

KOTIHOITOASIAKKAAN LÄÄKEHOITO KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÄN
NÄKÖKULMASTA

Tiina Pietikäinen
Pro gradu –tutkielma
Hoitotieteen laitos
Tampereen yliopisto
Maaliskuu 2004

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos

PIETIKÄINEN, TIINA: Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän
näkökulmasta

Pro gradu –tutkielma, 86 sivua, 9 liitesivua
Ohjaaja: VTT, THT, dosentti Ritva Raatikainen
Hoitotiede
Maaliskuu 2004

Tarkoituksena oli tutkia lääkehoidon edellytyksiä, lääkkeiden käsittelyä, lääkehoidon toimintaa sekä työntekijöiden yhteistyötä asiakkaan ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa kotihoidossa. Tutkimuksessa tarkasteltiin kotihoitohenkilöstön näkemystä omasta työstään ja työyksikkönsä käytännöistä lääkehoidossa. Tutkimuksella haettiin tietoa kotihoidon lääkehoidon nykyisistä toimintatavoista.

Tutkimusaineisto kerättiin 160:ltä kotihoidon työntekijältä viidessä maaseutukunnassa ja kahdessa kaupungissa puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Työntekijät olivat sairaan- ja terveydenhoitajia, perus- ja lähihoitajia sekä kodinhoitajia ja kotiavustajia. Vastausprosentti oli 80. Tilastomenetelmänä käytettiin suoria jakaumia ja ristiintaulukointia sekä χ^2 -testiä. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalysysilla. Tulokset esitetään taulukkoina ja kuvioina.

Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat vastasivat laajasti lääkehoitoon liittyvistä tehtävistä; muulla henkilöstöllä oli merkittävä osuus avustaa asiakasta lääkehoidossa ja varmistaa lääkehoidon toteutuminen. Lääkkeiden käsittelyn ja jakamisen lupakäytännöt olivat kirjavia ja osittain epäselviäkin. Lääkehoidon virheettömyyttä tai osaamista ei arvioitu säännöllisesti. Lääkehoidon täydennyskoulutus oli satunnaista, ja sitä toivottiin nykyistä enemmän. Lääkemääräyksiin liittyvät tehtävät painottuivat enemmän sairaan- ja terveydenhoitajien työskentelyssä kuin muilla ammattiryhmillä. Kaikki ammattiryhmät käyttivät monipuolisesti erilaisia lääkkeidenantotapoja. Lääkehoidon toiminnassa, johon liittyi itsenäistä päätöksentekoa, oli lääkehoidon suunnittelussa sairaan- ja terveydenhoitajien osuus muita ammattiryhmiä suurempi, mutta lääkehoidon arvioinnissa ammattiryhmien väliset erot olivat pienemmät. Lääkehoidon ohjauksessa korostui ohjaus reseptilääkkeiden käytöstä ja ravitsemuksen vaikutuksista lääkehoitoon. Kuvailuissa yhteistyöstä asiakkaan kanssa oli toisena ääripäänä omatoimisuutta tukeva ja yhteistyötä korostava, kumppanuutta lähentyvä toiminta ja toisena ääripäänä sopimukseen pohjautuva ja tehtäviä painottava toiminta. Työntekijöiden yhteistyö omaisten tai läheisten kanssa lääkehoidossa oli vähäistä. Työyhteisöissä asiakkaita tai omaisia ei juurikaan rohkaistu osallistumaan lääkehoitoon.

Kotihoidossa sairaan- ja terveydenhoitajilla on koulutuksensa pohjalta asiakkaan päivittäisessä lääkehoidossa keskeinen rooli, mutta kaikilla kotihoidon työntekijöillä on mahdollisuus seurata, miten kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotona toteutuu ja tukea siten asiakasta ja omaista lääkehoidossa. Tuloksia voidaan käyttää kehitettäessä kotihoidon lääkehoitoa sekä ammatillista perus- ja täydennyskoulutusta.

Asiasanat: kotihoito, lääkehoito, asiakas, omainen

SISÄLTÖ

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	4
2. KIRJALLISUUSKATSAUS	8
2.1 Kotihoidon asiakkaat ja omaiset	9
2.2 Kotihoidon palvelut ja henkilöstö	17
2.3 Lääkehoito	26
2.4 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta	35
3. TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA KÄYTETYT KÄSITTEET	37
4. TUTKIMUSTEHTÄVÄ	38
5. AINEISTO JA MENETELMÄ	39
5.1 Tutkimushenkilöt ja aineiston keruu	39
5.2 Mittari	40
5.3 Aineiston käsittely ja analyysi	41
5.4 Tutkimuksen luotettavuus	43
5.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset	46
6. TULOKSET	46
6.1 Kotihoitohenkilöstön taustatiedot	46
6.2 Henkilöstön edellytykset kotihoidon lääkehoitoon	47
6.2.1 Lupa lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen	47
6.2.2 Lääkehoidon käytännöt kotihoidossa	48
6.2.3 Henkilöstön osallistuminen lääkehoitoon liittyvään koulutukseen	52
6.3 Lääkkeiden käsittely kotihoidossa	53
6.3.1 Lääkemääräyksiin liittyvät tehtävät	53
6.3.2 Lääkkeidenantotavat	54
6.3.3 Lääkkeiden hankinta ja säilyttäminen	56
6.4 Lääkehoitoon liittyvä toiminta kotihoidossa	58
6.4.1 Lääkehoidon suunnittelu	58
6.4.2 Lääkehoidon arviointi	60
6.4.3 Lääkehoidon ohjaus	61
6.4.4 Lääkehoidosta tiedottaminen	63
6.5 Asiakkaan ja omaisen tai läheisen kanssa toimiminen lääkehoidossa	64
7. POHDINTA	68
7.1 Tutkimusmenetelmien pohdinta	68
7.2 Tutkimustulosten pohdinta	70
7.2.1 Henkilöstön edellytykset lääkehoitoon	70
7.2.2 Lääkkeiden käsittely kotihoidossa	72
7.2.3 Lääkehoitoon liittyvä toiminta kotihoidossa	73
7.2.4 Asiakkaan ja omaisen tai läheisen kanssa toimiminen lääkehoidossa	74
7.2.5 Tulosten tarkastelu kuntamuodon, työkokemuksen ja asiakasmäärän mukaan	76
8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN MERKITYS	77
9. LÄHTEET	80
Liitteet	87

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Kotihoidolla tarkoitetaan hoitoa ja palvelua, jossa asiakas on suuren osan vuorokaudesta kodissaan erilaisten palvelujen turvin. Kotihoitoon sisältyvät kotipalvelu, kotisairaanhoido sekä terveydenhuollon ehkäisevä työ ja tukipalvelut. (Ronkainen ym. 2002, 100.) Suomessa kotihoidon palveluja sai vuonna 2001 yhteensä 69 858 asiakasta. Asiakkaista 25 % sai sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa, 45 % vain kotipalvelua, 19 % vain kotisairaanhoidoa ja muita palveluja sai 13 %. Palveluiden saajista 76 % oli vähintään 75-vuotiaita. (Stakes 2002.) Kotihoidossa asiakas saa päätöksen, josta ilmenevät hänelle myönnetty palvelut. Hänelle tehdään myös hoito- ja palvelusuunnitelma. (Päivärinta & Haverinen 2003, 14, 95.) Eniten kotisairaanhoidopalveluja käyttävät kaikista vanhimpiin ikäryhmiin kuuluvat, yksin asuvat, sairaat, fyysiseltä ja psyykkiseltä toimintakyvyltään heikentyneet sekä ne, joilta puuttuu sosiaalinen tuki. Kotipalveluja käytetään samoin perustein eli asiakkailla on korkea ikä, huono terveys, heikentynyt fyysinen toimintakyky, ja he asuvat yksin. (Kivelä 2001, 67.)

Kotihoidossa on yhdistetty aiemmin erillään toteutetut kotisairaanhoido ja kotipalvelu. Kotisairaanhoido pohjautuu kansanterveyslakiin (667/1972, § 14 ja § 17) ja kotipalvelu sosiaalihuoltoasetukseen (607/83). Kotisairaanhoido on terveyskeskuksen valvoma sairaanhoidoa kotona (Ronkainen ym. 2002, 100). Potilaan saamia kotisairaanhoidon palveluja on edeltänyt hoitoonottopäätös. Potilaan luona käydään säännöllisin välein, ja hänen saamansa hoito perustuu hoitosuunnitelmaan. (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997, 9.)

