalveluiden, kotipalveluiden ja sairaanhoitopalveluiden palvelukokonaisuutta, jossa autetaan eri-ikäisiä kotona asuvia, joilla toimintakyky on heikentynyt tilapäisesti tai pysyvästi. Suurin osa kotihoidon asiakkaista on ikääntyneitä. Muita asiakasryhmiä voivat olla esimerkiksi mielenterveyskuntoutujat, päihdeasiakkaat ja vammaisasiakkaat. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaiden toimintakykyä siten, että he voivat asua turvallisesti kodeissaan niin pitkään kuin mahdollista. (Ikonen 2015, 15–19.)

Erilaiset teknologiset apuvälineet tukevat kotihoidon asiakkaiden sosiaalista ja fyysistä esteettömyyttä. Inhimillistä hoivaa teknologia ei kuitenkaan korvaa. Teknologiaa tullaan hyödyntämään kodeissa entistä enemmän ja sen käytön tavoitteena ikääntyneiden palveluissa on edistää asiakkaan hyvinvointia, sekä sujuvoittaa hoitotyön työprosesseja auttamalla hoitajaa työssään. Pää tavoitteena hyvinvointiteknologian käytössä on aina asiakkaan hyvinvoinnin lisääminen. (Ikonen 2015, 121; Raappana & Melkas 2009, 7–9.)

Kotihoidossa asiakkailla on käytössään usein paljon säännöllisesti käytettäviä lääkkeitä ja palveluiden tarve liittyy usein lääkehoidon toteutukseen. Hoitohenkilökunta ohjaa asiakkaita lääkehoidossa, seuraa lääkkeiden vaikutuksia ja haittavaikutuksia sekä lääkehoidon onnistumista. Hoitajan tulee tiedottaa lääkärille lääkehoidon toteutumisesta. (Ikonen 2015, 250–252.) Esimerkkinä hyvinvointiteknologian hyödyntämisestä lääkehoidon tukena on lääkekello, joka muistuttaa asiakasta oikeasta lääkkeenottoajasta (Addoz Oy 2008, 4).

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli selvittää kokemuksia lääkekellon käytöstä Forssan kotihoidon asiakailta ja hoitajilta. Aihe on ajankohtainen, sillä hyvinvointiteknologian hyödyntäminen hoitotyössä tulee olemaan yhä tärkeämmässä roolissa tulevaisuudessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa lääkekellon käyttöön liittyvistä kokemuksista, jotta saataisiin lisää kokemusperäistä tietoa hyvinvointiteknologian vaikuttavuudesta kotihoidossa. Tavoitteena oli myös selvittää, miten lääkekello apuvälineenä vaikuttaa työntekijän toimintaan. Muutamia lääkekellon käyttöön liittyviä kokeiluja on toteutettu aikaisemmin myös muissa kunnissa.

Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössä ovat lääkekello, kotihoito, hyvinvointiteknologia ja lääkehoito.

2 KOTIHOITO TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

Tavoitteena kotihoidossa on auttaa asiakkaiden kuntoutumista ja toimintakykyä, jolla edistetään asiakkaiden kotona pärjäämistä, sekä kykyä toimia itsenäisesti. Lisäksi työssä pyritään toimimaan terveyttä ja hyvinvointia edistäen sekä lievittämään asiakkaan kokemaa mahdollista kipua. Kotihoidon palveluja voi saada vammaisuuden, sairauden tai heikentyneen toimintakyvyn takia. Ensisijaisesti palvelut kohdentuvat paljon huolenpitoa ja hoitoa tarvitseville pitkäaikaissairaille ja iäkkäille henkilöille, koska kuntien resurssit ovat rajalliset. (Ikonen 2013, 18–20, 177.)

Kotihoidossa asiakas saa apua suoriutuakseen arkielämän toiminnoista ja tehtävistä. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua käyttämiensä palvelujen suunnitteluun ja toteutukseen. Palvelujen arviointi tehdään yhdessä ammattihenkilön, asiakkaan ja tämän läheisten kanssa huomioon ottaen asiakkaan itsemääräämisoikeus. (Valvira 2012, 5.)

2.1 Hoitajan ammatillinen osaaminen

Kotihoidossa edellytetään sairaanhoitajalta laaja-alaista ammatillista osaamista, joka perustuu hoitotieteeseen. Hoitajan työ kotihoidossa on monipuolista ja kokonaisvaltaista. Hoitajan tulee toimia yhteistyössä eri toimijoiden kanssa, esimerkiksi asiakkaan tarvitessa apuvälinettä. Ammatteettiseen työotteeseen kuuluu toteuttaa työtä eettisten arvojen ja periaatteiden mukaisesti. Kotihoidossa eettisyys liittyy hoitajan kykyyn pohtia ja tunnistaa omaa toimintaa, sekä työhön liittyviä moraalisia kysymyksiä ja perusteluja. (Ikonen 2013, 172, 176–177, 190.)

Työtiimissä sairaanhoitajan tehtävänä on huolehtia, että lääkehoito on sujuvaa. Tähän kuuluu muun muassa lääkkeiden hankinta, säilyttäminen ja käsittely. Sairaanhoitajat valvovat ja ohjaavat tiimissä olevia muita työntekijöitä lääkehoitoon liittyvissä työtehtävissä. (Tokola 2006, 150.) Neuvonta ja ohjaaminen ovat keskeinen osa hoitajan työtä ja se edellyttää gerontologista tietämystä, sekä vahvaa ammatillisuutta. Ohjauksen tulee olla aina yksilöllistä ja sen tulee edetä asiakkaan ehdoilla. Asiakkaan tulee saada ohjausta omalla äidinkielellään ja ohjaustilanteessa tulee huomioida asiakkaan kulttuuritausta, sekä uskomukset. (Näslindh-Ylispangar 2012, 155–156.)

Kotihoidossa on tärkeää huomioida myös omaisten mukaan ottaminen ohjaukseen, jos asiakas tämän sallii. Omaisten on hyvä olla tietoisia mitä lääkkeitä heidän läheisensä käyttävät ja mitä vaikutuksia eri lääkkeet aiheuttavat. Näin mahdollistetaan asiakkaan ja hänen omaistensa osallistuminen lääkehoidon toteuttamiseen ja suunnitteluun. (Tokola 2006, 135.)

2.2 Lääkehoidon toteuttaminen kotihoidossa

Keskeisellä sijalla asiakkaan näkökulmasta turvallisen lääkehoidon toteutumista ohjaa lainsäädäntö. Näitä lakeja ovat muun muassa potilaan ase-

maa ja oikeutta koskeva laki (785/1992) ja laki (812/2000) sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 20). Kotihoidossa lääkehoito on olennainen osa hoitotyötä. Lääkehoidon toteutus kohdistuu enimmäkseen iäkkäisiin, mikä vaatii hoitajalta erityisosaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Työhön liittyy olennaisesti lääkehoidon ohjausta ja seurantaa. Asiakkaan terveydentila vaikuttaa hänen kykynsä osallistua omaan lääkehoitoon. (Ikonen 2013, 236, 240.) Osallistuminen omaan hoitoon ja lääkehoidon toteuttamiseen lisää ikääntyneen tyytyväisyyttä sekä kuuluvuuden tunnetta omaan ikäryhmäänsä (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 168).

Ikääntyneillä lääkehoitoon sitoutumista hankaloittavat tablettien puolittukset, lääkityksen monimutkaisuus, apteekkien tekemät lääkevaihdot, annostelu useaan kertaan päivässä ja muistivaikeudet. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 168). Asiakkaan tulee itse sitoutua oman lääkehoitonsa toteutukseen. Sitoutumista helpottaa tietämys omista lääkkeistään. Hoitajan toteuttama lääkehoidon ohjaus auttaa potilasta seuraamaan lääkkeiden positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia. (Koskinen, Puirava, Salimäki, Puirava & Ojala 2012, 47–48.) Lääkehoidon toteuttamisessa tärkeää on, että oikea potilas saa aina oikean lääkkeen, oikein annosteltuna, oikeaan aikaan ja oikein annettuna (Iivanainen & Syväoja 2009, 244).

2.3 Ikääntyneiden asumisen tukeminen

Ikääntyneistä suurin osa haluaa viettää vanhuuden päivät omissa kodeissaan. Ikääntyneen väestön elämänlaadun kannalta oma koti onkin asumisen paras paikka, koska se tukee osallisuutta, itsemääräämisoikeutta ja mielekästä tekemistä. Esteettömillä asuinrakennuksilla on suuri merkitys, jotta pystytään mahdollistamaan ikääntyneiden asuminen kotona. Ikääntyneiden arjessa selviytymistä heikentävät ja tapaturmia lisäävät esteelliset rakennukset ja lähiympäristöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 21.)

Kunnilla on mahdollisuus vaikuttaa ikääntyneen väestön hyvinvointia tukevaan elinympäristöön, esimerkiksi erilaisilla asumisen vaihtoehtoilla, palvelurakenteilla sekä kulttuurisen, fyysisen ja sosiaalisen ympäristön tekijöillä. Kunnat on myös valtiovallan taholta määrätty luomaan suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980 2:5 §; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 21.)

Nykyiset tilat laitoksissa ja palvelutaloissa ovat tutkimusten mukaan ahtaita. Tiloissa olisi kehittämisen varaa ottaen huomioon erityisesti ikääntyneiden omatoimisuutta ja toimintakykyä edistävät tekijät. Erityisesti tarvittaisiin asumisen ja palvelut yhdistäviä kokonaisuuksia, jotka joustavuudellaan ja muunneltavuudeltaan huomioisivat ikääntyneiden moninaiset tarpeet. Jotta palvelurakenne tukisi ikäystävällistä kotona asumista, tarvittaisiin toimia niin asumisen, asuinympäristöjen kuin palvelujenkin osalta. Kunnat ovat muuttaneet palvelurakenteitaan vähentämällä laitoshoidon, mutta muutos on kuitenkin ollut erittäin maltillista ja niinpä ikääntyneitä ohjautuu edelleen asumisen ongelmien vuoksi vanhainkoteihin ja palvelu-

taloihin ympärivuorokautiseen hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 22.)

3 HYVINVOINTITEKNOLOGIA HOITOTYÖSSÄ

Väestön ikääntymisestä ja ikääntyneiden palveluista käydään paljon keskustelua länsimaissa. Palvelu- ja teknologiayrityksissä sekä julkisella sektorilla ikääntyneiden määrän kasvu on nostettu trendiksi, jolla on vaikutusta uusien innovaatioiden kehitykseen. (Lanne 2013, 262.)

Palveluita ja teknologioita tarjotaan sekä kehitetään markkinoille, joiden ostajina ovat esimerkiksi palveluyritykset, kunnat ja kuluttajat. Yrityksissä, joissa teknologiaa kehitetään, tiedetään teknologian mahdollisuuksista, mutta ei riittävästi tarpeista ja käytännön olosuhteista. Eri osapuolten näkemysten yhteen saattamista tarvitaan, jotta löydetään toimivia palveluita. (Lanne 2013, 262.)

3.1 Hyvinvointiteknologian hyödyntäminen

Hyvinvointiteknologian tarkoituksena on hyödyntää nykyaikaista teknologiaa ihmisen terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen sekä ylläpitoon. Tulevaisuudessa palvelujen tarjonnan suuntauksena on, että palvelut keskitettäisiin kotiin ja laitosasuminen vähentyisi. Hyvinvointiteknologian on todettu olevan yhtenä ratkaisuna omatoimiseen selviytymiseen ikääntyvien hoitotyössä. Tästä johtuen teknologian hyödyntäminen ikääntyneiden kodeissa lisääntyy. Teknologian tavoitteina pidetään yksilöllisyyden takaamista, terveyden ylläpitämistä, riippumattomuuden turvaamista, osallisuuden ja osallistumisen sekä elämänhallinnan tunteen säilyttämistä, virikkeellisyyttä ja liikkumisen edistämistä. (Raappana & Melkas 2009, 7, 10.)

Hyvinvointiteknologian kehittämisen päämääränä ikääntyneiden käytössä tulisi olla ikääntymisen turvaaminen. Teknologiaa kehitetään, jotta ihmisten toiminnat helpottuvat. Ei siis teknologian itsensä vuoksi. Lähtökohtana tuotteiden kehittämisessä tulisi olla ymmärrys siitä, miten ihmiset haluavat ja voivat toimia suhteessa teknologiaan. Teknologian mahdollisuudet elämänlaadun parantajana tulisi ymmärtää myös yhteiskunnallisella tasolla. Teknologia ei saa aiheuttaa haittaa eikä syrjäytymistä muista yhteiskunnalta saatavista palveluista. (Leikas 2014, 103.)

Aikaisemmista kokeiluista on käynyt ilmi, että teknologiasta toivotaan olevan apua kotihoidossa lisäämällä ikääntyneiden turvallisuuden tunnetta valvonnan avulla, sekä edistämällä lääkkeiden tehokasta ja turvallista jakamista (Kiviahho, Timonen & Salminen 2005, 34). Ikääntyneiden ihmisten turvallisuuden varmistaminen on tärkeää heidän itsenäisyyden ja elämänlaadun kannalta. (Daniel, Cason & Ferrel 2009, 384.)

3.2 Hyvinvointiteknologian käyttöönotto

Teknologian käyttöönotossa tärkeää on tiedostaa, että ympärillä on toimiva järjestelmä, jotta siitä olisi hyötyä asiakkaille ja hoitajille. Oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa hyödynnetty teknologia lisää työmotivaatiota, takaa palveluiden saantia, vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Liian vähäinen tai vääränlainen teknologia voivat laskea työmotivaatiota, aiheuttaa työuupumusta ja häiritä työprosesseja. (Raappana & Melkas 2009, 14.)

Teknologisten apuvälineiden käyttöönottoa olisi hyvä toteuttaa yhdessä laitevalmistajan kanssa, joiden velvollisuutena on myös järjestää täydennyskoulutuksia henkilökunnalle. Hyvinvointiteknologian vakinaistamiseen osaksi toimivaa palvelujärjestelmää tarvitaan erilaisia kehittämishankkeita ja erikoistumisopintoja. (Juntunen 2005, 28–30.)

3.3 Työntekijöiden suhtautuminen hyvinvointiteknologiaan hoitotyössä

Ikääntyneiden hoitajat uskovat teknologian tarjoavan useita mahdollisuuksia ja he halusivat uusia ratkaisuja käyttöönsä. Teknologian uskotaan tuovan turvaa ja helpotusta työntekijöiden arkeen. Hoitajat eivät kuitenkaan pelkää teknologian korvaavan ihmistä. (Stenberg 2014, 126.)

Hyvinvointiteknologian käyttö saattaa vaikuttaa eri tavoin työn tekemiseen ja työyhteisöön. Erilaiset syyt, kuten puutteellinen perehdytys ja tietämättömyys teknologian käytön tavoitteista, voivat aiheuttaa kitkaa ja ristiriitoja. Riittävä perehdytys vähentää ennakkoluuloja ja pelkoja. Huonosti toteutettu perehdytys voi näkyä pitkään työpaikalla. Hoitotyöntekijät ovat kertoneet lyhyistä perehdytyksistä, joissa yrityksen edustaja on näyttänyt pikaisesti tietokoneelta opeteltavan asian. Tällainen ei tue uuden oppimista eikä se opeta pois vanhoista käytännöistä. Yritykset järjestävät yksittäisiä koulutuksia, joihin kaikki työntekijät eivät aina pääse osallistumaan niukkojen aikataulujen vuoksi. (Melkas & Pekkarinen 2014, 215–216.)

Teknologian käytöllä voidaan saada aikaa taloudellisia säästöjä tai resursien menetyksiä. Käyttö voi myös vaikuttaa työssä jaksamiseen ja vähentää tai lisää kiirettä. Hyvinvointiteknologia täytyy ottaa osaksi työprosesseja, eikä se ole erillinen tekijä. Käyttö muuttaa työtapoja monin eri tavoin. Hyvinvointiteknologian käytössä sen vaikutukset saattavat jäädä arvioimatta. Vaikutukset täytyy kuitenkin tiedostaa, sillä niiden avulla voidaan vaikuttaa työntekijöiden työssä jaksamiseen ja edistää ikääntyneiden itsenäistä asumista kotona. Näin myönteisiä vaikutuksia voidaan vahvistaa ja kielteisiä ehkäistä. (Melkas & Pekkarinen 2014, 216–220.) Teknologian käyttöönotolla voidaan lisätä yhteenkuuluvuuden tunnetta työyhteisössä ja työn mielekkyys, sekä motivaatio saattavat kasvaa hoitajien keskuudessa (Raappana & Melkas 2009, 30).

Kinnusen (2004) tekemästä tutkimuksesta käy ilmi, että hoitajat kokivat hyvinvointiteknologiaan liittyvän perehdytyksen tärkeänä koko työyhteisölle. Sairaanhoitajien oppimista edisti käytännön harjoittelu ja siinä riittävä kertaaminen, johon tarvitaan runsaasti aikaa. Hyvällä perehdytyksellä

ehkäistään kielteisiä ennakkokäsityksiä ja vaikutuksia (Raappana & Melkas 2009, 32).

Kajaanin ammattikorkeakoulun toteuttamassa kartoituksessa on selvitetty asenteita ja käyttökokemuksia liittyen uuden teknologian käyttöönottoon. Tutkimukseen osallistui ikääntyneitä, omaishoitajia ja kotihoidon työntekijöitä, sekä palvelujärjestelmän edustajia. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kokemus ja tieto ovat vähäistä liittyen hyvinvointiteknoologiaan. Suhtautuminen teknologian käyttöönottoon oli myönteistä kotihoidon työntekijöiden keskuudessa. Hoitajat kokivat ikääntyneiden asenteet teknologiaa kohtaan torjuviksi. Päivittäisen hoitotyön koettiin helpottuvan teknologian käytön myötä. Kartoituksessa huomattiin teknologian käytön pidentävän ikääntyneiden mahdollisuutta asua kodeissaan pidempään. Hoitajien mukaan apuvälineet säästävät aikaa, helpottavat työtä, lisäävät työn tehokkuutta ja auttavat ikääntyneiden jaksamisessa. (Juntunen 2005, 28–30.)

3.4 Ikääntyneiden suhtautuminen hyvinvointiteknoologiaan

Ikääntyneet kohtaavat arjessaan uutta ja erilaista teknologiaa, joka tuo mukanaan ongelmia ja haasteita. Tämä edellyttää suhtautumistapojen muuttumista ja uuden oppimista. Yleisesti ikääntyneet haluavat olla mukana kehittämässä uusia asioita. He ottavat uusia asioita käyttöönsä, jos niitä on helppo käyttää ja käyttöohjeet ovat helposti ymmärrettäviä. Teknologiaa ei pelätä, mutta ikääntyneet toivovat, että laitteet on suunniteltu heidän toimintakykynsä ja osaamisensa huomioon ottaen. Arjen elämää helpottavista laitteista ollaan valmiita maksamaan itse kohtuuden rajoissa. (Jyrkämä 2014, 59–60; Stenberg 2014, 126.)

Sintosen tekemässä tutkimuksessa tuli esille, että koettu terveydellinen tila ja kolmen siihen vaikuttavan tekijän, alakuloisuus, toiminnallinen kyky ja kognitiivinen kyky havaittiin vaikuttavan teknologian ahdistavuuden kokemiseen. Paremman terveydentilan havaittiin johtavan pienempään ahdistuneisuuteen. Myös iän todettiin vaikuttavan teknologian kokemukseen, mutta vähemmässä määrin kuin terveydentilan ja fyysinen toimintakyky. (Sintonen 2008, 112–114.)

Teknologian käyttö saattaa vaikuttaa ikääntyneiden kannalta sosiaalisten kontaktien vähenemiseen ja asettaa heidät eriarvoiseen asemaan. Mahdollisista peloista ja ennakkoluuloista johtuen ikääntyneet tarvitsevat rohkaisua ja aikaa tutustuessaan teknologiaan. (Raappana & Melkas 2009, 34.) Monia lupaavia teknologioita ja laitteita on olemassa, mutta niiden hyväksynnästä ikääntyneiden ihmisten taholta on vain vähän tutkimustietoa. (Daniel ym. 2009, 388.)

Ikääntyneille teknologian hyväksyminen voi olla haastavaa, sillä heillä on usein korkeampi kynnys hyväksyä uusia asioita. Hyvinvointiteknoologian käyttö lisää ikääntyneiden omatoimisuutta ja itsenäisyyttä palveluiden käyttäjinä. Kajaanin ammattikorkeakoulun toteuttamassa kartoituksessa ikääntyneet pitivät teknologisia laitteita mielekkäinä, jos he kokivat lait-

teet hyödyllisiksi. Positiiviset oppimiskokemukset apuvälineiden käytöstä vahvistivat iäkkäiden itsetuntoa. (Juntunen 2005, 28–30.)

3.5 Teknologian etiikka

Teknologian kehittämiseen liittyy lukuisia eettisiä näkökulmia. Ennen teknologia on koettu inhimillisen toiminnan vastakohtana, joten sitä ei ole liitetty etiikkaan. Nykyisin asia koetaan päinvastaisena ja teknologian kehityksessä tulee huomioida eettiset näkökulmat. Teknologian kehittyessä nopealla vauhdilla saattaa jäädä miettimättä, mikä on sen kehityksessä oikeutettua ja mikä ei. Myös eettisiin periaatteisiin nojaava lainsäädäntö kulkee tällä hetkellä kehitystä jäljessä. Eettinen pohdinta on erityisen tärkeää, kun teknologian käyttöön liittyy ihmisen tunnistaminen ja seuranta. (Ikonen & Leikas 2014, 161–165.)

Käytettäessä teknologisia tuotteita tulee arvioida laitteen käytettävyyttä, käytännöllisyyttä, esteettisyyttä sekä laitteen rahallista arvoa. Teknologiaan tulisi voida luottaa niin, että henkilön käyttämä laite on aina toimintakunnossa ja toimii ongelmitta. Henkilöllä on oikeus päättää itse käyttäkö laitetta ja halutessaan hänellä on mahdollisuus esimerkiksi laitteen sammuttamiseen. (Ikonen & Leikas 2014, 161–165.)

Teknologian etiikka on ainutlaatuista, sillä se liitetään usein taloudellisiin intresseihin ja sitä sovelletaan laajalti eri tarkoituksiin. Ikääntyneiden teknologian kehittämässä keskeisiä eettisiä periaatteita ovat yksityisyyden suoja ja luottamus. Tärkeää on, että ikäihminen voi luottaa omien henkilökohtaisten tietojensa salassapitoon. (Ikonen & Leikas 2014, 165.)

Teknologian käyttäjien tulee pohtia käyttömotivaatiota, laitteen käyttöä ja käytön seurauksia. Ihmisarvo ja sen haavoittuvuus ovat arvoperustana tarkasteltaessa teknologiaa. Keskeisiä eettisiä periaatteita teknologian hyödyntämisessä ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, vahingon välttäminen, yksityisyyden suoja ja turvallisuus. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010, 10.)

Ikääntyneiden käyttöön tarkoitetun teknologian tulisi huomioida ikääntyneiden hauraus, sillä he eivät aina pysty tuomaan esille omia tarpeita ja toiveita. Teknologia voi mahdollistaa itsenäisen suoriutumisen ja helpottaa oman elämänhallinnan tunnetta. Tärkeää on pohtia, miten teknologia voisi lisätä itsenäistä suoriutumista, itsemääräämismahdollisuuksia ja mahdollistaa hyvää elämää. Velvollisuusetiikan näkökulmasta suunniteltaessa palveluja ikääntyville tulisi suunnitella sellaisia teknologisia ratkaisuja, joita halutaan itsekin käyttää ikääntyneinä. (Ikonen & Leikas 2014, 168.)

4 HYVINVOINTITEKNOLOGIA KOTONA ASUMISEN TUKENA

Ikääntyneiden itsenäistä asumista voidaan tukea teknologisilla ratkaisuilla, jotka parantavat kotona selviytymistä ja lisäävät turvallisuutta sekä mahdollistavat yhteyksien pitämisen ja avun saannin. Teknologia on ikäänty-

neillä parhaimmillaan parantanut elämänlaatua- ja palvelujen saatavuutta sekä säästänyt kustannuksia ja helpottanut palveluntarjoajien työtä. (Tepponen 2011, 1.)

4.1 Apuvälineet kotona asumisen tukena

Kotihoidossa asiakkailta on käytössään erilaisia arkipäivän selviytymistä helpottavia sekä turvallisuutta edistäviä teknisiä laitteita ja apuvälineitä. Erilaiset valvontajärjestelmät sekä kutsu- ja hälytyslaitteet lisäävät turvallisuuden tunnetta. Rajoittunutta toimintakykyä voidaan auttaa erilaisilla päivittäisiin toimintoihin tarkoitetuilla apuvälineillä, kuten esimerkiksi tartuntakahvalla, seisomaan nostavalla nojatuolilla tai pyörätuolilla. (Ikonen 2015, 129.)

Teknologian avulla voidaan seurata ikääntyneiden terveydentilaa. Esimerkiksi hyvinvointirannekkeen avulla voidaan seurata ikääntyneiden elimistön tilaa sekä heidän fyysistä aktiivisuuttaan rannekkeessa olevien sensoreiden avulla. Mikäli elimistön tilassa ilmenee jotain poikkeavaa, niin laite alkaa hälyttämään automaattisesti. (Ikonen 2015, 129.)

4.2 Teknologian käytön oppiminen

Oppiminen on ainutkertaista ja tilannesidonnaista. Oppimisprosessi kestää koko eliniän. Oppimistilanteessa jaetaan ikääntyneen ja ohjaajan asiantuntemusta. Aiemmin opitut ja omaksutut asiat huomioidaan oppimistilanteessa. Myös ikääntyneen kokemukset vaikuttavat oppimiseen. Ikääntyneellä uuden oppiminen tapahtuu hitaasti ja aiemmin opittujen asioiden muuttaminen on vaikeampaa. (Näslindh-Ylispangar 2012, 156–157.)

Ikääntynyt vertaa aiempiin kokemuksiinsa uutta opittavaa asiaa ja pohtii sen mielekkyyttä. Ikääntyneillä elämäkokemus toimii vahvana perustana uuden oppimiselle. Uusi oppimiskokemus voi perusteltunakin olla vanhukselle aluksi haastavaa. Ikääntyneen elämäkokemus tuo tervettä kriittisyyttä uusia asioita kohtaan. Ikääntyneelle uuden oppiminen voi olla mieluinen kokemus, jolloin hän motivoituu oppimaan ja suhtautumaan opittavaan asiaan myönteisesti. (Näslindh-Ylispangar 2012, 156.)

Uusien laitteiden opettelussa tulee painottaa rennon ilmapiirin luomisen tärkeyttä. Sen avulla lievennetään vieraiden laitteiden käytön opettelusta johtuvaa ahdistusta. Iäkkäiden sukupolvessa esiintyy virhesuoritusten pelkoa ja niistä johtuvaa ahdistuneisuutta. Alun mahdollisten vaikeuksien jälkeen oppiminen ei vie paljoa enempää aikaa tai toistoja kuin nuoremmilla. Oppimisessa ajalla on suuri merkitys. Ikääntyneillä on enemmän aikaa opetella uusia asioita kuin työssäkäyvillä. Lisäksi ikääntyneet tarvitsevat myös enemmän kertausta. (Ruoppila 2014, 45.)

Ihmiset ovat erilaisia omaksumaan uusia asenteita ja taitoja. Jotkut haluavat oppia uutta jatkuvasti, kun taas toiset tyytyvät siihen, mitä ovat jo oppineet, eivätkä tee uusia tavoitteita elämässä. Ikääntyneillä oppimista voi

rajoittaa tunne omasta oppimattomuudesta, jota he arvioivat jopa kielteisemmin kuin omaa muistiaan. (Ruoppila 2014, 45.)

Teknologisten laitteiden käyttöönoton yhteydessä tulee heti alkuvaiheessa kiinnittää riittävästi huomiota laitteiden ohjaamiseen ja opettamiseen. Ikääntyneillä teknologisten laitteiden kohdalla ongelmia saattaa lisätä se, että laitteet vaihtuvat usein ja juuri kun on oppinut laitteen käytön, niin se vaihdetaan toiseen. (Ikonen 2015, 128.)

4.3 Ikääntyneiden ohjaaminen

Ikääntyneiden ohjaus ja neuvonta vaativat hoitajalta vahvaa gerontologista osaamista ja ammatillisuutta. Neuvonta ja ohjaus tulee toteutua ikääntyneen ehdoilla, jossa hänen aikaisemmat uskomuksensa tulee ottaa huomioon. Ohjaustilanteita voisi kuvata neuvotteluina, jossa ikääntynyt voisi yhdessä ohjaajan kanssa jakaa toiveita, tarpeita ja kokemuksia. (Näslindh-Ylispangar 2012, 152–155.)

Ikääntyneiden ohjaamiseen tulee varata riittävästi aikaa. Toivottavaa on, että koko ohjausprosessin ajan toimii sama terveydenhuollon koulutettu asiantuntija. (Kurikkala, Kääriäinen, Kyngäs & Elo 2015, 5.) Ikääntyneiden laadukkaassa ohjauksessa henkilökunnan ohjausvalmiudet ovat tärkeässä roolissa. Ohjattavan aiheen liittäminen esimerkkien avulla iäkkään elämään ja aikaisemmat kokemukset ohjattavasta asiasta vaikuttavat ohjauksen laatuun myönteisesti. (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007, 53.)

Ohjaustilanteessa tulisi pyrkiä dialogiseen vuorovaikutukseen, jossa ikääntyneen ja ohjaajan pyrkimyksenä on tasapainoinen työskentely, joka edistää luottamusta ja yhteisymmärrystä. Ohjaustilanteissa luottamus on esteenä uuden oppimiselle. (Näslindh-Ylispangar 2012, 153.) Ohjaajan tulee arvioida ja kysyä iäkkään käsityksiä ja mielipiteitä ohjauksen menetelmistä ja sisällöstä, jotta vältetään yhdensuuntaiselta ohjaukselta (Isola ym. 2007, 53). Ohjaustilanteen tulee aina olla ainutkertainen ja vaatii ohjaajalta tilannetajua (Näslindh-Ylispangar 2012, 153).

Ohjaustilanne tulee toteuttaa selkeästi ja ymmärrettävästi ikääntyneen omalla äidinkielellä. Viestinnässä on huomioitava, että ikääntyneellä saattaa olla kuulo- tai näkövaikeuksia. Tilanteen tulee edetä ikääntyneen ehdoilla ja häntä tulee kuunnella kärsivällisesti. Ikääntyneen kulttuurista, uskomukset ja asenteet tulee ottaa huomioon ohjaustilanteessa. (Näslindh-Ylispangar 2012, 156.) Ohjaajan ja ikääntyneen potilaan välisessä vuorovaikutuksessa tulee korostua tiedonannon rehellisyys, kunnioitus, yksilöllisyys ja huumorin käyttö. (Isola ym. 2007, 53).

Tilan tulee olla turvallinen ja rauhallinen, sillä se vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. Lisäksi tulee varmistua siitä, että ikääntyneellä on luottavainen ja turvallinen olo. Ohjaajan on hyvä varmistaa, että ohjattavalla ei ole väsymystä, kipua eikä muita fyysisesti vaikeuttavia tekijöitä. Ohjauksessa

koko prosessilla on tärkeä merkitys ikääntyneen hyvän elämän edistämiseksi. (Näslindh-Ylispangar 2012, 156–157.)