Kotipalvelu sisältyy sosiaalihuoltoon, ja sen toimintamuodot ovat kodinhoitajan ja kotiavustajan antama kodinhoitoapu sekä tukipalvelut ja taloudellinen kodinhoidontuki. Kotipalvelun työntekijä tekee kotona askareita, jotka asiakas tekisi itse, jos hänellä olisi siihen vielä voimavaroja. (Siira 1998, 231; Ronkainen ym. 2002, 101-102.) Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu- ja hoitosuunnitelma tai muu vastaava suunnitelma (Laki 812/2000). Vuonna 2000 kunnallisessa kotipalvelussa työskenteli 14 500 henkilöä. Suurimman ammattiryhmän muodostivat 11 350 kodinhoitajaa tai kotiavustajaa. Lisäksi kotipalvelussa työskenteli muun koulutuksen saaneita työntekijöitä, esimerkiksi 1 740 perus- tai lähihoitajaa, 140 sairaanhoitajaa ja 50 terveydenhoitajaa. (Sosiaaliturva 2002,

105.) Todellinen henkilömäärä on kuitenkin edellistä lukua pienempi, koska osa kotipalvelun henkilökunnasta toimii palveluasumisessa, esimerkiksi vuonna 1998 henkilökunnasta 29 % toimi palveluasumisessa (Vaarama ym. 2002, 93).

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämisen tarkoituksena on ollut lisätä sosiaali- ja terveydenhuoltoon saumattomia palveluketjuja, jotka perustuvat asiakaskeskeisyyteen ja asiakkaan aktiiviseen vaikuttamiseen itseään koskevassa päätöksenteossa. Yhdistämisen tavoite on ollut myös lisätä ammatti- ja organisaatorajat ylittävää yhteistyötä sekä hyvää tiedonsaantia palvelujen tuottajien kesken. (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997, 6; Syrjänen 1999, 35.)

Lääkehoito on osa asiakkaan hoitoa hänen kotonaan. Lääkkeellä tarkoitetaan lääkelain mukaan valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oireita ihmisessä tai eläimessä. (Lääkeasetus 696/1987, Lääkelaki 395/1987.)

Lääke- ja nestehoito voivat vaarantaa asiakkaan turvallisuuden, joten hoidonantajan vastuu on suuri. Keskeisiä asioita lääkehoidossa ovat osaamisen ajantasaisuus, asiakkaan ohjaus sekä lääkehoidon ja sitä koskevan ohjeistuksen hallinta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 15). Kotihoidossa lääkehoidon kehittymiseen vaikuttaa se, että laitoshoidosta siirrytään yhä enemmän kodinomaiseen hoitoon ja siten entistä huonokuntoisempia hoidetaan kotona (Metsämuuronen 2000a, 92). Toisaalta lääkeala kehittyy jatkuvasti voimakkaasti. Lääkkeitä tulee enemmän, lääkehoidot monipuolistuvat ja –mutkaistuvat. Myös lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä teknologia tuo uusia haasteita hoitotyöntekijöiden ammattitaidolle. (Hyttinen 1999, 135; Lumme-Sandt, 2002, 68.)

Tärkeä lääkehuoltoa koskeva säädös on Lääkintöhallituksen yleiskirje Nro 1929/9.9.1987 sekä siihen 30.1.1997 tehdyt kohtien 10, 11 ja 12 muutokset. Lääkärillä on juridinen vastuu lääkehoidon määrääjänä, mutta hoitotyöntekijällä on juridinen ja eettinen vastuu lääkehoidon ja lääkemääräysten toteuttamisessa (Lääkeasetus 693/1987; Lääkelaki 395/1987; Murtola 1999, 8). Lääkelaitoksen määräys (1/1993) määrittelee eriasteisten terveydenhuoltohenkilöstön lääkehoidon vastualueet. Lääkkeitä voivat jakaa potilaskohtaisiin annoksiin sellaiset sairaanhoitotoimen harjoittajat, joilla on koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella edellytykset turvalliseen lääkejakeluun. (Lääkintöhallituksen

yleiskirje Nro 1929/9.9.1987, kohta 9.) Perusteet lääkehoidon osaamiseen saadaan ammatillisen peruskoulutuksen aikana (Mattila & Isola 2002, 3884). Kotipalvelutyöntekijän tehtäviin kuuluu lääkehuolto, mikäli työntekijän koulutus tämän mahdollistaa (Ronkainen ym. 2002, 101,102). Kotihoidossa koulutustaso on alhainen, ja suhteellisen suurelta osalta puuttuu sosiaali- ja terveysalan koulutus sekä asetuksen määräämä pätevyys (Vaarama ym. 2001, 33; Vaarama ym. 2002, 84). Käytännön työskentelyssä johtava lääkäri erikseen päättää ammattiryhmittäin tai henkilöittäin oikeudet eräissä erityistapauksissa lääkemuotojen antamiseen. Lääkehoitoon liittyvät lääkärin määräykset kirjataan aina potilasta koskevaan terveys- ja sairauskertomukseen. (Lääkintöhallituksen yleiskirje Nro 1929/9.9.1987, kohta 9.) Lääkehoitoa koskeva lainsäädäntö ei kuitenkaan ole selkeä, sillä se ei esimerkiksi mainitse lähihoitajaa lääkehoitoon osallistujana.

Vaikka lääkehoito on luonteeltaan epäitsenäistä, lääketieteellistä hoitoa avustavaa hoitotyötä (vrt. Krause & Salo 1992, 78; Peltari 1997, 56), se asettaa ammattitaitovaatimuksia myös hoitotyöntekijöille. Veräjäkorpri ja Leino-Kilpi (2003, 30) luokittelevat hoitajien ammattitaidon ja toiminnan lääkehoidossa lääkehoidon ydintehtävään, lääkehoidon matemaattiseen perustaan ja lääkehoidon käytännön perustaan. Lääkehoidon ydintehtävän muodostavat farmakologinen perusta, legitiminen perusta, anatomis-fysiologinen perusta sekä eettinen perusta. Lääkelaskenta ja matemaattiset perusteet sekä säännöt muodostavat lääkehoidon matemaattisen perustan. Lääkehoidon käytännön perusta muodostuu lääkkeiden käsittelystä, lääkehoidon toteuttamisesta ja yhteistyöstä asiakkaan kanssa. (Veräjäkorpri & Leino-Kilpi 1998, 8; Veräjäkorpri & Leino-Kilpi 2003, 30.)

Terveystenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan ja perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säädöksiin ja määräyksiin. Työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 18§.) Jos voidaan olettaa puutteita ammattihenkilön ammattitaidossa, terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi velvoittaa selvittämään kyseisen henkilön ammattitaidon. Laki (1074/1992) ja asetus (1121/1992) oikeusturvakeskuksesta määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilön virheellisen toiminnan ja sen perusteella tehtävät kurinpitotoimenpiteet.

Terveysongelmat muuttuvat, ja uusia hoitomuotoja ja –menetelmiä sekä uutta tekniikkaa otetaan hoitamisessa käyttöön. Ihmisten ongelmat monimutkaistuvat, ja tarvitaan eri asiantuntijoiden yhteistyötä heidän auttamisekseen. Hoitotyön tulevaisuutta pohtinut projektiryhmä esitti hoitotyön kehittämisen tavoitteeksi muun muassa eri ammattiryhmien ja toimintasektorien välisen yhteistyön, joka perustuu toisen työn ja asiantuntemuksen arvostamiseen. Lisäksi tavoitteissa todettiin myös asiakkaan ja hänen läheistensä keskeinen rooli palveluprosessin eri vaiheissa. Yhteistyöltä edellytetään, että se on toimivaa, koordinoitua sekä ammattiryhmien asiantuntemuksen parhaiten hyödyntävää. (Perälä 1997, 37; Pelttari 1997, 150-151, vrt. myös Elovainio ym. 1997, 74)

Kotihoidossa työskentelevät hoitotyöntekijät toimivat yhteistyössä lääkehuollosta vastaavien henkilöiden kanssa toteuttaessaan lääkehoitoa ottamalla huomioon potilasturvallisuuden edellyttämät lääkkeitä koskevat määräykset. Yhteistyö lääkeshoidossa voidaan ymmärtää eri tavoin kuten yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa yleensäkin. Se voi olla avun ja tiedon antamista muille tai niiden saamista muilta, oman ammattiryhmän keskinäistä yhteistyötä, työyksikön tai pienryhmän yhteistyötä tai työyksiköiden tai pienryhmien välistä yhteistyötä. Yhteistyön sisältö voi kohdistua rutiineihin ja järjestelyihin, ongelmiin ja ongelmatilanteisiin, potilaisiin ja asiakkaisiin tai työskentelytapoihin ja –malleihin. (Elovainio ym. 1997, 46-47.)