4.4 Lääkekello lääkehoidon apuvälineenä

Lääkekello on paristoilla toimiva elektroninen lääkeannostelija eli ohjelmoitava dosetti (Liite 8). Laitteesta saa otettua annostellut lääkkeet kansialuetta painamalla aikana, jolloin lääkkeet on ohjelmoitu otettavaksi. Lääkettä ei pystytä ottamaan väärään aikaan. Lääkkeidenottoajat voidaan ohjelmoida neljän tunnin välein neljänä lääkkeenotto kertana. Lääkkeen voi ottaa tuntia ennen ohjelmoitua aikaa ja kaksi tuntia tämän jälkeen. Lääkekello voidaan tarvittaessa lukita. Lääkkeenottoaikana kello hälyttää äänimerkillä ja puhelinsoitolla, mikäli tästä on asiakkaan kanssa erikseen sovittu. (Lappi 2012.)

Lääkekello on lääkehoidon apuväline, jota käytetään turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa. Lääkekellon tavoitteena on estää lääkkeiden virhekkäyttö, sekä muistuttaa oikeasta lääkkeiden ottoajasta. Lääkekello toimii ikääntyneiden kotona selviytymisen tukena. Laitteeseen voidaan jakaa kaikki suun kautta otettavat tablettimuotoiset lääkkeet ja lisäravinteet. Lääkekelloa voidaan käyttää omatoimisessa sekä järjestetyssä lääkehoidossa. (Addoz Oy 2008, 4, 7.)

Laitteen käyttöön liittyy, että tieto lääkkeiden ostopäivästä siirtyy lääkekellosta hoitajien portaaliin (Addoz Oy 2014). Lääkekelloa voi käyttää kuka tahansa, joka tarvitsee tablettimuotoista säännöllistä lääkitystä. Käyttäjältä edellytetään kuitenkin sitoutumista omaan lääkehoitoonsa ja hänen tulee olla motivoitunut käyttämään lääkekelloa. Käyttäjän on kyettävä painamaan lääkekellon kantta, jotta hän saa oman annoksensa otettua. (Lappi 2012.)

4.5 Aikaisemmat kokeilut lääkekellosta

Mikkelin kotihoidossa 2007 syksyllä aloitettiin lääkekellopilotin käyttö osana Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ERNET-hanketta. Addoz Oy:n lääkekelloa kokeiltiin neljän kuukauden ajan. Kokeilusta huomattiin, että palvelumalli säästi hoitokustannuksia ja auttoi asiakkaita asumaan pidempään kodeissaan, sekä lisäsi lääkkeenoton oikea-aikaisuutta ja lääkehoidon turvallisuutta. Lisäksi huomattiin, että lääkekellonkäyttö vapautti aikaa kotihoidon henkilökunnan muuhun hoitotyöhön. Kokeilusta tuli myös ilmi, että kaupungin kustantama lääkekello alensi kynnystä kotiutumislle esimerkiksi sairaalahoidosta, sillä lääkehoito oli turvattu. Kokeilussa todettiin, että suunnittelu kokonaisuudessaan on erittäin tärkeää käyttäessä lääkekelloa. (Addoz Oy 2010.)

Pilotoinnin jälkeen kokeilu Mikkelissä jatkui vuoteen 2008 asti. Lääkekellon käytön ansiosta kotikäyntien ajoittaminen helpottui. Lääkekellon käyttö oli helppo oppia, mutta käyttöönotto koettiin raskaaksi prosessiksi. Lääkekello on todettu hyödylliseksi niille asiakkaille, jotka ovat toimintakykyisiä, eivätkä kärsi kognitiivisista häiriöistä kuten muistin heikentymi-

sestä. ERNET-hankkeen päätyttyä lääkekello otettiin virallisesti käyttöön. (Lappi 2012; Skön, Kinni, Raatikainen & Kolehmainen 2014.)

Lääkekelloprojekti on ollut käynnissä myös Keski-Suomessa, jolloin projektiin osallistui Konnevesi, Keuruu, Kannonkoski, Viitasaari ja Pihtipudas. Lääkekellokokeilu oli käynnissä näillä paikkakunnilla kahdesta viiteen kuukauteen vuosina 2008–2009. Kokeilusta oli kiinnostuneet monet kunnat, mutta projektin aloitus viivästyi kuukausilla monista yhteydenotoista huolimatta. Hoitajat kertoivat kokeilun lopulla, että aika tai kokeilu oli loppunut kesken. Laitteet oli kuitenkin annettu kotihoitojen käyttöön hyvissä ajoin, mutta lääkekellot olivat juuttuneet käyttämättöminä toimitoihin. Syyksi koettiin, että sopivia asiakkaita ei löytynyt tai hoitajien piti tutustua laitteisiin hyvin ennen käyttöä. (Alaharju 2009, 16.)

Keski-Suomen kuntien hoitajien kommentaareista kävi ilmi, että laite ei sovi heidän mielestään ainakaan reumaatikoille, muistisairaille eikä mielenterveysasiakkaille. Keski-Suomen kuntien kokeilussa lähes joka kunnassa hoitajien valitsemissa asiakkaita löytyi todella vähän, vaikka lääkahoitoa vaativia asiakkaita oli alueella kokonaisuudessaan yli 700. Joidenkin kuntien asiakkaat koettiin liian muistamattomiksi tai huonokuntoisiksi kokeiluun osallistumiselle. Projektin loppuraportissa pohditaan, onko asiakkaita aliarvioitu ja vaikuttivatko hoitajien asenteet ja mielipiteet liikaa asiakkaiden valintaan. Asiakkaita karsittiin pois kokeilusta ennen kuin asiakkaat saivat edes mahdollisuutta nähdä tai kokeilla laitetta. (Alaharju 2009, 16–17.)

Projektista tuli esille muitakin asenteellisia tekijöitä kuten se, että laitteen käytöstä ei saanut ylimääräistä palkkaa. Työmotivaatiolla on myös oma merkityksensä kokeilujen onnistumiseen. Vaikka motivaatiota ja halua olisikin, voi esimerkiksi liiallinen työmäärä ja liian vähäinen henkilökunta vaikuttaa omaan suoriutumiseen. Konnevedellä ja Kannonkoskella hoitajat olivat innokkaita lääkekellosta ja näissä kunnissa kokeilu tuotti tulosta. Lääkekellon käyttöä jatkettiin joillakin asiakkailla. (Alaharju 2009, 18.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden ja hoitajien kokemuksia lääkekellon käytöstä kotihoidossa. Tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää hyvinvointiteknologian käytössä. Tavoitteena oli myös selvittää, miten lääkekello apuvälineenä vaikuttaa hoitajien toimintaan.

Opinnäytetyön tavoitteiden kannalta keskeisimmät tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia kokemuksia lääkekellon käytöstä on asiakkailla?
2. Minkälaisia kokemuksia lääkekellon käytöstä on hoitajilla?
3. Minkälaista hyötyä lääkekellon käytöstä on kotihoidon asiakkailla ja hoitajille?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä opinnäytetyössä on kvalitatiivinen eli laadullinen lähestymistapa, sillä lääkekellon käytöstä haluttiin saada kokemuksellista tietoa. Haastatteluvien määrä oli pieni, joten laadullinen tutkimus oli luonnollinen valinta tähän opinnäytetyöhön. Ennen aineiston keräämistä ja analysointia haettiin opinnäytetyön aiheeseen liittyvää teoretista tietoa aiheeseen tutustumiseksi. Aineistonkeruumenetelmänä toimi teemahaastattelu. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä käyttämällä. Asiakkaiden ja hoitajien haastattelut toteutettiin kahden kuukauden sisällä alkaen tammikuussa 2015.

6.1 Kvalitatiivinen lähestymistapa

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on kyse kokonaisvaltaisesta tiedonhankinnasta, joka tapahtuu todellisissa ja luonnollisissa tilanteissa (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 160). Tavoitteena on ymmärtää haastateltavan henkilön ilmaisuja ja näkökulmia, sekä pyrkiä vuorovaikutukseen hänen kanssaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ihminen on tiedonkeruun väline. Tutkijan tulee pitää omat asenteet ja uskomukset erillään tutkimuksesta, sekä sen toteuttamisesta. (Tilastokeskus n.d; Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

Opinnäytetyössä tietoa kerättiin asiakkaiden ja hoitajien haastatteluista, joissa pyrittiin ymmärtämään haastateltavia mahdollisimman hyvin. Haastattelutilanteet pyrittiin pitämään mahdollisimman rauhallisina, rentoina ja luontevina. Haastatteluissa kiinnitettiin huomiota myös vuorovaikutuksen dialogisuuteen.

6.2 Haastateltavien valinta

Lääkekellon käytön valmistelut ja yhteistyö Addoz Oy:n kanssa alkoi alkuvuodesta 2014. Addoz Oy toimitti kuusi kelloa kotihoidon käyttöön. Tavoitteena oli saada kaikki lääkekellot käyttöön syksyn 2014 aikana, jotta kokemuksia saataisiin mahdollisimman monelta asiakkaalta ja hoitajalta. Tavoitteena oli, että kaikki lääkekelloa käyttäneet osallistuisivat haastatteluun. Lääkekello oli käytössä asiakkailla kahdesta viikosta kymmeneen kuukauteen.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Lääkekellokokeiluun osallistuivat Forssan kotihoidon hoitajat ja osa asiakkaista. Kaikkien hoitajien odotettiin osallistuvan lääkekellokokeiluun. Haastateltaviksi valikoitui viisi hoitajaa, jotka olivat käyttäneet lääkekelloa. Ammatiltaan he olivat lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Hoitajat valitsivat kuusi asiakasta kokeiluun. Edellytyksenä lääkekellokokeiluun pääsystä oli, että asiakkaat olivat itse halukkaita käyttämään lääkekelloa ja heillä oli riittävä toimintakyky laitteen käytölle. Edellytyksenä oli myös, että asiakkaat eivät olleet vaikeasti muistisairaita. Pitkälle edenneen muistisairauden vuoksi olisi haastavaa toteuttaa luotettavaa tutkimusta, sillä muistisairauden on todettu heikentävän arvostelu- ja kielellisiä kykyjä (Topo 2007, 221–222).

6.3 Aineistonkeruu

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa eli laadullisessa tutkimuksessa käytetään tiedonkeruumuotona usein haastattelua. Haastattelu toteutetaan yleensä teemahaastatteluna. Tässä menetelmässä omat näkökulmat tulevat kuuluisiksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

Teemahaastattelussa on kyse kahden ihmisen välisestä keskustelusta, jossa asiat käydään läpi aihe kerrallaan. Haastatteliija miettii etukäteen keskustelunaiheet eli teemat. Tutkittavan aiheen aikaisemman tiedon pohjalta saadaan muodostettua teemat, joiden tulisi olla yleisluontoisia. Teemahaastattelun avulla pyritään ymmärtämään ja saamaan käsitys tutkittavasta ilmiöstä, joka liittyy haastateltavaan ja hänen toimintaansa. (Kananen 2014, 70–72.) Teemoihin liittyvät apukysymykset toimivat haastattelijoiden tukena ja keskustelun virittäjinä, jonka tarkoituksena on ohjata keskustelua. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66–67).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistona voidaan käyttää haastatteluja, jotka voidaan toteuttaa vain yhdelle henkilölle tai ryhmähaastatteluna suuremmalle joukolle. (Hirsjärvi ym. 2007, 176.) Yksilöhaastattelu on hyvä menetelmä aineistonkeruuseen, kun aihe liittyy tutkittavan omaan yksityisyyteen, eikä tutkittavalla ole halua keskustella aiheesta ryhmässä (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 123).

Ryhmähaastattelu soveltuu tilanteeseen, jossa on saman ammattiryhmän edustajia. Etuna ryhmähaastattelussa on, että tietoa saadaan usealta tutkitavalta samaan aikaan. Usein ryhmähaastattelu tilanteessa keskustelu saattaa palauttaa mieleen kokemuksia, joita on itsekin kokenut. Ryhmähaastattelujen järjestäminen vaatii aikaa ja huolellista suunnittelua. Toisaalta ryhmähaastattelun toteutus vie vähemmän aikaa, kuin yksihaastattelujen. Lisäksi tehokas vuorovaikutus ryhmässä tuo esiin laajemman näkökulman aiheeseen. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 123–124.)

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelurunko koostui teemoista, joita olivat suhtautuminen hyvinvointiteknoologiaan, ohjaus ja perehdytys, käyttökokemukset ja turvallisuus (Liitteet 3 ja 4). Teemat muodostuivat aikaisemman aiheeseen liittyvän teoretiedon pohjalta. Haastattelurunko toteutettiin huolellisesti ja suunnitelmallisesti. Kysymysten asetteluun kiinnitettiin huomiota muodostamalla avoimia kysymyksiä, jotta vastauksista saataisiin mahdollisimman laajoja.

Asiakkaille lähetettiin ennen haastattelua kotihoidon henkilökunnan kautta saatekirje, missä kerrottiin opinnäytetyöstä ja tulevasta haastattelusta (Liite 1). Kotihoidon henkilökunta sopi haastatteluajat asiakkaiden kanssa. Haastattelut toteutettiin asiakkaiden kodeissa ennalta sovittuina ajankohtina. Kokemuksia kerättiin kuudelta lääkekellon käyttäjältä. Asiakkaiden haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Näin asiakkaat saivat kertoa kokemuksistaan luottamuksellisesti ja omassa tutussa kotiympäristössään. Haastattelutilanne alkoi aina suostumuslomakkeen läpikäynnillä ja asiakkaan allekirjoittamalla lomakkeen (Liite 2).

Haastattelussa voidaan käyttää erilaisia motivointikeinoja, esimerkiksi haastattelijan elekielellä on vaikutusta kiinnostuksen ylläpitämiseen. Eri-laiset nyökkäykset, asennonvaihdot ja äänensävyt vaikuttavat haastattelun kulkuun. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 116–120).

Ennen asiakkaiden haastatteluja oli sovittu roolit kolmen opinnäytetyön tekijän kesken. Yksi toimi haastattelijana, toinen huolehti nauhoituksesta ja kolmas seurasi haastattelun kulkua ja esitti tarvittaessa täydentäviä kysymyksiä. Haastattelut etenivät aina teemojen mukaisesti. Asiakkaille kerrottiin, kuinka tärkeitä heidän kokemuksensa ovat lääkekellon käytöstä. Asiakasta saattoi motivoida ymmärrys siitä, että hänen kokemuksiaan voidaan hyödyntää tulevaisuudessa.

Hoitohenkilökunnalle toteutettiin ryhmähaastattelu, josta tiedotettiin ennakoon kutsukirjeellä. Kirjeestä tuli esille haastattelun ajankohta, paikka ja haastattelussa käsiteltävät teemat. Kutsukirjeen tarkoituksena oli, että hoitajat voisivat pohtia etukäteen haastatteluteemojen mukaisia aihealueita. Haastatteluun osallistui viisi kotihoidon työntekijää. Kotihoidon yhteyshenkilö mahdollisti työvuorojen järjestelyillä osallistumisen haastatteluun. Hoitajien ryhmähaastattelu toteutettiin ennalta sovitussa tilassa, joka oli rauhoitettu tilannetta varten. Haastattelu eteni teemojen mukaisesti.

6.4 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen yleisesti käytetty analyysimenetelmä. Sisällönanalyysiä on määritelty eri tavoin. Sisällönanalyysiä käytetään, kun halutaan kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Analyysin avulla pystytään muodostamaan havainnollistavia käsitteitä, kategorioita, käsitekarttoja tai käsitejärjestelmiä, joiden avulla pystytään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.)