Kotihoidoasiakkaan omainen voi olla hänen sukulaisensa, kuten puoliso, tai muu läheinen ihminen tai ystävä. Ikääntyneet eivät halua olla taakkana omaisilleen tai läheisilleen (Voutilainen ym. 2002, 38). Virallista omaistukea saa Suomessa noin 20 000 henkilöä, ja selvitysten mukaan yli 65-vuotiaista kuudesosa auttaa säännöllisesti pitkäaikaissairasta läheistään. Vaikka omaisia on tuettu taloudellisesti ja palveluin, silti omaisia voidaan pitää vanhustenhuollossa näkymättömänä osapuolena. (Saarenheimo & Pietilä 2003, 139.)

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on toisaalta lääkehoidon kehittymisen ja monipuolisuuden sekä toisaalta asiakkaiden ikääntymisen ja kunnan heikkenemisen vaikutus kotihoidon henkilöstön työhön (Lumme-Sandt 2002, 68; Metsämuuronen 2000a, 92). Vanhus-tutkimuksiin kohdistuneissa analyyseissa on esitetty, että hoitotieteessä tarvitaan nykyistä enemmän tutkimusta vanhusten lääkehoidosta (Haapaniemi ym. 2003, 90). Kotihoidossa tarvitaan myös tietoa siitä, miten eri ammatillisen koulutuksen saaneet työntekijät toimivat lääkehoidossa ja millaisia odotuksia heihin kohdistuu. Kotihoidon palvelujen väheneminen

herättää myös kysymyksen omaisten ja läheisten merkityksestä lääkehoidossa. Tämän tutkimuksen tarkoitus on tarkastella lääkehoidon edellytyksiä kotihoidossa, lääkkeiden käsittelyä, lääkehoidon toimintoja sekä työntekijöiden yhteistyötä asiakkaan ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa. Lähtökohta tutkimuksessa on kotihoitohenkilöstön näkemys omasta työstään ja työyksikkönsä käytännöistä lääkehoidossa. Tutkimuksella haetaan tietoa kotihoidon nykyisistä toimintatavoista. Tältä pohjalta voidaan kehittää kotihoidon lääkehoitoa sekä ammatillista perus- ja täydennyskoulutusta. Tavoitteena tutkimuksessa on tarkastella sitä, onko kotihoidon työntekijöillä sellaista tietoa, jota muilla kotihoitoasiakkaan lääkehoitoon osallistuvilla ei ole.

Kotisairaanhoidossa on käytetty yleisesti käsitettä potilas ja kotipalvelussa käsitettä asiakas (Sosiaalihuoltoasetus 607/83; Laaksonen-Heikkilä & Leino-Kilpi 1997, 10). Raatikainen (2002, 23) on pohtinut termien potilas ja asiakas käyttöä. Hänestä asiakas -termissä henkilöllä on kuluttajan ja palautteen antajan rooli, mutta hänen ei ajatella kaipaavan osallistumista tai syvällistä ymmärrystä hoitoonsa. Potilas voi viitata taas henkilön passiiviseen rooliin terveydenhoidon kohteena, mutta toisaalta sille voidaan yhtä hyvin antaa aktiivinenkin merkitys. Koska kotihoidon palvelujen saajista useimmat saavat kotipalvelua kuin kotisairaanhoidoa (Vaarama ym. 2002, 77; Stakes 2002), käytetään tässä tutkimuksessa pääsääntöisesti käsitettä asiakas kotihoidon palvelujen saajista. Tutkimuksessa kotihoidon työntekijöiksi määritellään kaikki kotipalvelun työntekijät kuten kodinhoitajat, kotiavustajat, kotipalvelun ohjaajat, lähihoitajat sekä kotisairaanhoidon työntekijät kuten lähihoitajat, perus- ja apuhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat (Paljärvi ym. 2003, 87).

2. KIRJALLISUUSKATSAUS

Kotihoidon asiakkaat kuuluvat suurelta osalta vanhustutkimuksen kohderyhmään, koska kolme neljäsosaa heistä on yli 75-vuotiaita. Haapaniemi ym. (2003, 89,) analysoivat sisällönanalyysin avulla suomalaisia hoitotieteellisiä vanhustutkimuksia (n=184). Tutkimusaiheet vaihtelivat huomattavasti, mutta eniten oli selvitetty vanhusten, heidän omaistensa tai hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitotyön toiminnan tuloksista. Yleisimmin käytetyt aineistonkeruumenetelmät olivat haastattelu (n=88) tai kysely (n=51). Analyysimenetelmänä oli useimmiten laadullisia menetelmiä. Haapaniemi ym.

eivät tuoneet erikseen esille kotihoitoon kohdistuneita vanhustutkimuksia, mutta ikäihmisten kotona selviytymistä sekä erikseen kotisairaanhoidon ja kotipalvelua on tutkittu runsaasti eri tieteenaloilla ja myös hoitotieteessä eri näkökulmista, ja erityisesti sitä on tutkittu opinnäytetöissä (Tedre 1999, 39; Roine ym. 2000, 313; Lappalainen 2002, 6; Thome ym. 2003, 860-872). Yhdistetyn kotisairaanhoidon ja -palvelun kattava kotihoidon laadun tutkimus on ollut vähäistä (Paljärvi ym. 2003, 87). Saarenheimo ja Pietilä ovat (2003, 139, 146) tarkastelleet omaishoidontutkimuksia ja toteavat, että vaikka omaishoitoa koskevien yksittäisten tutkimusten määrä on suuri, on tutkimus ollut melko yksipuolista ja kohdistunut kolmeen teemaan: omaishoitajien kuormittuneisuuteen, kokemuksiin hoitamisesta ja erilaisten tukimuotojen toimivuuteen. Myös Tedren (2003, 99) mielestä omaishoivasta tiedetään vähän, vaikka yksittäisiä tutkimuksia siitä onkin ilmestynyt.

Kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan ensin kotihoidon asiakkaita ja omaisia, toiseksi kotihoidon palveluita ja henkilöstöä sekä kolmanneksi lääkehoitoa. Kirjallisuuskatsauksen aineiston ryhmittely menee osittain päällekkäin, koska samassa aineistossa voidaan käsitellä useampia edellä mainittuja asioita. Kirjallisuuskatsaukseen on valittu monenlaisia kotihoitoa ja lääkehoitoa koskevia tutkimuksia ja otettu huomioon lyhyetkin maininnat lääkehoitoon tai omaisiin liittyvistä tuloksista. Siihen on otettu mukaan myös opinnäytetöitä, koska tarkastelussa on painotettu kotihoitoa koskevia uusimpia tutkimuksia, joista useat ovat pro gradu –tutkielmia.

2.1 Kotihoidon asiakkaat ja omaiset

Tutkimuksessa, jossa haastateltiin strukturoitua kyselylomaketta apuna käyttäen yli 75-vuotiaita säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja käyttämättömiä kotona asuvia vanhuksia (n=198), suurin osa tutkituista oli terveyteensä tyytyväisiä, vaikka heistä 80 %:lla oli pitkäaikainen sairaus. He selviytyivät melko hyvin jokapäiväisistä toiminnoistaan. Kotona selviytymiseen vaikuttivat ensisijaisesti terveys ja toimintakyky sekä omatoimisuus. Vanhukset olivat yhteydessä omaisiin ja ystäviin viikoittain. He pitivät mahdollisimman pitkään kotona asumista tärkeänä. Tutkimuksen perusteella säännöllisillä kotikäynneillä voidaan seurata ja tukea vanhusten toimintakykyä ja terveyttä. (Roine ym. 2000, 319.)

Tervon ja Pietilän (1995, 214-222) tutkimuksessa haastateltiin yli 75-vuotiaita vanhuksia (n=20, joista kotipalvelun tai muun ulkopuolisen avun piiriin kuului 10). Saatu aineisto analysointiin sisällönerittelyllä. Tulosten perusteella sairauksista huolimatta vanhukset kokivat itsensä terveiksi. Vanhusten selviytymiskeinot muodostuivat sosiaalisista kontakteista, elämään sisältöä tuovista päivittäisistä tapahtumista ja aikaisemmista elämäkokemuksista. Kotona selviytymistä edistäviä tekijöitä olivat terveyden ylläpitäminen, tunne hyvästä olost, sosiaalinen verkosto ja turvattu toimeentulo. Sosiaaliseen verkostoon kuuluivat lähisuvun huolenpito vanhuksesta, yhteiskunnan palvelut, kuten kontaktit kotiaivustajaan ja –sairaanhoitajaan sekä naapurien tuki.

Samansuuntaiset tulokset olivat Rissasen (1999, 57, 75-76, 95) tutkimuksessa, jossa aineisto kerättiin strukturoidulla haastattelulomakkeella yhden kunnan yli 65-vuotiailta asukkailta (n=157). Aineisto käsiteltiin kvantitatiivisilla tilastomenetelmillä sekä avoimet kysymykset induktiivisella sisällönanalyysillä. Voimavaroina naisilla olivat uskonnollisuus, perhe ja myönteinen elämänasenne, miehillä velvollisuudet, odotus paremmasta huomisesta ja uskonnollisuus. Vaikka tutkittavilla oli pitkäaikaissairauksia ja kolme neljäsosaa käytti lääkkeitä päivittäin, he kokivat fyysisen ja psykososiaalisen terveytensä keskimäärin hyväksi. Tuloksissa runsas neljännes niistä, jotka käyttivät lääkkeitä päivittäin, ei tuntenut tarvetta käyttää juuri lainkaan terveyspalveluja.

Kilpeläinen (2003, 43, 47) tutki pro gradu –työssään laadullisella sisällön analyysillä 20:n kotihoidon naisvanhusasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmat. Kotihoidon naisvanhusasiakkaan itsenäistä kotona selviytymistä tukivat vanhuksen ja hoitajan välinen vuorovaikutus, asiakaslähtöinen hoidon ja palvelun suunnittelu, terveys ja terveysongelmien ratkaisut sekä sosiaalinen verkosto. Vuorovaikutus kotihoidon työntekijöihin sisälsi luottamuksellisen hoitosuhteen ja yhteistyökumppanuuden. Omaisen tuki oli huolenpitoa ja sitoutumista vanhuksen auttamiseen.

Tutkimusten perusteella se, miten ikääntyvät huolehtivat itsestään, luo odotuksia heidän parissaan toimiville työntekijöille. Lappalainen (2002, 18) tutki osallistuvalla havainnoinnilla ja haastatteluilla 34 kotihoidon työntekijän kotikäyntiä vanhusten (n=29) kotiin sekä havainnoi ja haastatteli vapaamuotoisesti keskustelemalla omassa kodissa asuvia vanhuksia (n=21). Tulokset hän analysoi kvantitatiivisiin sisällönanalyysimenetelmiin kuuluvalla Spradleyn kehittämällä etnografisella analyysillä. Tuloksissa Lappalainen ryhmitteli

vanhukset hoitamisen suhteen kolmeen toisistaan eroavaan ryhmään. Uudistajat olivat kriittisiä ja ulospäinsuuntautuneita. He vastasivat itse hoidostaan ja selviytyivät verkostojensa avulla. Myötäilijät noudattivat saamiaan ohjeita hoidossaan ja pyrkivät sopeutumaan niihin kyselemättä. Luovuttajat olivat alistuneita tai katkeroituneita vanhuksia, jotka ottivat hoidon vastaan purnaten tai laiminlöivät sen. Ryhmien pohjalta hoidon sisältö muotoutui erilaiseksi. Lääkehoito kuului keskeisesti kotihoidon vastuualaan niillä asiakkailta, jotka Lappalainen luokitteli myötäilijöiksi tai luovuttajiksi. Uudistajiksi luokitelluilla asiakkailta kuului lääkkeiden jako dosettiin ja lääkehoidon ohjaus kotihoidon tehtäviin. Myötäilijöillä ja luovuttajilla tarvittiin lisäksi apua reseptien uusimiseen, lääkkeiden hankkimiseen ja säilyttämiseen. He tarvitsivat myös paljon neuvontaa lääkkeiden ottamisessa ja seuranta lääkkeiden vaikutuksista. Tutkimuksessa vanhusten pärjäämiseen kotona liittyi halu tuntee kuuluvansa yhteisöön, perheeseen, sukuun ja ystäviin. Lapset ja lapsenlapset olivat tärkein sosiaalinen yhteisö. (Lappalainen 2002, 58-61, 67.)

Backman (2001, 31, 53-56, 67) tutki kotona asuvien ikääntyvien itsestään huolehtimista haastatteleamalla 40 yli 75-vuotiasta. Tulokset hän analysoi grounded teoria –menetelmällä, ja saamansa mallin avulla hän luokitteli deduktiivisesti alkuperäisaineiston. Kuvailevien tilastomenetelmien avulla hän selvitti tapoja, joilla ikääntyneet huolehtivat itsestään, yhteyttä toimintakykyyn, elämäntyytyväisyyteen ja itsearvostukseen. Lisäksi hän tutki itsestä huolehtimista ja sen ohjautumista elämänhistoriallisesta näkökulmasta tekemällä viisi elämäkertahaastattelua, jotka hän analysoi induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimuksessa asiakkaat voitiin luokitella karkeasti neljään eri ryhmään: omavastuiset, ulkoapäin ohjautuvat, omapäiset ja luovuttajat. Kuten Lappalaisella (2002) myös Backmanin tutkimuksessa tavat, joilla asiakkaat huolehtivat itsestään, olivat omalla tavallaan haasteellisia hoitotyöntekijöille. Omavastuisilla ikäihmisillä itsestä huolehtimiseen liittyi myönteisyys ja vastuunkanto itsestä. He perustelivat omat näkemyksensä ja halusivat keskustella hoitovaihtoehtoista. Ulkoapäin ohjautuvat pyrkivät selviytymään sairauksista ja heikentyneestä toimintakyvystä noudattamalla täsmällisesti ja kritiikittömästi sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön antamia ohjeita, kun taas omapäiset ikäihmiset epäilivät saamiaan ohjeita ja heillä oli omintakeisia hoitomuotoja. He eivät välttämättä ottaneet apua vastaan, vaikka ehkä olisivat sitä tarvinneetkin. Luovuttajien itsestä huolenpidolle oli tyypillistä elämäntavoitteista luopuminen, murtuminen ja sinnittely päivästä toiseen. He

eivät kaivanneet perusteluja hoito-ohjeille ja antoivat vastuun esimerkiksi lääkehoidosta kotisairaanhoidajille. (Backman 2001, 67-68, 56.)

Tepponen (2003, 63, 59, 87, 100) selvitti kotihoidon asiakkailta kysely- ja haastattelututkimuksella yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutumista pääkaupunkiseudulla. Tutkimusaineiston hän keräsi kontrolloituna postikyselynä (n=452), ja kyselyä hän syvensi satunnaisotannalla valituilla kotihaastatteluilla (n=30). Tutkimuksessa kotihoidon asiakkaista lähes puolet annosteli itse lääkkeensä ja suurin osa otti ne itsenäisesti. Heistä alle 40 % vastasi saaneensa tukea hoitajalta lääkkeiden sivuvaikutusten seurannassa. Tutkimuksessa todettiin kotihoidon asiakkaiden odottavan ammattiauttajilta lääkehoidosta huolehtimista ja kokevan lääkehoidon seurannassa olevan puutteita.

Porre (2001, 50, 61, 62) keräsi pro gradu –tutkielmassa aineistonsa teemahaastattelemalla kotihoidon yöpartion asiakkaita (n=10) ja analysoimalla aineiston kvalitatiivisesti sisällön-analyyysilla. Tulosten perusteella kotihoidon potilaat kokivat hoitosuhteen työntekijöihin avoimeksi, tasa-arvoiseksi ja luottamukselliseksi. Parantamisen varaa sosiaali- ja terveydenhuollossa oli palvelujen laadussa, nopeudessa ja potilaiden kohtelussa. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteet jäivät lähes kaikille potilaille epäselviksi. Työntekijöiltä potilaat olivat saaneet ohjausta muun muassa lääkkeisiin liittyvissä asioissa.