Analysoitavia dokumentteja voivat olla esimerkiksi haastattelut, keskustelut, puheet, artikkelit, päiväkirjat ja lähes mitkä tahansa kirjallisessa muodossa olevat materiaalit. Sisällönanalyysimenetelmän tarkoituksena on saada tutkittavasta asiasta tiivistetty kuvaus yleisessä muodossa. Aluksi aineisto hajotetaan osiin, jonka jälkeen se käsitteellistetään ja kootaan uudelleen loogiseksi kokonaisuudeksi. Kerätty aineisto järjestetään, jonka avulla saadaan johtopäätökset tehtyä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.)

Ennen analyysin aloittamista tulee tehdä analyysiyksikön määrittely. Analyysiyksikkö voi olla lauseenosa, useiden lauseiden ajatuskokonaisuus tai yksittäinen sana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.) Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi määritettiin lause.

Aineistoa tiivistettäessä on huomioitava, että aineistoa sisältävää informaatiota ei saa hävittää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Sisällönanalyysin onnistumiseksi tutkijalta edellytetään, että hän kykenee pelkistämään aineiston ja tekemään käsitteet, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä luotettavasti (Kyngäs ym. 2011, 139).

Opinnäytetyössä tarkoituksena oli kuvata asiakkaiden ja hoitajien kokemuksia lääkekellon käytöstä. Aineiston materiaalista analysointiin ääneen sanottu sisältö, ei sanatonta viestintää kuten taukoja tai ilmeitä. Haastattelussa saadut materiaalit litteroitiin eli kirjoitettiin puheet tekstiksi. Aukikirjoitettuihin haastatteluihin perehdyttiin lukemalla niitä useita kertoja.

Laadullisessa tutkimuksessa sisällönanalyysia voidaan toteuttaa induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Induktiivista analyysiä toteutettaessa edetään aineiston ehdoilla. (Kyngäs ym. 2011, 139.) Induktiivisessa sisällönanalyysissa tutkimusaineisto kerätään teoreettiseksi kokonaisuudeksi, siten että aikaisemmat teoriat, havainnot ja tiedot eivät vaikuta analyysiin. Induktiivista menetelmää käytetään usein, jos aikaisempi tieto on hajanaista tai ei ole valmista teoriarunkoa. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 167.) Opinnäytetyön aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttämällä. Teemat kuitenkin muodostuivat teorialähtöisesti.

Induktiivinen analyysi voidaan jakaa kolmivaiheiseksi prosessiksi, joita ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon erottelu ja teoreettisten käsitteiden muodostaminen valikoidusta tiedosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.)

Aineiston redusointi tarkoittaa, että aukikirjoitetusta haastatteluaineistosta poimitaan tutkimuksen kannalta olennaiset asiat. Redusointi voidaan toteuttaa niin, että eri väreillä alleviivataan kuvaavia ilmaisuja aukikirjoitetusta aineistosta. Olennaiset ilmaisut haetaan tutkimustehtävän kysymysten avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.) Opinnäytetyön aineistosta kerättiin tutkimuskysymyksien avulla oleelliset sisällöt. Aukikirjoitetusta aineistosta alleviivattiin eri väreillä saman sisältöiset asiat.

Klusteroinnissa aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai erilaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tämän jälkeen samaa tarkoittavat asiat ryhmitellään ja yhdistellään alaluokiksi. Luokka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmiteltäessä käsitteitä, puhutaan alaluokista ja alaluokkien ryhmittelyssä yläluokista. Yläluokat voidaan yhdistää pääluokiksi ja nämä edelleen yhdistäväksi luokaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Opinnäytetyössä pelkistykset ryhmiteltiin sisältöjen mukaan ja alaluokat nimettiin niitä kuvaavilla nimillä. Esimerkki luokan muodostamisesta esitetään taulukossa 1.

Alaluokka	Ryhmitelty ilmaus
Toimintojen sopivuus eri asiakasryhmille	Ei sovellu mielenterveyspuolen asiakkaille
	Ei sovellu asiakkaille, joilla menevät lääkkeet viisi kertaa päivässä
	Ei sovellu asiakkaille, jotka näkevät harhoja
	Ei sovellu asiakkaille, joilla ei ole käsissä voimaa

Taulukko 1. Esimerkki alaluokan muodostamisesta

Klusteroinnin jälkeen tapahtuu abstrahointi, jossa saman sisältöiset alaluokat yhdistetään yläluokiksi. Klusterointi on osa abstrahointiprosessia. Uutta teoriaa muodostettaessa johtopäätöksiä ja teoriaa tulee verrata jatkuvasti alkuperäisaineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–113.) Opinnäytetyössä saman sisältöiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi. Esimerkki aineiston abstrahoinnista esitetään taulukossa 2.

Yläluokka	Alaluokka
Lääkekellon toiminnot	Toimintojen haasteet
	Toimintojen hyvät ominaisuudet
	Vähäiset häiriöt lääkekellossa
Lääkekellon ulkoiset ominaisuudet	Muodon ja koon sopivuus
	Värin ja materiaalin sopivuus

Taulukko 2. Esimerkki yläluokan muodostamisesta

Abstrahointia jatketaan niin kauan, kuin se on mahdollista aineiston sisällön näkökulmasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.) Opinnäytetyössä yhdistävät luokat muodostuivat mukailten alkuperäisiä teemoja.

Yhdistävä luokka	Yläluokka
Ohjaus ja perehdytys	Hoitajien kokemus asiakkaiden ohjauksesta Hoitajien saama ohjaus ja perehdytys Käytön oppiminen

Taulukko 3. Esimerkki yhdistävän luokan muodostamisesta

7 TULOKSET

Tässä työssä tutkimuskysymyksiin haettiin vastauksia lääkekelloon liittyvistä haastatteluista. Yhdistävät luokat muodostuivat teemojen mukaisesti, joita olivat suhtautuminen hyvinvointitekologiaan, ohjaus ja perehdytys, käyttökokemukset ja turvallisuus. Näiden teemojen lisäksi muodostui vielä yksi aihekokonaisuus lääkekellon vaikuttavuudesta kotihoidossa.

Sisällönanalyysissa muodostuneet luokat esitetään taulukko muodossa. Asiakkaiden ja hoitajien tuloksista tehdyt sisällönanalyysiin liittyvät luokitukset löytyvät kokonaisuudessaan liitteinä (Liitteet 5 ja 6). Tekstissä käytettiin suoria lainauksia haastatteluaineistosta lisäämässä opinnäytetyön luotettavuutta. Tuloksissa kuvataan luokittelujen pohjalta muodostuneita kategorioita tai käsitteitä ja niiden sisällöt avataan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–113.)

7.1 Asiakkaiden kokemukset lääkekellon käytöstä

Asiakkaiden tulokset koostuivat kuuden haastattelun aineistosta. Haastatteluissa kerättiin asiakkaiden kokemuksia lääkekellon käytöstä. Haastattelut toteutettiin jokaisen asiakkaan kotona ennalta sovittuina ajankohtina. Asiakkaat olivat eri-ikäisiä ja toimintakyvyltään erilaisia. Kotihoidon palveluiden ja lääkehoidon toteutuksen tarve oli jokaisella yksilöllinen.

7.1.1 Asiakkaiden suhtautuminen hyvinvointitekologiaan

Asiakkaiden suhtautuminen hyvinvointitekologiaan -yhdistävän luokan alle muodostui kaksi yläluokkaa, joita ovat yleinen suhtautuminen apuvälineisiin ja suhtautuminen lääkekellon käyttöön. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Asiakkaiden suhtautuminen hyvinvointitekologiaan

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Alaluokka
Asiakkaiden suhtautuminen hyvinvointitekologiaan	Yleinen suhtautuminen apuvälineisiin	Myönteinen suhtautuminen apuvälineisiin
	Suhtautuminen lääkekellon käyttöön	Ennakkoluulot lääkekellon käyttöä kohtaan
		Muistin vaikutus lääkekellon käyttöön
		Halukkuus lähteä mukaan lääkekellokokeiluun
		Usko laitteen hyödyllisyyteen

Asiakkaat suhtautuivat teknologisiin apuvälineisiin myönteisesti ja apuvälineet koettiin hyväksi. Lääkekelloon liittyi erilaisia ajatuksia ja ennakkoluuloja. Laitteen ajateltiin olevan kallis. Lääkekellon sopivuutta itselle epäiltiin ja uskottiin, että uusien asioiden oppiminen on haastavaa ikääntyneenä. Kaikki eivät halunneet ottaa lääkekelloa käyttöönsä. Lääkekellon uskottiin myös rajoittavan elämää ja lisäävän hoitajien työmäärää. Muistin vaikutus käyttöön mietitytti.

... Mä tykkään kokeilla kaikkea, mutta se et kaikki ei mulle käy...en kauheen monimutkaisia laitteita opi käyttää enää, että sen verran tossa muistissa on vikaa.

Haastatteluissa nousi esille kokeilunhaluisuus, pelottomuus ja innokkuus ottaa lääkekello käyttöön. Lääkekellon uskottiin olevan hyödyllinen oman selviytymisen ja pärjäämisen kannalta.

7.1.2 Asiakkaiden ohjaus ja perehdytys lääkekellon käyttöön

Asiakkaiden ohjaus ja perehdytys lääkekellon käytön tukena -yhdistävän luokan alle muodostui kolme yläluokkaa, joita ovat kokemukset ohjaustilanteesta, ohjauksessa käytetyt menetelmät ja osaamisen merkitys. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Asiakkaiden ohjaus ja perehdytys lääkekellon käytön tukena

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Alaluokka
Ohjaus ja perehdytys lääkekellon käytön tukena	Kokemukset ohjaustilanteesta	Ohjaustilanteen myönteisyys
		Ohjauksen sisällön monipuolisuus
	Ohjauksessa käytetyt menetelmät	Henkilökohtainen keskustelu
		Kirjallinen materiaali
	Osaamisen merkitys	Osaamisen tarpeen oivaltaminen

Yleisesti ottaen ohjaustilanne koettiin myönteisenä. Ohjaukseen käytettiin aikaa yksilöllisen tarpeen mukaan ja apua sai aina pyytämällä hoitajilta. Ohjaustilanne koettiin selkeäksi ja ohjaus oli ymmärrettävää. Asiakkaiden mielestä ohjausta annettiin riittävästi ja ohjauksen sisältö oli asiallista. Ohjauksen sisältö koettiin monipuoliseksi ja käytännönläheiseksi. Asiakkaiden mielestä ohjauksessa ei ollut mitään kehitettävää.

Eri ohjauskeinoja hyödynnettiin. Asiakkaat saivat henkilökohtaista, käytännönläheistä ja suullista ohjausta. Suurimmalle osalle asiakkaista jaettiin ohjauksen yhteydessä kirjallista materiaalia. Jaettu materiaali koettiin selkeäksi ja hyödylliseksi. Asiakkaat kokivat saavansa apua lääkekellon käyttöön kirjallisesta materiaalista tarvittaessa, jos hoitaja ei ollut paikalla.

Materiaalista oppi ja hoitaja vielä näytti.

Ihan kädestä pitäen näytettiin ja selitettiin...

Asiakkaat pitivät omaa osaamista tärkeänä lääkekellon käytön hallinnan kannalta. Asiakas koki, että lääkkeiden jakaminen ei ole pieni toimenpide ja jakaminen vaatii paljon huolellisuutta ja osaamista jakajalta. Asiakkaat tiedostivat, että heidän tulee osata kuitata lääkkeiden ottaminen painamalla lääkekellossa olevaa painiketta.

7.1.3 Asiakkaiden käyttökokemukset lääkekellosta

Asiakkaiden käyttökokemukset lääkekellosta -yhdistävän luokan alle muodostui kaksi yläluokkaa, joita ovat tyytyväisyys lääkekelloon ja kehitettävät toiminnot ja ominaisuudet. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Asiakkaiden käyttökokemukset lääkekellosta

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Alaluokka
Asiakkaiden käyttökokemukset lääkekellosta	Tyytyväisyys lääkekelloon	Lääkekellon helppo käyttöisyys
		Lääkekellon hyödyllisyys
		Hälytysäänien voimakkuus
		Numerokiekko lääkkeiden jakamisen apuna
		Tyytyväisyys lääkekellon ulkoisiin ominaisuuksiin
		Kiinnostus lääkekellon käyttöä kohtaan
	Kehitettävät toiminnot ja ominaisuudet	Hiljainen hälytysääni
		Lääkkeidenoton vaikeus lokerikosta
		Lääkkeenottokertojen ohjelmointi
		Satunnaisten häiriöiden ilmaantuminen
		Väri vaihtoehdot

Lääkekellon käyttöä pidettiin helppona ja lääkkeet sai otettua laitteesta. Asiakkaat kokivat, että lääkekellon kannen avaaminen on helppoa, jos käsissä on riittävästi voimaa. Lääkekellon ei koettu rajoittavan liikkumista, sillä lääkekelloa oli helppo kuljettaa mukana. Lääkekelloa pidettiin hyödyllisenä oman selviytymisen kannalta. Lääkkeet muistettiin ottaa paremmin hälytysäänien ansiosta, jonka voimakkuus oli joidenkin asiakkaiden mielestä riittävä. Lisäksi lääkekello herätti, jos asiakas oli nukahtanut päivällä.

Lääkekelloa pidettiin kestäväenä ja muovia pidettiin hyvänä materiaalina. Laitteen valkoista väriä pidettiin kauniina. Mukana tulleet numerokiekot koettiin hyödyllisiksi ja niitä käytettiin apuna jakaessa lääkkeitä lokerikoon. Yleisesti ottaen lääkekellon ominaisuuksiin ja toimintoihin oltiin tyytyväisiä. Lääkekellon käyttäjät saivat hyviä käyttökokemuksia ja suurin osa asiakkaista haluaisi käyttää lääkekelloa jatkossa mahdollisimman pitkään.

Tää on kestäny hyvin kaikennäköset tiputukset ynnä muut...

Lääkekellokokeilussa ilmeni joitakin haasteita käytön aikana. Osa asiakkaista piti lääkekellon hälytysääntä liian hiljaisena etenkin huonokuuloisille ja he toivoivat voimakkaampaa ääntä. Osan mielestä hälytysääni oli riittävä.

Lääkekellon kannen saranat koettiin liian heikoiksi ja niiden toivottiin olevan vahvemmat. Luukku ei aina asettunut heti kohdalleen. Joidenkin haastateltavien mielestä lääkkeet oli vaikea saada pois lokerosta. Lääkkeiden irrottamiseksi jouduttiin käyttämään omia apuvälineitä kuten virkkukoukkuja. Etenkin särkylääkkeiden suuri koko tuotti hankaluuksia. Osan mielestä lääkekellon sisälle tuleva lokerikko oli liian pieni ja joidenkin mielestä lokerikon koko oli riittävä. Yleisesti ottaen lokerikon toivottiin olevan suurempi. Lääkelokerikko oli myös aluksi hankala asettaa paikoilleen. Lisäksi lokerikon pohjassa olevat numerot haalistuivat käytön myötä.

Joidenkin lääkkeiden kohdalla lääkekellon käyttö koettiin mahdottomaksi, koska lääkkeenottokertoja ei voida ohjelmoida tarvittavaa määrää. Osa haastateltavista koki lääkekellon koon liian pieneksi ja he toivoivat suuremman kokoista laitetta. Osalle lääkekellon koko oli riittävä. Yhdessä lääkekellossa ilmeni ohimeneviä häiriöitä, jolloin kello hälytti omia aikojaan.

Lääkekellon valkoisen värin pelättiin kellastuvan ajan myötä. Asiakkaat toivoivat eri väri vaihtoehtoja lääkekelloon, jotta useamman laitteen erottaa toisistaan helpommin. Laitteeseen toivottiin myös paikkaa, johon voisi kirjoittaa oman nimensä.

7.1.4 Asiakkaiden näkemys lääkekellon vaikutuksesta turvallisuuteen

Lääkekellon vaikutus turvallisuuteen -yhdistävän luokan alle muodostui kaksi yläluokkaa, joita ovat turvallisuudentunteen lisääntyminen lääkekellon käytön myötä ja lääkehoidon turvallinen toteutuminen. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Lääkekellon tuoma turvallisuus

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Alaluokka
Lääkekellon vaikutus turvallisuuteen	Turvallisuudentunteen lisääntyminen lääkekellon käytön myötä	Seurannan mahdollisuudet
	Lääkehoidon turvallinen toteutuminen	Lääkehoidon toteutumisen onnistuminen
		Turvallisuuden vaarantuminen lääkehoidon toteutumisessa

Asiakkaiden haastatteluissa kävi ilmi, että he kokivat turvallisuuden tunteen lisääntyneen lääkekellon käytön myötä. Joidenkin asiakkaiden mielestä turvallisuuden tunne kasvoi, kun hoitajat pystyivät seuraamaan hei-

dän lääkekellon käyttöä portaalin kautta ja ottamaan tarvittaessa yhteyttä poikkeaman ilmetessä.

Turvallisuuden tunne on parantunut.

Lääkekellon koettiin edistävän lääkehoidon onnistumista, sillä lääkkeet muistettiin ottaa paremmin ja säännöllisemmin, kun lääkekello muistutti äänimerkillä lääkkeenotosta. Lääkekello ei kuitenkaan takaa turvallisen lääkehoidon toteutumista, sillä asiakkaat tiedostavat, että hoitajat näkevät vain lääkekellon kannen auenneen, mutta varmuutta lääkkeiden ottamisesta ei ole.

...mutta se ei välttämättä takaa sitä et se otetaan silloin. Sehän voi olla se kello tuossa pöydällä ja se soi...

7.2 Hoitajien kokemukset lääkekellon käytöstä

Hoitajien tulokset koostuivat ryhmähaastattelun aineistosta. Haastatteluun osallistui viisi hoitajaa kotihoidon eri tiimeistä. Haastattelussa kerättiin hoitajien kokemuksia lääkekellon käytöstä. Haastattelu toteutettiin kotihoidon tiloissa ennalta sovittuna ajankohtana.

7.2.1 Hoitajien suhtautuminen hyvinvointiteknologiaan

Hoitajien käsitykset lääkekellosta -yhdistävän luokan alle muodostui kaksi yläluokkaa, joita ovat hoitajien ajatuksia asiakkaiden suhtautumisesta lääkekelloon ja hoitajien käsitykset hyvinvointiteknologiasta ja lääkekellosta. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Hoitajien käsitykset lääkekellosta

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Alaluokka
Käsitykset lääkekellosta	Hoitajien ajatuksia asiakkaiden suhtautumisesta lääkekelloon	Kiinnostus lääkekelloa kohtaan
		Epäluuloisuus lääkekelloa kohtaan
	Hoitajien käsitykset hyvinvointiteknologiasta ja lääkekellosta	Asiakkaiden sopivuus
		Hoitajien asennoituminen lääkekelloa kohtaan

Hoitajat kuvasivat asiakkaiden ensireaktioita lääkekellosta ja heidän mielestään asiakkaiden mielipiteet olivat eriäviä. Toiset asiakkaista lähtivät innokkaina kokeilemaan lääkekelloa ja olivat ylpeitä saadessaan laitteen käyttöönsä ja siitä, että osasivat käyttää kelloa. Jollakin asiakkaalla oli ollut aikaisemmin lääkekello käytössä. Myös omaisissa lääkekello herätti kiinnostusta.

Meil oikeestaan kyllä ihan innokkaana lähtivät mukkaan. Se oli oikein ylpeydenaihe...

Joillakin asiakkailla esiintyi epäluuloisuutta lääkekelloa kohtaan ja haluttomuutta oppia sen käyttöä. Hoitajien mielestä kokeilun edetessä ennakkoluulot kuitenkin kaikkosivat monilta asiakkailta. Joiltakin asiakkailta luottamus lääkekellon toimivuutta kohtaan puuttui kokonaan, eivätkä he halunneet ottaa lääkekelloa käyttöönsä.

Sopivien asiakkaiden löytäminen lääkekellokokeiluun oli haastavaa. Hoitajien keskuudessa aiheutti hämmennystä kenelle laitetta voisi suositella ja minkälaisille asiakasryhmille lääkekello sopii. Lääkekellokokeilun alussa eräällä asiakkaalla laitteen käyttö epäonnistui, jolloin huomattiin, että laite ei soveltunut kyseiselle asiakkaalle.

Hoitajien asennoitumisella uskottiin olevan vaikutusta lääkekellon käyttöön. Jotkut hoitajista kokivat pelokkuutta uutta laitetta kohtaan. Heitä mietitytti laitteen käyttö ja toimivuus. Laitteen helppokäyttöisyydestä huolimatta joiltakin hoitajilta puuttui uskallus käyttää laitetta. Koettiin, että laitetta käyttivät aina vain samat hoitajat.

Lääkekelloa käyttävät hoitajat toivoivat koko työryhmän osallistuvan laitteen käyttöön, sillä lääkekellon käyttöön perehtyneiden hoitajien poissa ollessa lääkekelloja ei aina käytetty. Lääkkeet saatettiin laittaa esimerkiksi tavalliseen dosettiin, tai jätettiin lääkekellon kansi auki. Lääkekellokokeilun edetessä joidenkin hoitajien ennakkoluulot hälvenivät ja osalla käsitukset pysyivät samana koko lääkekellokokeilun ajan.

... se on helppo käyttää, mutta silti... se on kummitus monelle. Etten mää uskalla koskea koko laitteeseen.

7.2.2 Hoitajien ohjaus ja perehdytys lääkekellon käyttöön

Hoitajien haastattelun ohjaus ja perehdytys -yhdistävän luokan alle muodostui kolme yläluokkaa, joita ovat hoitajien kokemus asiakkaiden ohjauksesta, hoitajien saama ohjaus ja perehdytys, sekä lääkekellon käytön oppiminen. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Ohjaus ja perehdytys hoitajien näkökulmasta

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Alaluokka
Ohjaus ja perehdytys	Hoitajien kokemus asiakkaiden ohjauksesta	Ohjauksen helppous
		Ohjauksen tarpeellisuus
		Asiakkaiden oppiminen
	Hoitajien saama ohjaus ja perehdytys	Ohjauksen sisältö ja saatavuus
		Oppimisen mahdollistaminen
		Portaalin käytön lisäohjauksen tarve
		Sitoutuminen koulutukseen ja lääkekellokokeiluun
	Lääkekellon käytön oppiminen	Laitteen käytön helppous oppimisen jälkeen

Hoitajat ohjasivat asiakkaita lääkekellon käytössä ja jakoivat tekemänsä yksityiskohtaisen esitteen asiakkaille. Asiakkaiden ohjaaminen koettiin helpoksi ja hyödylliseksi. Ohjauksen tarpeellisuus korostui, sillä hyvä ohjaus mahdollisti lääkekellon käytön kotihoidossa. Asiakkaat oppivat käyttämään lääkekelloa, ja he olivat ylpeitä saadessaan uuden laitteen käyttöönsä ja opittuaan sen käytön. Osaaminen lisääntyi käytön myötä. Hoitajat uskoivat, että asiakkaat osasivat käyttää laitetta jopa niin hyvin, että he saisivat otettua lääkkeensä laitteesta vaikka se ei toimisikaan. Hoitajien tuli myös oppia luottamaan siihen, että asiakas sai otettua lääkkeensä.

Se oli helppoo se asiakkaitten ohjaaminen.

Ennen lääkekellon käyttöönottoa järjestettiin aiheeseen liittyvä koulutusta hoitajille. Koulutuksen ja perehdytyksen määrä koettiin riittäväksi. Tilaisuudessa jaettu esite lääkekellosta koettiin hyväksi ja ohje oli selkeä. Hoitajat kertoivat oppineensa paljon toisiltaan lääkekellon käytöstä. Oppiminen oli mahdollistettu kaikille, sillä Addoz Oy oli valmis tarjoamaan apua tarpeen vaatiessa. Portaalin käyttöön saatiin pyydettyä lisäohjausta puhelimen välityksellä.

Kyl melkein saadaan se apu, mikä tarvitaan ihan puhelinsoitolla...joko neuvotaan puhelimesta...tulee joku käymään. Ei kyllä hirveesti oo tarvinnu.

Avun tarve koettiin vähäiseksi ja sitä ei pyydetty lisää, vaikka portaaliin liittyen perehdytys koettiin riittämättömäksi. Lääkehoidon seurantaan liittyvän portaalin käyttö oli edelleen epäselvää, jonka vuoksi se ei ollut käytössä. Hoitajat kokivat pienryhmäohjauksen tarvetta ja he toivoivat portaalin käyttöön perusteellisempaa ohjausta.

Kaikki hoitajat eivät osallistuneet ensimmäiseen lääkekellokoulutukseen. Lääkekellojen oltua jo käytössä, järjestettiin toinen koulutus, johon osallistui enemmän hoitajia. Toinen koulutus ei kuitenkaan lisännyt lääkekelloa käyttävien hoitajien määrää. Lääkekellon käytössä esiintyi alussa joitakin haasteita osaamisen puutteesta johtuen. Kuitenkin laitteen käyttö koettiin helpoksi käytön oppimisen myötä. Haastattelussa kävi ilmi, että laite on hyvin yksinkertainen ja helppokäyttöinen.

...toisessa koulutuksessa oli lisää hoitajia, mutta ne hoitajat mun mielestä ei oo koskeneet edelleenkään siihen kelloon.

7.2.3 Hoitajien käyttökokemukset lääkekellosta

Hoitajien käyttökokemuksista lääkekellosta -yhdistävän luokan alle muodostui kolme yläluokkaa, joita ovat lääkekellon ulkoiset ominaisuudet, sopiva asiakasryhmä, lääkekellon toiminnot ja portaalin käyttö. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Hoitajien käyttökokemukset lääkekellosta

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Alaluokka
Hoitajien käyttökokemukset lääkekellosta	Lääkekellon ulkoiset ominaisuudet	Muodon ja koon sopivuus
		Värin ja materiaalin sopivuus
	Sopiva asiakasryhmä	Toimintojen sopivuus eri asiakasryhmille
	Lääkekellon toiminnot	Toimintojen haasteet
		Toimintojen hyvät ominaisuudet
		Vähäiset häiriöt lääkekellossa
	Portaalin käyttö	Portaalin hyvien ominaisuuksien tunteminen
		Portaalin käytön haasteet

Hoitajat kertoivat haastattelussa lääkekellon ulkoisista ominaisuuksista. Joidenkin hoitajien mielestä lääkekello oli sopivan muotoinen. Osan mielestä lääkekelloa oli kömpelö käsitellä sen muodon vuoksi. Lääkekellon muotoon ja kokoon tuli hoitajilta erilaisia kehitysehdotuksia. Laite voisi olla isompi, kuitenkin lääkekellon toivottiin olevan kevyempi. Laitteeseen toivottiin isompia lokeroita, jotta kaikki asiakkaiden lääkkeet mahtuisivat lokeroihin ja lääkkeet saisi helpommin otettua ilman apuvälineitä. Lääkekellon näyttö koettiin liian pieneksi etenkin huononäköisille. Hoitajien mielestä laitteessa voisi olla myös jonkinlainen kahva, jotta sitä olisi helpompi kuljettaa mukana. Takakuoren heiveröisyydestä johtuen, patterit ei-

vät pysyneet paikoillaan. Tämän vuoksi takakuorta jouduttiin teippaamaan.

...jotkut lääkkeet ei tule ja sitte asiakkaat joutuu pinseteillä ja millon milläki sorkkimaan sitä lokeroo...

Lääkekellon valkoisen värin sopivuus mietitytti etenkin muistisairaiden kohdalla, joilla valkoisen värin hahmottaminen voi olla vaikeaa. Lääkekellon näytön teksti koettiin liian haaleaksi ja tekstin väriksi toivottiin kirkkaampaa väriä, esimerkiksi punaista.

Laitteen materiaali muovi koettiin hyväksi, sillä todennäköisesti muut materiaalit olisivat painavampia. Muovi oli myös helppo pitää puhtaana. Lääkekellossa käytetty muovi oli myös erittäin kestävä. Laitteen pohjassa oleva läpinäkyvä muovi koettiin hyväksi, koska sen läpi näki lääkkeet. Ajan myötä pohjan väri kuitenkin sumeni, joka hankaloitti lääkkeiden näkyvyyttä.

Lääkekellon toimintojen sopivuus eri asiakasryhmille tuntui hoitajista vaikealta. Kotihoidossa on asiakkaina paljon muistisairaita, joille ei hoitajien mielestä voitu tarjota lääkekelloa. Lääkekellon sopivuus mielenterveyspuolen asiakkaille mietitytti myös hoitajia. Harhoja näkeville asiakkaille lääkekello ei hoitajien mukaan soveltunut, sillä sen pelättiin lisäävän harhaisuutta ja epäluuloisuutta.

Missään nimessä nää ei sovi kellekkään mielenterveyspuolen ihmiselle. Ainaka kaikille...

Tiheä lääkkeidenottoväli karsi lääkekelloa käyttäviä asiakkaita, sillä laitteeseen ei pystytty ohjelmoimaan kuin neljä lääkkeidenottokertaa. Hoitajat kokivat, että lääkekello sopii hyvin sellaisille asiakkaille, jotka selviytyvät vähillä avuilla ja ovat omatoimisia. Laitteen käyttö edellytti asiakkaalta käsivoimaa ja sorminäppäryyttä.

Se on aika lohmo käsitellä...se vaatii kuitenkin, että pitää aika kovaa painaa...

Hoitajat kokivat lääkekellon hälytysäänen liian hiljaiseksi. Etenkin huonokuuloisten täytyy katsoa kellosta milloin se soi. Hoitajat toivoivat erilaista ja voimakkaampaa hälytysääntä lääkekelloon.

Lääkekellossa oleva lukko koettiin helppokäyttöiseksi ja hyväksi. Patterien loppumisesta kertova merkki näytössä tuli hyvissä ajoin näkyville, joten lääkehoito ei keskeytynyt patterien loppumisen vuoksi.

Lääkekellokokeilun alussa ilmeni ongelmia laitteiden sim-korttien kanssa ja kortteja jouduttiin vaihtamaan. Yhdestä lääkekellosta tuli myös turhia hälytyksiä, vaikka laite ei enää edes ollut asiakkaalla käytössä. Talviaikaan siirryttäessä yksi laite oli mennyt sekaisin, mutta sen tilalle oli saatu uusi.

Hoitajat tiesivät portaalista ja sen sisällöstä, ja se koettiin hyväksi. Portaalin uskottiin olevan hyödyllinen, mikäli sen käyttö olisi ollut hallussa. Portaalista ei kuitenkaan hyödynnetty osaamisen puutteesta johtuen ja sen käyttö koettiin epäselväksi. Kaikilla hoitajilla ei ollut käytössään portaalin käyttöön vaadittavia tunnuksia ja salasanoja. Jotkut hoitajista toivoivat yksinkertaisempaa portaalista, jotta sitä olisi helpompi käyttää. Osaamattomuus ei motivoinut hoitajia portaalin käyttöön.

...jos siihen opetetaan, että mihin kaikkeen tarttee laittaa joku täppi, että se lähtee tallentaa ne tiedot mutta ku mennään ihan arviolta.