Ward-Griffinin mukaan perhe voi osallistua eri rooleissa asiakkaan hoitoon. Äärimmäisissä tapauksissa perhe voi osallistua hoitoon joko hyvin vähän tai sitten hyvin aktiivisesti. Vastaavan ääripään muodostaa hoitamisessa se, että perhe voi olla hoitamisessa toissijainen, sivussa, tai perhe voi olla hyvin keskeinen toimija. Näistä ulottuvuuksista muodostuu omaisille neljä erilaista roolia olla mukana hoidossa. Myötäilijät jättäytyvät hoidossa taka-alalle eivätkä pysty tai halua osallistua hoitoon. Kilpailijat jättäytyvät myös taka-alalle, mutta osallistuvat kuitenkin hoitoon. Heillä voi olla ristiriitaisia näkemyksiä asiakkaan hoidon tavoitteista ja keinoista. Tukea kaipaavat omaiset osallistuvat hoitoon vähän, mutta haluaisivat osallistua enemmän. Yhteistoiminnalliset omaiset osallistuvat hoitoon työntekijöiden kanssa sovitulla tavalla. (Vaarama & Voutilaisen 2002, 78.)

Twigg ja Atkins ovat esittäneet viisi kotihoidon ja muiden palvelujen tuottajien lähestymistapaa omaishoitajiin. Ensimmäiseksi omaishoitajat voidaan syrjäyttää. Toiseksi

omaishoitajia voidaan pitää voimavarana, kun hoitoa lasketaan heidän varaansa. Kolmanneksi hoitotyöntekijät voivat pitää omaishoitajia eräänlaisina kanssa-asiakkaina, joiden tarpeet havaitaan, mutta niitä pidetään toissijaisina. Neljänneksi omaisia voidaan kohdella työtovereina. Viides lähestymistapa on kohdella omaishoitajia kunnioittavasti asiantuntijoina. (Twiggg & Atkins 1994, Walkerin 2001, 28 mukaan.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa, jossa tutkittiin sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia palvelutalojen (nursing home) asukkaiden omaisista, aineisto muodostui kolmen hoitokodin sairaanhoitajien (n=19) avoimista haastatteluista. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Omaiset nähtiin voimavaroina tietyin rajoituksin. Omaiset olivat asukkaan psykososiaalinen tuki, mutta he tukivat myös sairaanhoitajaa antamalla hänelle tietoa asukkaasta. Hoitajista ei ollut sopivaa vaatia omaisia avustamaan asukkaan hoitamisessa, jos omaiset eivät oma-aloitteisesti tarjoutuneet auttamaan. Omaisten tapaamiset koettiin osaksi sairaanhoitajan työtä, mutta asukas oli etusijalla ja omaisiin käytetyn ajan koettiin mahdollisesti olevan poissa asukkaalta. Omaiset koettiin yleensä mukaviksi, mutta joskus myös vaativiksi. Tapaamiset omaisten kanssa olivat epäsäännöllisiä. Sairaanhoitajat viestivät vähän sellaistenkin omaisten kanssa, jotka vierailivat säännöllisesti asukkaan luona, ellei omainen itse ottanut yhteyttä henkilöstöön. Sairaanhoitajien mielestä yhteistyötä omaisten kanssa hankaloittivat omaisten omat vaikeudet. Lisäksi omaiset näkivät hoitajien työtaakan eivätkä halunneet olla lisävaivaksi hoitajille, ja omaisten koettiin viestivän epäselvästi toiveistaan ja vaatimuksistaan, koska he eivät halunneet tulla leimatuiksi vaativiksi tai vaikeiksi. Vaikeiksi koettuja omaisia välteltiin, ja silloin heidät saatettiin ohjata esimerkiksi sosiaalityöntekijän luokse. Iäkkäämpien ja miespuolisten omaisten kanssa työskentely koettiin helpommaksi kuin nuorempien ja naispuolisten omaisten kanssa. Johdolta hoitajat eivät saaneet tukea omaisten kanssa työskentelyyn. (Hertzberg ym. 2003, 431-441.)

Mäkinen (2002, 106, 109) on kuvannut iäkkään henkilön omaisen (n=10) kokemuksia omaisena olemisesta erikoissairaanhoidossa sekä lääkärin (n=10) ja sairaanhoitajan (n=10) kokemuksia suhteestaan omaiseen. Tutkimus oli fenomenologinen, ja sen aineisto kerättiin avoimella haastattelulla ja analysoitiin Amedeo Giorgin viisivaiheisella analyysimenetelmällä. Omaiset kokivat itsensä potilaan edunvalvojiksi ja kanssakulkijoiksi, mutta sairaalassa ulkopuolisiksi. He kaipasivat henkistä tukea sekä henkilökunnan oma-aloitteisesti antamaa tietoa potilaasta. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien

suhde omaisiin oli yleensä etäinen. Sairaanhoidajien toiminta omaisten kanssa oli selkiytymätöntä ja osittain jopa ristiriitaista, ja he olivat epävarmoja oikeuksistaan tiedottaa potilaita koskevista asioista omaisille. Sairaanhoidajien toiminnasta omaisten kanssa saatiin tutkimuksessa kuusi merkitysrakennetyyppiä, joita olivat omaisen huomioon ottava, rutiininomainen toimija, omaisen potilaan ja lääkärin vastuulle siirtävä, omaisen huomiotta jättävä, ristiriitainen toimija ja asiallinen toimija. Sekä lääkärit että sairaanhoitajat pitivät omaisia tärkeinä henkilöinä potilaille mutta eivät hoitohenkilökunnalle.

Tedre (1999, 140-141) analysoi ja tulkitsi väitöskirjassaan kodinhoitajien ja kotiavustajien työn sisältöä ja sen muutoksia. Hänen etnografinen tapaustutkimuksensa raportti koostuu 5 artikkelista ja yhteenvetoluvusta. Tutkimuksessa kotipalvelusta omaiset olivat lenkki auttamissuhteessa. Tosin monilla asiakkailla ei ollut omaisia, mutta silloin kun heitä oli, heidän panoksensa vanhuksen hoidossa oli joskus hämmästyttävän suuri. Työntekijän näkökulmasta omainen oli joko resurssi, jonka kanssa hoitovastuuta jaetaan, tai ylimääräinen vaativa ”suhde”, jota ei voi sivuuttaa. Kotihoitoasiakkaan näkökulmasta omainen tuki asiakasta tämän vaatimuksissa tai omainen oli este itsemääräämisen toteutumiselle. Omaisen ja työntekijän välille voi myös muodostua asiakkaan itsemääräämisen kannalta kyseenalainen liitto, jossa he hoitavat asioita asiakkaan ohi, kahden kesken.

Pentin tutkimuksessa (2002, 35) kotihoidon hoitajat kokivat kantavansa suuren vastuun vanhuksen hyvinvoinnista silloinkin, kun vanhuksella oli omaisia. Porren (2001, 58) tutkimuksessa omaisten osallistuminen potilaiden hoitoon tai asioiden ajamiseen oli vähäistä ja omaiset luovuttivat helposti huolenpidon ja vastuun kotihoidon hoitajille. Toisaalta Tedren (2003, 99) mukaan yhteiskunnassa toimii kuitenkin vahva normi, jonka mukaan läheiset kyllä osaavat pitää huolta vanhuksistaan. Mitä vähäisemmät mahdollisuudet omaisella on osallistua läheisensä hoitoon, sitä kielteisemmin hän arvioi hoidon ja palvelun laatua (Vaarama & Voutilainen 2002, 77). Omaiset ovat hoitoon tyytyväisempiä niissä työyhteisöissä, jotka arvioivat itse aktiivisesti omaa suoritustaan (Vaarama ym. 1999, 92).

TAULUKKO 1. Kotihoidon asiakkaisiin ja omaisiin kohdistuneita tutkimuksia

Tutkija(t) ja tutkimustehtävät	Aineisto ja menetelmät	Tulokset ja johtopäätökset
Roine, Tarkka ja Kaunonen (2000) Selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttämättömien yli 75-vuotiaiden selviytymistä kotona.	Puolistrukturoitu haastattelu (n=198) vanhuksille. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Melkein kaikki selviytyivät hyvin jokapäiväisistä toiminnoistaan. Vanhusten voimavaroina olivat positiivinen elämäntilanne, uskonto, terveys ja perhe.
Tervo ja Pietilä (1995) Tutkia yli 75-vuotiaiden vanhusten kotona selviytymistä ja sitä edistäviä tekijöitä.	Teemahaastattelu (n=20) kotona asuvalle vanhukselle. Analysointi laadullisella sisällönerittelyllä.	Kotona selviytymistä edistivät terveyden ylläpitäminen, tunne hyvästä olosta, sosiaalinen verkosto ja turvattu toimeentulo. Sosiaaliseen verkostoon kuuluivat lähisuvun huolenpito vanhuksesta, yhteiskunnan palvelut ja naapurien tuki.
Rissanen (1999) Kuvailla yli 65-vuotiaiden terveyttä, toimintakykyä ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettua tarvetta ja käyttöä sekä kotona selviytymistä.	Aineisto kerättiin strukturoidulla haastattelulomakkeella yhden kunnan yli 65-vuotiailta (n=157). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja avoimet kysymykset induktiivisella sisällönanalyysillä.	Vaikka tutkittavilla oli pitkäaikaissairauksia ja kolme neljäsosaa käytti lääkkeitä päivittäin, he kokivat fyysisen ja psyykososiaalisen terveyden hyväksi. Voimavaroina naisilla oli uskonnollisuus, perhe ja myönteinen elämäntilanne, miehillä velvollisuudet, odotus paremmasta huomisesta ja uskonnollisuus.
Kilpeläinen (2003) Kuvata kotihoidon naisvanhusasiakkaan voimavaroja.	Naisvanhusasiakkaiden (n=20) hoito- ja palvelusuunnitelmat. Laadullinen sisällönanalyysi.	Vanhuksen ja hoitajan välinen vuorovaikutus sisälsi luottamuksellisen hoitosuhteen ja yhteistyökumppanuuden. Keskeistä tuloksissa oli vanhuksen aktiivisuus omassa päätöksenteossa ja vanhuksen itsenäisen selviytymisen arviointi ja tukeminen
Lappalainen (2002) Kuvailla hoitamisen merkitystä ja sisältöä kotona asuvien vanhusten elämässä.	Havainnointi kotikäyntien aikana (n=29) ja haastattelu omassa kodissa asuville vanhuksille (n=21). Analysointi Spradleyn etnografisella analyysillä.	Hoitamiseksi merkityksellistä vanhusten kulttuuriset arvot: sisukkuus, nöyryys, hengellisyys ja yhteisöllisyys. Hoitamisen suhteen vanhuksat luokiteltiin uudistajiin, myötäilijöihin ja luovuttajiin.
Backman (2001) Kuvailla kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpitoa ja tuottaa ilmiötä kuvaava malli.	Haastattelu (n=40) yli 75-vuotiaille. Analysointi grounded teoria -menetelmällä, luokittelu deduktiivisesti sekä tilastomenetelmien avulla. Lisäksi induktiivisesti luokitellut 5 elämäkertahaastattelua.	Itsestä huolenpito yhteydessä yksilölliseen elämäntilanteeseen. Esille tulleet itsestä huolenpitotavat eri tavalla haasteellisia hoitotyöntekijöille.

<p>Tepponen (2003) Tutkia yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutumista pääkaupunkiseudulla.</p>	<p>Postikysely 452 ja syventävä haastattelu 30 kotipalvelun tai kotisairaanhoidon asiakkaalle. Logistinen regressioanalyysi.</p>	<p>Mitä heikommaksi vastaaja itsensä tunsii, sitä todennäköisemmin kotihoito suojasi palveluvaljeelta. Ammattiauttajilta odotettiin lääkehoidosta huolehtimisesta. Asiakkaat kokivat, että sairaan- ja terveydenhoitajat seurasivat lääkkeiden sivuvaikutuksia entistä paremmin, mutta edelleen lääkehoidon seurannassa koettiin olevan puutteita.</p>
<p>Porre 2001 Tutkia hoidon jatkuvuuden toteutumista kotihoidon yöpartiopalvelussa potilaiden näkökulmasta.</p>	<p>Teemahaastattelu yöpartiopotilaille (n=10). Analysointi kvalitatiivisesti sisällönanalyysilla.</p>	<p>Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteet jäivät lähes kaikille potilaille epäselviksi. Hoitosuhde työntekijöihin oli avoin, tasarvoinen ja luottamuksellinen. Parantamisen varaa sosiaali- ja terveydenhuollossa oli palvelujen laadussa, nopeudessa ja potilaiden kohtelussa. Omaisten osallistuminen potilaiden hoitoon tai asioiden ajamiseen oli vähäistä.</p>
<p>Hertzberg, Ekman ja Axelsson (2003) Tutkia sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia palvelutalojen (nursing home) asukkaiden omaisista.</p>	<p>Aineisto muodostui kolmen hoitokodin sairaanhoitajien (n=19) avoimista haastatteluista. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla.</p>	<p>Omaisat olivat osa työtä, mutta asukas oli ensisijainen. Omaisat nähtiin voimavaroina tietyn rajoituksen. Omaisat tukivat sairaanhoitajaa antamalla tietoa, mutta omaisen tuli itse tarjoutua auttamaan. Tapaamiset olivat epäsäännöllisiä. Omaisat koettiin mukaviksi, mutta joskus vaativiksi. Vaikeiksi koettuja omaisia vältettiin. Lääkkäämpien ja miespuolisten omaisten kanssa työskentely koettiin muita helpommaksi. Johto ei tukenut omaisten kanssa työskentelyä.</p>
<p>Mäkinen (2002) Kuvata iäkkään henkilön omaisen kokemuksia omaisena olemisesta sekä lääkärin ja sairaanhoitajan kokemuksia suhteestaan omaiseen.</p>	<p>Tutkimus oli fenomenologinen, ja sen aineisto kerättiin avoimella haastattelulla. Tutkimukseen valittiin yli 75-vuotiaita potilaita ja heidän omaisiaan (n=10) sekä heitä hoitaneita lääkäreitä (n=10) ja sairaanhoitajia (n=10). Aineisto analysoitiin Amedeo Giorgin viisivaiheisella analyysimenetelmällä.</p>	<p>Omaisat kokivat itsensä potilaan edunvalvojiksi ja kanssakulkijoiksi, mutta sairaalassa ulkopuoliseksi. He kaipasivat henkistä tukea sekä tietoa potilaasta. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien suhde omaisiin oli yleensä etäinen, mutta eräiden hoitajien suhde oli läheinen. Sairaanhoitajien toiminta oli selkiytymätöntä ja osittain jopa ristiriitaista.</p>
<p>Tedre (1999) Analysoida ja tulkita kodinhoitajien ja kotiavustajien työn sisältöä ja sen muutoksia.</p>	<p>Etnografinen tapaustutkimus. Koostuu 5 artikkelista ja yhteenvetoluvusta.</p>	<p>Kotipalvelun muutossuuntia: kodinhoidosta kotihoitoon, ruumiillisesta työstä abstraktiin auttamiseen, kodista asuntoon, triviaalista intiimiin.</p>

2.2 Kotihoidon palvelut ja henkilöstö

Kirjallisuuskatsauksessa, jossa aineisto koostui Pohjoismaissa tai Englannissa julkaistuista 26 tutkimuksesta, tarkasteltiin kirjallisuuden pohjalta kotihoidon (home care) määrittelyä, kotihoidon saajia, kotihoidon sisältöä ja tuloksia. Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, ettei kotihoidon käsitettä ole tarkasti määritelty. Tutkimusten perusteella kotihoito oli ammattihenkilöstön antamaa hoitoa ja huolenpitoa ihmisten kodeissa ja sen tavoitteena ei ollut vain parantaa elämänlaatua ja lisätä toimintakykyä vaan myös yhteiskunnallisten tekijöiden vuoksi vähentää sairaalahoidon tarvetta. Kotihoidon sisältö oli laaja alkaen ehkäisevistä kotikäynneistä edeten aina palliatiivisen hoidon antamiseen saakka. Tutkimusten mukaan kotihoito oli sairaalahoidon tehokkaampaa hoitoa. Se auttoi potilaita saavuttamaan mahdollisimman suuren riippumattomuuden ja kotona selviytyminen oli jo itsessään myönteinen asia. Tutkimuksissa kotihoidon asiakkaat nähtiin hyvin samanlaisina, vaikka ikääntyneillä miehillä ja naisilla on erilaiset tarpeet, ongelmat ja elinolosuhteet. (Thome ym. 2003, 860-872.)