7.2.4 Hoitajien näkemys lääkekellon vaikutuksesta turvallisuuteen

Lääkekellon vaikutus turvallisuuteen -yhdistävän luokan alle muodostui kaksi yläluokkaa, joita ovat lääkehoidon toteutuminen ja puhelimeen säädettävä hälytys. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Hoitajien näkemys lääkekellon tuomasta turvallisuudesta

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Alaluokka
Lääkekellon vaikutus turvallisuuteen	Läkehoidon toteutuminen	Turvallisen lääkehoidon toteutuminen
		Läkehoidon vaarantuminen
		Lääkkeiden väärinkäytön väheneminen
	Puhelimeen säädettävä hälytys	Muistuttaminen lääkehoidon toteutumisesta
		Hälytyksen hyödyntäminen asiakkaan tilanteen selvittämiseksi

Lääkekellon koettiin vaikuttavan lääkehoidon turvallisuuteen. Laitteen käyttö lisäsi turvallisen lääkehoidon toteutumista, sillä oikeat lääkkeet tuli otettua oikeaan aikaan. Kuitenkin koettiin, että asiakkaiden tulee osata käyttää lääkekelloa hyvin, jotta lääkehoidon toteutuminen ei vaarannu. Eräällä asiakkaalla oli jäänyt lääkkeitä ottamatta osaamattomuuden ja kykenemättömyyden vuoksi. Hoitajat olivat huomanneet ottamatta jääneet lääkkeet seuraavalla kotikäynnillä. Toiselta asiakkaalta oli tullut unohtuneista iltalääkkeistä ilmoitus, johon hoitaja ei ollut reagoinut. Hoitaja ei ollut ilmeisesti saanut perehdytystä aiheesta, eikä tiennyt viestin tarkoitusta.

Meillä jäi yhdellä ottamatta kun ei osannu... ei onnistu.

Hoitajat kokivat, että lääkekellon käyttö vaikuttaa lääkkeiden väärinkäytön vähenemiseen lukon ansiosta. Asiakkaat eivät pääse ottamaan ylimääräisiä

lääkkeitä yhtä helposti kuin tavallisesta dosetista. Asiakkaat saivat otettua vain sen lääkkeen mikä pitääkin ottaa tietynä ajankohtana.

Sinne ei pääse ottaa niinku ylimääräisiä lääkkeitä, et se on niinku sillälailla turvallinen...dosetistahan se on hirveen helppo ottaa, jos...

Meillähän on se lukko just sen takia, että käytiin joka päivä, että tuli ne lääkkeet sillee, että ei tullu väärinkäyttöä...

Hoitajien haastattelusta kävi ilmi, että lääkekellosta sai ohjattua hälytyksen hoitajan puhelimeen, kun lääke oli ottamatta. Hälytyksen tullessa asiakasta voitaisiin muistuttaa lääkkeidenotosta soittamalla, tekstiviestillä tai menemällä käymään asiakkaan luona. Hoitajien mielestä hälytyksen käyttö lisäisi asiakkaiden turvallisuutta, sillä lääkkeiden ottamattomuuden taustalla voi olla jokin muu tekijä kuin lääkkeiden ottamisen unohtaminen. Syynä voi olla esimerkiksi asiakkaan kaatuminen tai jokin muu turvallisuuteen vaikuttava tekijä. Hälytys mahdollisuutta ei kuitenkaan hyödynnetty kuin yhdessä tiimissä.

...me voidaan vaikka soittaa asiakkaalle et meeppä ottamaan lääkkeet... semmonenkin seikka sitte, että voi olla kaatunee- na esimerkiks jonnekin, eikä pääse hälyttämään apua.

7.2.5 Lääkekellon käytön vaikuttavuus kotihoidossa

Lääkekellon vaikuttavuus kotihoidon toimintoihin -yhdistävän luokan alle muodostui kaksi yläluokkaa, joita ovat lääkekellon vaikutus hoitajan työhön sekä lääkekellon käyttöönotto ja käytön jatkuvuus. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Hoitajien näkemys lääkekellon vaikuttavuudesta

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Alaluokka
Lääkekellon vaikuttavuus kotihoidon toimintoihin	Lääkekellon vaikutus hoitajan työhön	Lääkekellon vaikutus työn sisältöön
		Lääkekellon vaikutus työn määrään
	Lääkekellon käyttöönotto ja käytön jatkuvuus	Käyttöönoton informointi
		Lääkekellon käytön tulevaisuus

Lääkekellon käyttö lisäsi aluksi hoitajien työmäärää, mutta oppimisen myötä työtä ei tullut lisää, eikä työn sisältö juurikaan muuttunut. Lääkkeiden jako koettiin yhtä helpoksi lääkekelloon kuin dosettiin ja sen täyttämisen oli hoitajien mielestä suhteellisen nopeaa.

Lääkekellon käyttö vaikutti kotihoidon käyntien määrään. Onnistuneen kokeilun myötä käynnit vähenivät jopa kuudella kerralla viikossa yhden asiakkaan kohdalla. Käynnit ovat vähentyneet, koska laite muistuttaa

lääkkeiden otosta, jolloin hoitajan ei tarvitse käydä antamassa lääkettä. Lisäksi asiakaskäyntien vähenemisen myötä aikaa jäi muuhun hoitotyöhön. Toisaalta epäonnistuneen lääkekellon käytön ja asiakkaiden osaamattomuuden myötä hoitajat joutuivat käymään useammin asiakkaan luona.

Lääkekellossa oleva lukko esti lääkkeiden väärinkäytön, minkä ansiosta lääkkeet saivat olla kotona, eikä hoitajan tarvinnut tuoda niitä joka päivä. Käyntien väheneminen antoi vapautta asiakkaille ja vaikutti merkittävästi asiakasmaksuihin. Joidenkin asiakkaiden kohdalla lääkekellon koettiin edistävän itsenäistä selviytymistä, jolloin kotihoidon palveluita tarvittiin vähemmän. Kuitenkin on hyvä muistaa, että monille asiakkaille kotikäynti on viikon kohokohta, eikä kotikäyntien harveneminen ole aina positiivinen asia asiakkaalle.

... maksut laski... ku ei oo, ku yks käynti viikossa, ni se on kuus käyntiä vähemmän.

Hoitajat kertoivat, että lääkekellon käyttöönotosta ilmoitettiin ennen tulevaa koulutusta. Hoitajien mielipidettä lääkekellon käyttöönotosta ei kysytty ja informointi oli vähäistä. Hoitajilla ei ollut vielä varmuutta lääkekellon käytöstä tulevaisuudessa. Työyhteisössä lääkekellon käytön jatkosta oli puhuttu, mutta asian eteen ei ollut vielä tehty toimenpiteitä. Asiakkaan halutessa jatkaa lääkekellon käyttöä, kotihoidon henkilökunta oli pohtinut laitteen mahdollista vuokrausta. Hoitajat kokivat lääkekellon käytön tulevaisuudessa myönteisenä, jos sopivia asiakkaita löytyy.

8 POHDINTA

Opinnäytetyötä tehdessä on otettava huomioon monia eettisiä tekijöitä ja jokaisen tekijän on otettava vastuu eettisten periaatteiden noudattamisesta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan useiden kriteerien mukaisesti. Erilaisille kriteereille on yhteistä, että niissä kaikissa pyritään mahdollisimman tarkkaan analyysin raportointiin luotettavuuden lisäämiseksi. (Kynge ym. 2011, 139–140.)

8.1 Eettisyys

Tutkimuksen toteutus on arvoperustaista ja inhimillistä toimintaa. Lähtökohtana tutkittavan asian tulee olla tieteellisesti perusteltu ja mielekäs. (Leino-Kilpi 2014, 362–366.) Eettisyyteen kuuluu aiheen pohdinta, jossa selvitetään miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 126.)

Opinnäytetyön aihe koettiin tärkeäksi, sillä aihe on ajankohtainen nykypäivän hoitotyössä, jossa hyvinvointiteknologiaa tullaan hyödyntämään yhä enemmän. Uusilla apuvälineillä pyritään mahdollistamaan kotona asuminen pidempään. Forssan kotihoitoon oli suunniteltu otettavaksi lääkekellot käyttöön. Käytöstä haluttiin saada kokemuseräistä tietoa. Opin-

näytetyön toteuttamiselle haettiin lupaa Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymältä.

Tutkimuksen tietolähteiden valitseminen on tärkeässä roolissa eettisyyden kannalta. Tietolähteet tulee valita niin, että tutkimuksesta ei aiheudu haittaa tutkittaville. Valitessa tutkimuksen tietolähteitä, hoitotyöntekijän tulee arvioida valintansa eettisyyttä, tietolähteiden määrän ja laadun riittävyttä. (Leino-Kilpi 2014, 362–367.)

Opinnäytetyön tietolähteet valikoituivat Forssan kotihoidon hoitajien toimesta. Hoitajat ovat miettineet eettisyyttä eri näkökulmista ja kenelle asiakkaista lääkekellon voi antaa, jotta se ei haavoita osallistujaa. Lääkekello pyrittiin antamaan asiakkaille, joilla käyttö edistäisi itsenäistä selviytymistä ja turvallisen lääkehoidon toteutumista.

Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa korostuu, että hoitajien on kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta ja potilaalla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa hoitoon ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Hoitajan tulee pyrkiä lisäämään ja tukemaan potilaiden voimavaroja, sekä edistämään heidän elämänlaatuaan. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Lähtökohtana tutkimuksen osallistumiseen on osallistujan itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Osallistumisen tulee olla täysin vapaaehtoista ja siitä on oltava mahdollisuus kieltäytyä. Haastateltavan tulee tietää tutkimuksen luonne ja osallistuminen perustuu tietoiseen suostumukseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 25; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–221.) Vastaajien anonymitettä korostetaan suostumusten yhteydessä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 30.) Tutkittavalla on oikeus saada tietoa tutkimusta koskevista asioista ja tutkimustuloksista (Leino-Kilpi 2014, 368).

Opinnäytetyöstä annettiin tietoa asiakkaille kotihoidon henkilökunnan toimesta ja saatekirjeen muodossa. Haastattelujen tulokset ovat nähtävissä opinnäytetyön valmistuttua Theseus-tietokannassa. Asiakkaille annettiin mahdollisuus ottaa yhteyttä opinnäytetyöntekijöihin kysymysten varalta. Osallistuminen opinnäytetyön haastatteluihin oli vapaaehtoista ja asiakailta pyydettiin kirjallinen suostumus. Anonymiteetin säilymistä korostettiin haastattelutilanteessa ja suostumuslomakkeessa. Haastateltavilla oli mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen missä vaiheessa tahansa, kuitenkin kukaan osallistuja ei keskeyttänyt osallistumistaan.

Haastattelijan on toimittava yksityisyyttä kunnioittavien periaatteiden mukaisesti. Tämä edellyttää hienotunteisuutta, luottamuksellisuutta ja vaihtolovelvollisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Opinnäytetyössä asiakkaiden haastattelut toteutettiin heidän kodeissaan, jolloin eettiset näkökulmat oli otettava huomioon esimerkiksi kunnioittamalla asiakkaiden yksityisyyttä ja heidän kotiaan. Hoitajien haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna rauhoitetussa tilassa, jossa ei ollut paikalla kuin haastateltavat.

Hyvä tieteellinen tutkimus edellyttää tutkijalta toimintatavoissaan rehellisyyttä, tarkkuutta ja erityistä huolellisuutta. Eettisestä näkökulmasta on tärkeä, että analyysi toteutetaan tieteellisesti luotettavasti ja hyödyntämällä koko aineistoa. Tutkijan on oleellista tunnistaa omat ennakoasenteet ja odotukset tutkittavaa asiaa kohtaan sekä pyrkiä vapautumaan niistä. Tämä on tärkeää erityisesti niukassa ja kuvailevassa aineistossa, jotta tulokset eivät vääristyisi. (Leino-Kilpi 2014, 362–371.)

Opinnäytetyön tekemiseen valmistauduttiin huolellisesti ja aiheeseen perehdyttiin hakemalla tietoa monipuolisesti eri lähteistä. Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut ennakkokäsityksiä lääkekellosta saadessaan työnsä aiheen. Lääkekellon käytön alkuvaiheessa esiintyi muutamia haasteita esimerkiksi SIM-korttien toimivuudessa ja sopivien asiakkaiden löytymisessä, jolloin opinnäytetyöntekijöitä mietitytti kokeilun onnistuminen.

Tutkimuksessa on otettava huomioon haastateltavien anonymiteetti. Tutkijoiden tulee olla varmoja siitä, etteivät lukijat pysty tunnistamaan lainauksista tutkimukseen osallistujia. Lainausten suuri määrä työssä on riski. Tutkimuksessa on tärkeää arvioida muutetaanko haastateltavien kuvauksia yleiskielelle, jos heidät voi tunnistaa murteesta. Pienessä ryhmässä tunnistettavuus on suurempi kuin isoissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 25; Kyngäs ym. 2011, 139–140; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–221.) Tutkimustietoja ei myöskään luovuteta kenellekään ulkopuoliselle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221).

Opinnäytetyötä toteutettaessa huolehdittiin haastateltavien anonymiteetin säilymisestä. Tulosten raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia harkiten ja tunnistettavat ilmaukset poistettiin. Opinnäytetyössä tiedonantajien määrä oli pieni, jolloin riski henkilöiden tunnistamiseen kasvaa.

Kaikki opinnäytetyössä käytetty materiaali säilytettiin lukollisessa kaapissa. Haastattelujen litteroinnin jälkeen materiaali ei sisältänyt haastateltavien henkilötietoja vaan haastattelut numeroitiin. Nauhoitteet tuhottiin heti analysoinnin jälkeen ja muu materiaali hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua.

8.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan useiden kriteerien mukaisesti. Erilaisille kriteereille on yhteistä, että niissä kaikissa pyritään mahdollisimman tarkkaan analyysin raportointiin luotettavuuden lisäämiseksi. (Kyngäs ym. 2011, 139–140.)

Tutkimusta tehdessä tulee pyrkiä lähdekriittisyyteen. Lähteitä valitessa tulee kiinnittää huomiota lähteen alkuperään ja ikään, kirjoittajan tunnettuuteen, uskottavuuteen ja julkaisijan puolueettomuuteen. (Hirsjärvi ym. 2007, 109–110.) Ennen aineiston keräämistä ja analysointia haettiin opinnäytetyön aiheeseen liittyvää teoretietoa. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää, että työssä pyrittiin käyttämään mahdollisimman uutta lähdemateriaalia.

Aineistonkeruu tapahtui haastattelemalla. Haastattelujen teemat valikoituivat aiheeseen liittyvän teorian pohjalta. Kysymysten sisällöt mietittiin huolellisesti, jotta lääkekellon käytöstä saataisiin mahdollisimman kattavasti erilaisia kokemuksia. Tutkimuskysymyksiin palattiin teemahaastattelurunkoa muodostettaessa. Haastattelulomakkeen kysymyksien ymmärrettävyyttä testattiin ulkopuolisilla koehenkilöillä.

Asiakkaiden ja hoitajien haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla tiedonkeruun varmistamiseksi. Haastattelijä kiinnitti huomiota omaan äänenkäyttöön, jotta haastateltavat kuulivat kysymykset oikein ja puhe kuului selvästi nauhurilta. Ensimmäisen asiakkaan haastattelun jälkeen huomattiin, että vastaajalle tulee antaa riittävästi aikaa vastata. Haastatteluissa turvaututtiin ennalta laadittuihin apukysymyksiin, sillä vastaukset olivat usein niukkoja.

Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena kuvata tutkittavaa ilmiötä kokonaisuudessaan, jolloin on tärkeää, että tutkimusaineistoksi valitaan henkilöt jotka haluavat osallistua tutkimukseen. Lisäksi tutkittavien tulisi kyetä ilmaisemaan itseään hyvin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 216.) Opinnäytetyön haastatteluihin valikoituivat lääkekelloa käyttäneet kotihoidon asiakkaat ja hoitajat. Tiedonantajat olivat luotettavia, sillä heillä kaikilla oli kokemusta lääkekellon käytöstä. Kahdella tiedonantajista esiintyi muistin heikkenemistä, joka voi vaikuttaa aineiston luotettavuuteen.

Analyysin luotettavuuden lisäämiseksi tulosten raportoinnissa on hyvä käyttää suoria lainauksia, joiden pitäisi osoittaa systemaattisesti tuloksien yhteys alkuperäisaineistoon (Kyngäs ym. 2011, 139–140). Opinnäytetyössä suorien lainausten käyttö lisää luotettavuutta.

Analyysiprosessista kirjoitetaan esimerkkejä, jotka havainnollistavat lukijalle sen edistymistä. Tutkijan on myös osoitettava yhteys aineiston ja tulosten välillä. (Kyngäs ym. 2011, 139–140.) Opinnäytetyötä tehdessä haastattelumateriaalia luettiin useaan otteeseen. Analysointivaiheessa aineistoa hyödynnettiin kokonaisuudessaan jättämättä mitään asiaan liittyvää pois. Analyysivaiheesta muodostettiin esimerkkikuviot, jotka havainnollistavat prosessin etenemistä (Taulukot 1–3).

Aikaisempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia voidaan käyttää oman tutkimuksen luotettavuuden vahvistamisessa. Omassa tutkimuksessa voidaan viitata aikaisempiin tutkimustuloksiin, jos tutkimustuloksissa on yhteneväisyyksiä. (Kananen 2014, 54.) Lääkekellokokeiluja on toteutettu aiemminkin ja niiden kokemukset ovat osittain yhteneväisiä. Näitä yhteneväisyyksiä on tuotu esille tässä opinnäytetyössä.

9 TULOSTEN TARKASTELU

Teknologian käyttö on hyvin yleistä nykypäivän hoitotyössä ja sen käyttö tulee lisääntymään tulevaisuudessa. Forssan lääkekellokokeilussa teknologiaa hyödynnettiin kotihoidossa lääkekellojen avulla. Kokemukset lääkekellon käytöstä olivat yleisesti ottaen positiivisia vaikka joitakin kehittämisehdotuksia ilmeni asiakkailta ja hoitajilta.

9.1 Suhtautuminen hyvinvointiteknologiaan

Asiakkaat suhtautuivat hyvinvointiteknologiaan myönteisesti. Lääkekelloa kohtaan esiintyi ennakkoluuloisuutta. Mahdollisista peloista ja ennakkoluuloista johtuen ikääntyneet tarvitsevat rohkaisua ja aikaa tutustuessaan teknologiaan (Raappana & Melkas 2009, 34). Lääkekellon käyttöönotossa asiakkaita mietitytti uuden laitteen oppiminen ikääntyneenä. Aiemmin on todettu, että ikääntyneillä uuden oppiminen tapahtuu hitaasti ja aiemmin opittujen asioiden muuttaminen on vaikeampaa (Näslindh-Ylispangar 2012, 156–157). Asiakkaiden haastatteluissa korostui kokeilunhaluisuus ja innokkuus lähteä mukaan lääkekellokokeiluun. Yleisesti ikääntyneet haluavat olla mukana kehittämässä uusia asioita (Stenberg 2014, 126).

Tuloksien perusteella hoitajat kuvasivat asiakkaiden ensireaktioita lääkekellon käytöstä eriävinä. Hoitajien mielestä toiset asiakkaista olivat innokkaita ja osa epäluuloisia lääkekellon käyttöä kohtaan. Aiemmin kerättyjen kokemusten perusteella hoitajat kokivat ikääntyneiden asenteet teknologiaa kohtaan torjuviksi (Juntunen 2005, 28).

Hoitajien mielestä sopivien asiakkaiden löytäminen koettiin haastavaksi lääkekellokokeiluun. Kotihoidossa on paljon muistisairaita asiakkaita, joille hoitajien mielestä ei voitu tarjota lääkekelloa. Aikaisemmasta lääkekellokokeilusta käy ilmi, että lääkekello on hyödyllinen niille asiakkaille, jotka eivät kärsi kognitiivisista häiriöistä kuten muistin heikentymisestä (Adoz Oy 2010). Alaharjun (2009) loppuraportista käy ilmi, että lääkekellot oli annettu hoitajien käyttöön hyvissä ajoin, mutta laitteet olivat juuttuneet käyttämättöminä toimistoihin. Yhdeksi syyksi koettiin, että sopivia asiakkaita ei löytynyt.

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että hoitajan asennoitumisella uskottiin olevan vaikutusta lääkekellon käyttöön. Laitetta ei aina käytetty lääkekelloa käyttäneiden hoitajien poissa ollessa ja lääkkeet saatettiin annostella toiseen dosettiin. Aiemman lääkekelloprojektin yhteydessä mietittiin, onko asiakkaita aliarvioitu ja vaikuttivatko hoitajien asenteet ja mielipiteet liikaa asiakkaiden valintaan. Asiakkaita karsittiin pois kokeilusta jo ennen kuin asiakkaat saivat edes mahdollisuutta nähdä tai kokeilla laitetta. (Alaharju 2009, 16–17.)

Hoitajia mietitytti aluksi laitteen käyttö ja toimivuus. Lääkekelloa käyttäneet hoitajat toivoivat koko työryhmän osallistuvan laitteen käyttöön. Aiemman kokemuksen perusteella työmotivaatiolla on oma merkityksensä kokeilujen onnistumiselle. Liiallinen työmäärä ja liian vähäinen henkilö-

kunta voivat vaikuttaa hoitajien omaan suoriutumiseen, vaikka motivaatioita ja halua olisikin. (Alaharju 2009,18).

9.2 Ohjaus ja perehdytys lääkekellon käyttöön

Asiakkaat olivat tyytyväisiä hoitajilta saamaansa ohjaukseen. Ohjaustilanteissa hyödynnettiin eri ohjausmenetelmiä ja ohjausta saatiin riittävästi. Asiakkaiden osaaminen oli välttämätöntä laitteen käytön kannalta. Ikääntyneiden ohjaus ja neuvonta vaativat hoitajalta vahvaa osaamista ja ammattillisuutta. Neuvonnan ja ohjauksen tulee tapahtua ikääntyneen ehdoilla. (Näslindh-Ylispangar 2012, 152–155.)

Asiakkaiden ohjaaminen koettiin helpoksi ja hyödylliseksi. Hoitajat kokivat saaneensa tarpeeksi perehdytystä lääkekellon käyttöön. Kuitenkin lääkekellon kaikkia ominaisuuksia ei hyödynnetty riittävästi hoitajien osamattomuudesta johtuen. Erityisesti portaalin käyttö jäi vähäiseksi. Hoitajat toivoivat pienryhmäohjausta sekä portaalin käyttöön perusteellisempaa ohjausta. Haastattelujen perusteella hoitajat olisivat saaneet lisää perehdytystä lääkekellon ja portaalin käyttöön yritykseltä, mutta tätä mahdollisuutta ei hyödynnetty riittävästi. Aiemman tiedon perusteella riittävä perehdytys vähentää ennakkoluuloja ja pelkoja. Huonosti toteutettu perehdytys voi näkyä pitkään työpaikalla. Lyhyet perehdytykset eivät tue uuden oppimista. Yritykset järjestävät yksittäisiä koulutuksia, joihin ei aina pääse osallistumaan kaikki työntekijät niukkojen aikataulujen vuoksi. (Melkas & Pekkarinen 2014, 215–216.)

9.3 Käyttökokemukset lääkekellosta

Yleisesti ottaen asiakkaat olivat lääkekelloon toimintoihin ja ominaisuuksiin tyytyväisiä. Joitakin haasteita kuitenkin ilmeni käytön aikana. Kaikki asiakkaat eivät esimerkiksi kuulleet hiljaista hälytysääntä. Lääkekellon lokerikon toivottiin olevan suurempi, jotta lääkkeet mahtuisivat paremmin ja ne olisi helpompi ottaa pois. Ikääntyneet toivovat, että laitteet on suunniteltu heidän toimintakykynsä ja osaamisensa huomioon ottaen (Jyrkämä 2014, 126).

Haastattelussa hoitajat toivat esille lääkekellon ominaisuuksiin ja toimintoihin liittyviä parannusehdotuksia, joiden avulla lääkekelloa voisi suosittelaa laajemmalle asiakasryhmälle. Lääkekellon nykyisten toimintojen sopeutus eri asiakasryhmille mietitytti hoitajia. Erityisesti tiheä lääkkeidenottoväli, heikot kädet ja huono kuulo karsivat lääkekelloa käyttäviä asiakkaita. Portaalin uskottiin olevan hyödyllinen, mikäli sen käyttö olisi ollut hallussa. Portaalia ei käytetty osamattomuuden vuoksi eikä lisäkoulutusta pyydetty.

9.4 Lääkekellon vaikutus turvallisuuteen

Osa asiakkaista koki turvallisuudentunteen lisääntyneen hoitajien voidessa seurata lääkkeidenottoa portaalin välityksellä. Asiakkaiden tuloksista kävi ilmi, että lääkekello edistää lääkehoidon onnistumista, sillä lääkkeet muistettiin ottaa paremmin ja säännöllisemmin. Lääkekello ei kuitenkaan takaa lääkehoidon toteutumista, sillä varmuutta lääkkeiden ottamisesta ei ole, vaikka lääkekellon kansi olisi avattu. Aikaisempien kokeilujen perusteella teknologiasta toivotaan olevan apua kotihoidossa lisäämällä ikääntyneiden turvallisuudentunnetta valvonnan avulla sekä edistämällä lääkkeiden tehokasta ja turvallista jakamista (Kiviahio ym. 2005, 34.)

Lääkekellon koettiin vaikuttavan lääkehoidon turvallisuuteen. Laitteen käyttö lisäsi turvallisen lääkehoidon toteutumista, sillä oikeat lääkkeet tuli otettua oikeaan aikaan. Aikaisemmassa kokeilussa lääkekellon käytön huomattiin lisäävän lääkkeenoton oikea-aikaisuutta ja lääkehoidon turvallisuutta (Addoz Oy 2010). Hoitajat kokivat, että lääkkeiden väärinkäyttöä voidaan vähentää lääkekellossa olevan lukon avulla. Puhelimeen ohjelmoitavaa hälytystä lääkkeiden ottamattomuudesta ei juurikaan hyödynnetty.

9.5 Lääkekellon käytön vaikuttavuus kotihoidossa

Lääkekellon käytön myötä hoitajien työn sisältö ei juurikaan muuttunut. Laitteen käyttö vaikutti kotihoidon käyntien määrään jonkin verran riippuen asiakkaasta. Tuloksista ilmeni, että teknologian käyttö onnistuessaan voi lisätä asiakkaiden itsenäistä selviytymistä ja toimintakykyä. Myönteisenä tuloksena voidaan pitää sitä, että asiakaskäyntien vähenemisen myötä hoitajille jäi enemmän aikaa muuhun hoitotyöhön, näin on todettu myös aikaisemmassa lääkekellokokeilussa Mikkelissä. (Addoz Oy 2010.)

Tuloksien perusteella asiakkaat kokivat lääkekellokokeilun mielekkäänä ja monet heistä olisivat halukkaita käyttämään lääkekelloa tulevaisuudessa. Hoitajilla ei ollut varmuutta lääkekellon käytön jatkosta. Hoitajien mielestä lääkekellon käyttö tulevaisuudessa nähdään myönteisenä, jos sopivia asiakkaita löytyy.

Kotihoidon hoitohenkilökunta ja esimiehet voivat hyödyntää opinnäytetyössä saatuja tuloksia kehittäessään lääkehoidon toteutusta teknologian avulla kotihoidossa. Lääkekelloa käyttävien asiakkaiden ja hoitajien kokemuksia voidaan käyttää apuna teknologisten palveluiden ja lääkekellon käytön kehittämisessä.

Lääkekellon käyttökokemuksia on kerätty aikaisemmin ja kyseisten kokeiluiden johtopäätökset ovat hyvin yhteneväisiä opinnäytetyön tulosten kanssa. Kokeilut ovat olleet kestoltaan lyhyitä ja osallistujamäärät pieniä, joten kovin laajaa kuvaa ei lääkekellon käytettävyydestä kotihoidossa vielä ole.

10 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden ja hoitajien kokemuksia lääkekellon käytöstä ja minkälaista hyötyä lääkekellon käytöstä ja kotihoidon asiakkaille ja hoitajille. Opinnäytetyössä tehdyistä haastattelusta kerättiin kokemuksia lääkekelloon liittyvästä suhtautumisesta, ohjauksesta ja perehdytyksestä, käyttökokemuksista ja turvallisuudesta. Tulokset tuottivat seuraavia ehdotuksia hoitotyön kehittämiseksi:

1. Teknologian ja uusien laitteiden käyttöön liittyy paljon erilaisia asenteita, joihin voidaan vaikuttaa välittämällä aiheesta aiemmin tutkittua tietoa hoitajille. Esimiehen ja hoitajien tulee yhdessä keskustella ja tehdä suunnitelmia uusien laitteiden käyttöönotosta sekä käytön tavoitteista.
2. Ohjauksella ja perehdytyksellä on keskeinen merkitys lääkekellon käytön onnistumiselle. Hoitajien perehdytykseen tulee varata riittävästi aikaa. Lääkekellon ja etenkin portaalin käyttöön tarvitaan käytännönläheistä ohjausta.
3. Lääkekellon käytettävyyttä voidaan lisätä kehittämällä laitteen ominaisuuksia ja toimintoja asiakkaiden ja hoitajien tarpeiden mukaisiksi
4. Portaalin käyttöön ja lääkehoidon seurantaan tulee perehtyä turvallisen lääkehoidon edistämiseksi ja asiakkaiden turvallisuuden tunteen lisäämiseksi.

Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia lisää hyvinvointiteknologian ja erityisesti lääkekellon vaikuttavuutta kotihoidossa, jolloin saataisiin enemmän tietoa lääkekellon vaikutuksista organisaatioon. Jatkossa tulisi tarkastella myös hyvinvointiteknologian vaikutusta kotihoidon palveluiden kustannuksiin.

LÄHTEET

- Addoz Oy. n.d. Addoz lääkekello turvallinen lääkeannostelija.
- Addoz Oy. 2008. Addoz lääkekello käyttöohje. Addoz Oy.
- Addoz Oy. 2010. Mikkelin kaupungin kotihoito – Lääkekello osana lääkeannostelupalvelua. Addoz Oy.
- Addoz Oy. 2014. Lääkekello käyttökoulutus.
- Alaharju, A. 2009. Viisari ry. Lääkekelloprojektin loppuraportti. 1–20. Viitattu 8.7.2015. <http://www.docin.com/p-466857877.html>
- Daniel, K., Cason, C. & Ferrel, S. 2009. Emerging technologies to enhance the safety of older people in their homes. *Geriatric Nursing* 30 (6), 384–388.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Ikonen, E. 2013. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Ikonen, V. & Leikas, J. 2014. Ikäteknologian eettiset kysymykset. Vastuullinen ja kestävä suunnitteluparadigma. Teoksessa Leikas, J. (toim.) *Ikäteknologia*. Helsinki: Vanhustyönkeskusliitto, 161–175.
- Ikonen, E. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19 (2), 51–62.
- Juntunen, A. 2005. Haaste palvelujärjestämälle, Hyvinvointiteknologia ikääntyvien hoitotyössä. *Sairaanhoitaja* 78 (4), 28–30.
- Jyrkämä, J. 2014. Ikäihmiset, teknologia ja toimijuus. Teoksessa Leikas, J. (toim.) *Ikäteknologia*. Helsinki: Vanhustyönkeskusliitto, 59–69.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä – Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy - Juvenes Print

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kinnunen T. 2004. Miten teknologiaan suhtaudutaan hoitotyössä. Sairaanhoidaja 77 (8), 24–27.