Vuoden 2002 palvelukatsauksessa Vaarama ym. (2002, 76-101) kuvaavat ja arvioivat tutkimusten ja tilastojen avulla kotipalvelun ja pitkäaikaishoidon palvelujen kehittymistä Suomessa. Analyysissä on käytetty Evergreen 2000 -ohjelmistoa. Säännöllinen kotihoidon palvelujen käyttö alkoi noin 76-vuotiaana. Merkittävin tekijä palvelujen tarpeeseen ei ollut ikä vaan toimintakyky. Kymmenen viime vuoden aikana kotihoidon kattavuus oli vähentynyt puoleen vuoden 1990 tasosta. Kotipalvelu oli kotihoidon perusta, koska miltei puolet kotihoidon asiakkaista sai vain kodinhoitoapua. Kotihoito kohdentui entistä iäkkäämmille ja huonokuntoisemmille. Käyntikertojen mediaani oli 8 vuonna 1995 ja 10 vuonna 1999. Vuonna 1999 maaseutukunnissa oli kaupunkimaisia kuntia kattavampi kotihoito. Tulosten perusteella kotihoidossa oli henkilöstöpulaa ja Vaaraman ym. laskelmien mukaan kotipalvelun lisätyövoiman tarve oli 3 600 - 5 800 työntekijää. (Myös Vaarama ym. 2001.) Vastaavassa vuoden 2000 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksessa omaishoidon tuki oli kymmenessä vuodessa lievästi kasvanut ja hoitovastuuta oli siirtynyt omaisille. Apua antavista omaisista oli 49 % puolisoja ja 42 % lapsia. Kunnissa, joissa kotipalvelu- ja kotisairaanhoito oli yhdistetty kotihoidoksi, vastaajat olivat tyytyväisempiä työtovereihinsa ja työnsä tarjoamiin kasvun ja kehittymisen mahdollisuuksiin. (Vaarama ym. 2000, 75-84.)

Laaksonen-Heikkilän ja Laurin (1997, 9) tutkimuksessa kotihoito oli ammattiryhmä- ja toimenpidekeskeistä sekä rutiininomaista työskentelyä. Kotikäynneillä suoritettavien toimintojen välillä ei ollut suuria eroja eri ammattiryhmien välillä. Hoitosuunnitelman tarkastaminen oli harvinaista, mutta tarkistuksiin pyrittiin potilaan tarpeiden ja tilanteen muuttuessa. Moniammatillinen yhteistyö nähtiin tärkeäksi, mutta se toteutui harvoin. Haasteeksi tutkimuksessa esitettiin esimerkiksi tiedonkulun parantaminen, potilaan ja omaisen hoitoon osallistumisen lisääminen sekä kotihoidon arviointi. Tutkijoiden mukaan paremmalla suunnittelulla ja koordinoinnilla työntekijöiden osaaminen hyödynnettäisiin paremmin. Tedre (2003, 98, 101) toteaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kamppailevan tällä hetkellä avohuollossa tehtäväjäosta, mikä näkyy esimerkiksi siinä, millaisia tehtäviä lähihoitajat vanhusten kodeissa tekevät ja millaisia eivät, ja kuka tekee sen, mitä lähihoitajat eivät tee.

Taival (1998a, 123, ja 1998b, 240-242) tutki toimintatutkimuksen menetelmällä Royn adaptaatiomallin soveltamista kotisairaanhoidon. Aineisto muodostui potilashaastattelusta (n=199), kotikäyntien havainnoinnista (n=30) ja kotisairaanhoidohenkilökunnan kirjoittamista esseistä. Aineisto käsiteltiin pääasiassa tilastollisesti sekä avointen kysymysten vastaukset määrällisellä ja laadullisella sisällönanalyysillä. Tulosten perusteella kotisairaanhoidossa toiminta oli melko sairaus- ja tehtäväkeskeistä sekä vuorovaikutukseltaan niukkaa. Eniten hoitamisessa kiinnitettiin huomioita potilaan fyysisiin tarpeisiin, ja potilaan auttaminen ja kuunteleminen jäivät usein pintapuolisiksi. Kotisairaanhoidon auttamismenetelmät olivat melko yksipuolisia, sillä opetusta, ohjausta ja potilaan kyvykkyyttä edistäviä hoitomenetelmiä käytettiin harvoin. Taival (1998b, 240) toteaa kotihoidon tehtäväksi myös tukea ja edistää potilaan ja hänen ympäristönsä vuorovaikutusta.

Kotihoidon sisältöä ja laatua koskevassa seurantatutkimuksessa haastateltiin kotihoidon vanhusasiakkaita (n=66, 67 ja 84) ja heidän omaisiaan (n=74, 73 ja 73) sekä tehtiin kysely työntekijöille (n=84, 68 ja 87) vuosina 1994, 1997 ja 2000. Tulokset analysoitiin määrällisesti. Tuloksissa todettiin kotona olevan aikaisempaa enemmän asiakkaita, joita aiemmin olisi hoidettu vanhainkodeissa tai muissa laitoksissa. Työntekijöiden toimenkuvat olivat muuttuneet vain vähän seurantajakson aikana. Kotisairaanhoidon ja erityisesti kotipalvelun työntekijöiden lääkehuoltoon käyttämä aika oli kasvanut hieman. Paras kotihoidon palvelujen saatavuus oli asiakkaiden ja omaisten mielestä ollut juuri

lääkehuollossa. Myös työntekijöiden mielestä paras palvelujen saatavuus oli ollut lääkehuollossa lukuun ottamatta vuotta 1997, jolloin vain 65 % työntekijöistä arvioi lääkehuollon riittäväksi. Asiakkaat ja omaiset kritisoivat työntekijöiden kiirettä ja asiakkaalle varatun ajan riittämättömyyttä. Työntekijät arvioivat itsensä vähemmän kiireisiksi kuin asiakkaat ja omaiset. (Paljärvi ym. 2003, 85, 89.)

Paljärven ym. (2003, 93) tutkimuksessa heikoin laatu kotihoidon työntekijöiden ammattitaidossa oli asiakkaiden ja omaisten mielestä ohjauksessa, neuvonnassa ja tiedotuksessa. Työntekijät arvioivat neuvonnan ja tiedottamisen asiakkaita ja omaisia paremmaksi. Tulos on samansuuntainen kuin Rissasen (1999, 89) tutkimuksessa, jossa noin neljäsosa tutkituista ei ollut koskaan tuntenut terveydenhuoltohenkilöstöltä saamiensa neuvojen ja ohjeiden auttaneen heitä selviytymään aikaisempaa paremmin kotona.

Kyselylomakkeella toteutetussa kvantitatiivisessa tutkimuksessa vanhuspalvelujen työntekijöille (n=204, josta kotipalvelun ja -sairaanhoidon henkilöstöä oli 39) kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa työn ongelmia olivat kiire, ergonomiset ja johtamisen ongelmat. Työntekijät pitivät työtään varsin motivoivana ja siinä voitiin käyttää omia kykyjä hyvin. Myös itsenäisyys työssä oli hyvä, ja työ oli suhteellisen kokonaista. Kotihoito koettiin laitoshoidon kiireettömämmäksi. (Sinervo & Elovainio 1998, 3.) Kiireen kokemuksen saattavat kuitenkin eri työntekijät kokea eri tavalla, sillä esimerkiksi Pentin (2002, 37) tuloksissa toisille hoitajille työ kotihoidossa oli aina yhtä kiirettä ja toiset pystyivät työskentelemään siten, ettei kiire vaikuttanut heihin. Salon tutkimuksessa (2002, 66) kotisairaanhoidon hoitotyöntekijät arvioivat vaikutusmahdollisuutensa työssään hyviksi, työnsä itsenäiseksi ja heillä oli hyvät mahdollisuudet päättää työnsä aikatauluista, tehtävistä ja menetelmistä.

Kettusen (2003, 87) laadullisessa pro gradu -tutkielmassa teemahaastateltiin puoli-strukturoidulla kyselyllä kolmea kotihoidon työntekijää ja kolmea kotihoidon johtajaa. Haastattelujen analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä. Tulosten mukaan kotihoitotyön keskeisimmät osaamisalueet olivat niin työntekijöiden kuin johdonkin mielestä pehmeä ja äänetön osaaminen, innovatiivinen osaaminen, sosiokulttuurinen osaaminen ja mukautuminen. Olennaista kotihoidossa työskenteleville oli työn kokeminen merkitykselliseksi ja asiakkaiden kotona asumisen turvaaminen muun muassa kotihoitoa kehittämällä.