Kiviaho, K., Timonen, O. & Salminen, M. 2005. Hyvinvointiranneketta ja muistuttavaa lääkeannostelijaa testattu käytännössä. Sairaala (4), 34–35.

Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. 2012. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: SanomaPro Oy.

Kurikkala, P., Kääriäinen, M., Kyngäs, H. & Elo, S. 2015. Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä-integroitu katsaus. Hoitotiede 27 (1), 3–17.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisälönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. 2011. 23 (2), 138–148.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. 28.12.2012/980. Finlex, ajantasainen lain-säädäntö. Viitattu 26.9.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lanne, M. 2013. Käsitvksiä kotona asuvan ikäihmisen turvallisuuteen liit-tyvistä tarpeista ja palveluista. Gerontologia 27 (3), 262–271.

Lappi, P. 2012. Lääkekello- Palvelu Mikkelin Seudun kotihoidossa. Mik-kekin seudun sosiaali- ja terveystoimi. Viitattu 12.1.2015.
http://www.tampereenkesayliopisto.fi/ehealth/images/presentations/Paula_Lappi.pdf.

Leikas, J. 2014. Ihmislähtöinen kokonaisvaltainen suunnittelu. Teoksessa Leikas, J. (toim.) Ikäteknologia. Helsinki: Vanhustyönkeskusliitto, 103–116.

Leino-Kilpi, H. 2014. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Lei-no- Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 361–378.

Melkas, H. & Pekkarinen, S. 2014. Hyvinvointiteknologia. Teoksessa Lei-kas, J. (toim.) Ikäteknologia. Helsinki: Vanhustyönkeskusliitto, 209–224.

Näslindh-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hy-vän elämän edistäminen. Helsinki: Edita.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimus-metodiikka. Helsinki: WSOY.

Raappana, A. & Melkas, H. 2009. Teknologian hallittu käyttö vanhuspalveluissa. Opas teknologiapäätösten ja teknologian käytön tueksi. Tampere: Esa Print Oy.

Ruoppila, I. 2014. Ikääntyminen ja psyykinen toimintakyky. Teoksessa Leikas, J. (toim.) Ikäteknologia. Helsinki: Vanhustyönkeskusliitto, 41–53.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 8.10.2014.
https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Sintonen S. 2008. Older consumers adopting information and communication technology: Evaluating opportunities for health care applications. Lappeenranta University of Technology. Väitöskirja. Viitattu 27.9.2015.
<https://oa-doria-fi.ezproxy.hamk.fi/bitstream/handle/10024/42856/isbn9789522146571.pdf?sequence=1>

Skön, J, Kinni, R, Raatikainen, M & Kolehmainen, M. 2014. Ikäteknologia kotona asumisen tukena – Teknologiakartoitus ja alustavia kokemuksia laitteiden käyttöönotosta ja käytöstä. Asuinalueiden kehittämisohjelma 2013-2015. Itä-Suomen yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 27.9.2015. www.julkari.fi/handle/10024/113244

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. ETENE. Viitattu 27.9.2015.
www.julkari.fi/handle/10024/104491

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 27.9.2015.
www.julkari.fi/handle/10024/110355

Stenberg, L. 2014. Ikäihmisten asenteet, toiveet ja käyttäjäkokemus. Teoksessa Leikas, J. (toim.) Ikäteknologia. Helsinki: Vanhustyönkeskusliitto, 119–127.

Tepponen M. 2011. Teknologiasta tukea ikäihmisten arkeen. Viitattu 27.9.2015. http://www2.edusampo.fi/sote/documents/loppuraportti_10.pdf

Tilastokeskus, n.d. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 10.9.2014. <http://www.tilastokeskus.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Tokola, E. 2006. Lääkehoito kotona. Helsinki: Tammi, 135–150.

Topo, P. 2007. Dementia, teknologia ja etiikka. Gerontologia (3), 221–230.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

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

Valvira 2012. Kotipalvelut ja kotihoito kunnissa. Viitattu 14.1.2015.
<http://www.valvira.fi/files/esitteet/Kotipalvelut.pdf>

Voutilainen, P. & Tiikkainen P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

SAATEKIRJE

Hei!

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Hämeen ammattikorkeakoulusta (HAMK) Forssan yksiköstä. Teemme opinnäytetyön, jonka aiheena on **Kokemuksia lääkekellon käytöstä kotihoidossa**.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden sekä hoitajien kokemuksia lääkekellon käytöstä. Toivomme, että saamme tulla haastattelemaan Teitä lääkekelloon liittyen. Kokemuksenne ovat meille tärkeitä. Haastattelu tullaan nauhoittamaan. Kaikki tutkimukseen liittyvä materiaali on luottamuksellista. Nimeänne ei tulla mainitsemaan missään vaiheessa tutkimusta ja opinnäytetyön tekijöitä sitoo vaitiolovelvollisuus. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista, mutta toivomme Teidän osallistuvan haastatteluun, sillä kokemusten avulla voidaan kehittää lääkekellon käyttöä. Tulemme olemaan Teihin puhelimitse yhteydessä sopiaaksemme haastattelun ajankohdasta.

Tulette saamaan tietoa haastattelujen tuloksista viimeistään joulukuussa 2015 opinnäytetyön valmistuttua.

Teillä on oikeus kysyä lisätietoja tutkimuksesta sekä haastattelusta. Vastaamme mielellämme kysymyksiinne. Parhaiten tavoitatte meidät sähköpostilla. Kysymyksiä voitte välittää myös hoitajien kautta.

Ystävällisin terveisin,

Elina Helminen
elina.helminen@student.hamk.fi

Aija-Liisa.Martineero
aija-liisa.martineero@student.hamk.fi

Viivi Suna
viivi.suna@student.hamk.fi

SUOSTUMUSLOMAKE

Olen saanut riittävästi tietoa koskien toteutettavaa opinnäytetyötä, jonka aiheena on **Kokemuksia lääkekellon käytöstä kotihoidossa**. Tiedostan, että osallistumiseni haastatteluun on vapaaehtoista. Olen tietoinen siitä, että minulla on oikeus keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa. Ymmärrän, että kaikki antamani vastaukset käsitellään luotamuksellisesti. Tulosten raportointi toteutetaan siten, että henkilötietoni eivät tule ilmi missään vaiheessa.

Paikka ja päiväys

Allekirjoitus

Nimen selvennys



HAASTATTELURUNKO HOITAJILLE

Teema 1 Suhtautuminen hyvinvointiteknologiaan

- Miten suhtaudutte hyvinvointiteknologiaan hoitotyössä? (Minkälaisia aikaisempia kokemuksia?)
- Minkälaisia ajatuksia lääkekellon käyttöönotto herätti teissä?
- Miten hyvinvointiteknologian käyttö vaikuttaa työhne mielekkyyteen ja omaan työmotivaatioon?

Teema 2 Ohjaus ja perehdytys

- Millaiseksi olette kokeneet lääkekellon käyttöönottoon liittyvän perehdytyksen? (Koulutuksen määrä?)
- Millaisena olette kokeneet käytännön harjoittelun ja opitun kertaamisen riittävyyden?
- Miten haluaisitte kehittää perehdyttämistä?
- Millaiseksi koitte lääkekellon käyttöön liittyvän asiakasohjauksen? (Ohjauksen haasteet?)

Teema 3 Käyttökokemukset

- Miten koitte asiakkaiden suhtautuvan lääkekellon käyttöön? (Alussa? Muuttuivatko käsitykset käytön myötä?)
- Millaiseksi olette kokeneet lääkekellon ominaisuuksiltaan? (Koko, ääni, lokerikko, jne.)
- Onko teillä kehittämissuunnitelmia lääkekelloon? Jos on, niin millaisia?
- Millaiseksi olette kokeneet portaalien käytön?
- Miten lääkekellon käyttö on vaikuttanut omaan työskentelyyn ja ajankäyttöön? (Käynnit, lääkkeen oton seuranta, lääkkeiden jako)
- Mitä hyötyä lääkekellon käytöstä on lääkehoidon toteutuksessa asiakkaalle ja hoitajille?
- Millaisena näette lääkekellon käytön tulevaisuudessa?

Teema 4 Lääkekellon turvallinen käyttö

- Miten lääkekellon käyttö edistää potilasturvallisuutta?
- Minkälaisia turvallisuutta heikentäviä tekijöitä olette havainneet lääkekellon käytössä?

HAASTATTELURUNKO ASIAKKAILLE

Teema 1 Suhtautuminen hyvinvointiteknologiaan

- Miten suhtaudutte teknisiin apuvälineisiin?
- Minkälaisia ajatuksia lääkekellon käyttöönotto ja käyttö herätti teissä?

Teema 2 Ohjaus

- Millaiseksi olette kokeneet lääkekellon käyttöönottoon liittyvän ohjauksen? (Miten annettiin?)
- Mitä ohjaus piti sisällään? (Saitteko materiaalia?)
- Saitteko tarpeeksi ohjausta lääkekellon käyttöön liittyen? (Kuinka paljon?)
- Minkälaista ohjausta olisitte toivoneet enemmän?

Teema 3 Käyttökokemukset

- Millaiseksi olette kokeneet lääkekellon käytön? (Helppoa/ vaikeaa?)
- Millaisena olette kokeneet lääkekellon käytön kokeilun? (Mitä hyötyä olette kokeneet saavanne? Minkälaisia ongelmia on esiintynyt?)
- Millaiseksi olette kokeneet lääkekellon ominaisuuksiltaan? (Koko, ääni, lokerikko, jne.)
- Minkälaisia kehittämissuhteita teillä on lääkekelloon?

Teema 4 Turvallisuus /yksityisyys

- Mitä mieltä olette siitä, että hoitajat seuraavat lääkkeittenne ottoa tietokoneen välityksellä?
- Miten lääkekellon käyttö on vaikuttanut turvallisuuden tunteeseen? (Muistaako paremmin ottaa lääkkeen? Tieto siitä, että joku seuraa lääkkeiden ottoa?)
- Olisitteko kiinnostunut käyttämään lääkekelloa tulevaisuudessa?

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET LÄÄKEKELLON KÄYTÖSTÄ

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Alaluokka
Asiakkaiden suhtautuminen hyvinvointitekнологiaan ja lääkekelloon	Yleinen suhtautuminen apuvälineisiin	Myönteinen suhtautuminen apuvälineisiin ja teknologiaan
		Ennakkoluulot lääkekellon käyttöä kohtaan
	Suhtautuminen lääkekellon käyttöönottoon	Muistin vaikutus lääkekellon käyttöön
		Halukkuus lähteä mukaan lääkekellokokeiluun
		Usko laitteen hyödyllisyyteen
Ohjaus ja perehdytys oppimisen tukena	Kokemukset ohjaustilanteesta	Ohjaustilanteen myönteisyys
		Ohjauksen sisällön monipuolisuus
	Ohjauksessa käytetyt menetelmät	Henkilökohtainen keskustelu
		Kirjallinen materiaali
Osaamisen tärkeys	Osaamisen tarpeen oivaltaminen	
Asiakkaiden käyttökokemukset lääkekellosta	Tyytyväisyys lääkekelloon	Lääkekellon helppo käyttöisyys
		Lääkekellon hyödyllisyys
		Hälytysäänen voimakkuus
		Numerokiekko lääkkeiden jakamisen apuvälineenä
		Tyytyväisyys lääkekellon ulkoisiin ominaisuuksiin
		Kiinnostus lääkekellon käyttöä kohtaan
	Kehitettävät toiminnot ja ominaisuudet	Hiljainen hälytysääni
		Lääkkeiden oton vaikeus lokerikosta
		Lääkkeenottokertojen ohjelmointi
		Satunnaisten häiriöiden ilmaantuminen
		Väri vaihtoehdot

Kokemuksia lääkekellon käytöstä kotihoidossa

Lääkekellon vaikutus turvallisuuteen	Turvallisuuden lisääntyminen lääkekellon käytön myötä	Seurannan mahdollisuudet
	Lääkehoidon turvallinen toteutuminen	Lääkehoidon toteutumisen onnistuminen Turvallisuuden vaarantuminen lääkehoidon toteutumisessa

HOITAJIEN KOKEMUKSET LÄÄKEKELLON KÄYTÖSTÄ

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Alaluokka
Käsitykset lääkekellosta	Hoitajien ajatuksia asiakkaiden suhtautumisesta lääkekelloon	Kiinnostus lääkekelloa kohtaan
		Epäluuloisuus lääkekelloa kohtaan
	Hoitajien käsitykset hyvinvointiteknologiasta ja lääkekellosta	Asiakkaiden sopivuus
		Hoitajien asennoituminen lääkekelloa kohtaan
Ohjaus ja perehdytys	Hoitajien kokemus asiakkaiden ohjauksesta	Ohjauksen helppous
		Ohjauksen tarpeellisuus
		Asiakkaiden oppiminen
	Hoitajien saama ohjaus ja perehdytys	Ohjauksen sisältö ja saatavuus
		Oppimisen mahdollistaminen
		Portaalin käytön lisäohjauksen tarve
		Sitoutuminen koulutukseen ja lääkekellokokeiluun
Lääkekellon käytön oppiminen	Laitteen käytön helppous oppimisen jälkeen	
Hoitajien käyttökokemukset lääkekellosta	Lääkekellon ulkoiset ominaisuudet	Muodon ja koon sopivuus
		Värin ja materiaalin sopivuus
	Sopiva asiakasryhmä	Toimintojen sopivuus eri asiakasryhmille
	Lääkekellon toiminnot	Toimintojen haasteet
		Toimintojen hyvät ominaisuudet
		Vähäiset häiriöt lääkekellossa
	Portaalin käyttö	Portaalin hyvien ominaisuuksien tunteminen
		Portaalin käytön haasteet

Kokemuksia lääkekellon käytöstä kotihoidossa

Lääkekellon vaikutus turvallisuuteen	Lääkehoidon toteutuminen	Turvallisen lääkehoidon toteutuminen
		Lääkehoidon vaaran- tuminen
		Lääkkeiden väärin- käytön väheneminen
	Puhelimeen säädettävä hälytys	Muistuttaminen lää- kehoidon toteutumista
Hälytyksen hyödyn- täminen asiakkaan tilanteen selvittä- miseksi		
Lääkekellon vaikutta- vuus kotihoidon toi- mintoihin	Lääkekellon vaikutus hoitajan työhön	Lääkekellon vaikutus työn sisältöön
		Lääkekellon vaikutus työn määrään
	Lääkekellon käyt- töönotto ja käytön jatkuvuus	Käyttöönoton infor- mointi
		Lääkekellon käytön tulevaisuus

KUTSUKIRJE HOITAJILLE

Hei!

*Arvoisa hoitaja, tervetuloa keskustelemaan kanssamme kokemuk-
sistanne lääkekellon käytöstä. Haastattelu liittyy opinnäytetyö-
hömme.*

Tarkoituksenamme on keskustella ainakin alla olevista teemoista:

- Suhtautuminen hyvinvointiteknologiaan*
- Ohjaus ja perehdytys*
- Käyttökokemukset*
- Lääkekellon turvallinen käyttö*

*Lisäksi voitte miettiä muita teemoja, joista haluatte keskustella.
Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna Rimpikodon ka-
binetissa 3.3.2015, klo. 13. Haastattelu tullaan nauhoittamaan. Ai-
neisto käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään käsittelyn jäl-
keen.*

Ystävällisin terveisin,

*Sairaanhoidajaopiskelijat
Elina, Aija-Liisa & Viivi*

ADDOZ LÄÄKEKELLO