Pentti (2002, 7, 39, 40, 43) selvitti laadullisessa pro gradu –tutkielmassaan, miten hiljainen tieto eli äänetön osaaminen ilmeni kotihoidossa. Aineisto koottiin teemahaastattelulla kotihoidon työntekijöille (n=10) ja analysoitiin sisällönanalyysilla. Hiljaisen tiedon avulla vanhus tuli kotonaan kuulluksi ja huomioduksi toivomallaan tavalla, ja sen avulla hoitaja työskenteli sujuvasti, joustavasti ja laadukkaasti. Tutkimuksessa kotihoidon hoitajat tiesivät tekevänsä työnsä kunnolla ja heidän vahvuutensa tuli esille esimerkiksi lääketietämyksessä. Heidän itsetuntonsa kesti myös omista heikkouksista ja virheistä puhumisen työparille. Sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa heillä oli tietämättömyyttä, mikä huolestutti heitä. Kotihoidossa hoitajia kannustettiin lisäkoulutukseen ja hoitajat olivat itsekin kiinnostuneita kursseista.

Elovainion ym. (1997, 69, 71, 73) postikyselyssä (n=6581) sosiaali- ja terveydenhuollonhenkilöstölle muut sosiaali- ja terveystieteiden ammattiryhmät tunsivat kotisairaanhoidossa työskentelevien terveydenhoitajien ammattiin liittyvän osaamisen, ja heidän rooliaan tavoitteisiin pääsemisessä pidettiin tärkeänä. Kotihoidossa terveydenhoitajien oli pakko suhteuttaa sirpaleita eri asiantuntijoiden tiedoista toisiinsa ja katsoa, miten tiedot sopivat asiakkaan ympäristöön ja elämäntilanteeseen. Terveydenhoitajien koettiin hyödyntävän muiden taitoja työskentelyssään ja tulevan lähelle ihmisen elämää.

Lähihoitajia koskevia tutkimuksia on tehty melko runsaasti viime vuosikymmenellä. Pääosin tutkimukset ovat olleet opinnäytetöitä. Tutkimusmenetelmänä on usein ollut kysely. (Rintala & Elovainio 1997, 19.) Kyselytutkimuksessa lähihoitajille (n=2 267) kotihoidossa tai muussa avohoidossa toimivat lähihoitajat kokivat työnsä merkittävästi itsenäisemmäksi ja vaativammaksi kuin laitoshoidossa toimivat lähihoitajat ja he kokivat pystyvänsä hyvin vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Vaikka työ koettiin antoisaksi, lähes puolet vastaajista oli huolissaan kyvyistään lähihoitajana. He myös pelkäsivät tekevänsä virheitä työssään ja etteivät saa tehtyä työtään tarpeeksi hyvin sekä miettivät sitä, mitä muut ajattelevat heidän työtavoistaan. (Rintala & Elovainio 1997, 58-61, 85, 68-69, 89.)

Siira (1998, 3, 226) analysoi väitöskirjassaan kotipalvelua asiakkaan näkökulmasta. Aineiston hän kokosi haastattelemalla kotipalvelun asiakkaita (n=20) ja asiakirja-aineistosta. Asetelmallisesti kyseessä oli tapaustutkimus, jonka aineisto analysoitiin

grounded teoria -menetelmällä. Tulosten perusteella kotipalvelu mahdollisti asiakkaille halutun elämäntavan toteutumisen. Kodinhoitajien tehtävät olivat rajatut, ja kodinhoitajat vaihtuivat usein. Asiakkaat kokivat kodinhoitajien tehtävien rajauksien jättävän liian paljon asiakkaan omien tai hänen läheistensä ponnistelujen varaan. Myös Tedre (1999, 129, 89, 141) toteaa, että kodinhoitajan työn sisältö on uudistettu nopeasti ja rajusti. Kotipalvelun muutossuunnat hän tiivisti seuraaviksi: kodinhoidosta kotihoitoon, ruumiillisesta työstä abstraktiin auttamiseen, kodista asuntoon, triviaalista intiimiin.

Raatikainen (1995, 31, 32; myös 2002, 17) on tarkastellut kotisairaanhoidon koskevan tutkimuksensa pohjalta hoitotyön kehitysvaiheita. Hän luokitteli kehitysvaiheiden mukaan hoitotyön biofyysiseen (järjestelmäkeskeiseen), persoonalliseen (yksilökeskeiseen) ja yhteisölliseen (yhteisökeskeiseen) hoitotyön kehitysmalliin. Biofyysisessä hoitotyön vaiheessa kotisairaanhoidaja huolehtii pääasiassa fyysisistä tarpeista ja suorittaa hoitotoimenpiteitä. Persoonallisessa hoitotyön kehitysvaiheessa kotikäyntiin liittyy potilaan henkistä tukemista ja kumpikin osapuoli tuntee toisensa ja arvostaa toista ihmisenä. Yhteisöllisessä hoitotyön kehitysvaiheessa kotisairaanhoidajan toiminnassa on keskeistä potilaan omien voimavarojen ja erityisesti kykyjen ylläpito. Hoitaja tukee asiakkaan omaa päätöksentekoa tiedottamalla ja aktivoimalla potilasta ja hänen omaisiaan sekä pohtimalla potilaan ja omaisen kanssa perusteluja toiminnalle. Raatikaisen kotihoitoa koskeneessa tutkimuksessa potilaan kanssa suunniteltiin harvoin hoitoa eikä omaisia tuettu potilaan hoitoon osallistumisessa (Raatikainen 1997, 70).

Ruotsalaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin hoitajan henkilökohtaisia ominaisuuksia, jotka ovat välttämättömiä tuottaessa hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa asiakkaalle kotona. Aineisto kerättiin haastattelemalla kotihoidon asiakkaita (n=111) ja hoitajia (n=13), ja se analysoitiin laadullisella grounded teoria -menetelmällä. Merkittävimmäksi tuloksissa nousi hoitajan tapa vastata arvostavasti potilaan tunteisiin sekä tunnistaa potilaan tarpeita tavalla, joka ei ollut tuomitseva tai paheksuva. Eniten vastaajat arvostivat hoitajassa pätevyyttä, avuliaisuutta, rauhallisuutta, kykyä kuunnella sekä erityisesti moraalista eheyttä. Tutkimuksen pohdinnassa yhdeksi ajankohtaiseksi kysymykseksi nousi se, ovatko kotihoidon asiakkaat osallisia heitä koskevassa päätöksenteossa. (Ljungqvist & da Silva 2002, 5, 10.)

Myös Päivärinta ja Maaniittu (2002, 32, 33) nostavat asiakaslähtöisyyden näkökulmasta keskeiseksi kysymykseksi sen, miten asiakas tulee kuulluksi ja minkälainen tosiasiallinen asema ja mahdollisuus hänellä on vaikuttaa itseään koskeviin palveluihin ja niihin liittyviin menettelyihin. Heidän mukaansa asiakkaasta lähtevässä hoito- ja palvelusuunnittelu-prosessissa työntekijä ”saattaa” asiakkaan oman hoitonsa ja huolenpito-prosessinsa aktiiviseksi osallistujaksi, työntekijän yhteistyökumppaniksi. Myös Tepponen määrittelee (2003, iv) itsemääräämisen asiakkaan tahdon toteutumiseksi, kompetenssiksi hoito- ja palvelusuunnittelussa.

Walker (2001, 26, 28) toteaa, että ammatillinen vallankäyttö merkitsi aiemmin ikäihmisten ja omaisten syrjäyttämistä ikäihmisten omaa hoitoa koskevasta keskustelusta. Kuitenkin hoitajat yrittävät suojella ikäihmisen omanarvontunnetta ja itseluottamusta vähättelemällä heidän riippuvuuttaan ja salaamalla yksityiskohtia asioista, joita he tekevät asiakkaan puolesta. Kun esimerkiksi kysytään tutkimuksissa asiakkailta tai omaisilta heidän saamastaan hoidosta, tulokset kuvaavat vaillinaisesti annettuja palveluja.

Lain potilaan asemasta ja oikeudesta (785/92) mukaan potilaalla on tiedonsaantioikeus terveydentilaansa koskevista asioista. Terveystieteiden ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Merkintöjä asiakirjoihin saavat tehdä terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä heidän ohjeidensa mukaan muut hoitoon osallistuvat henkilöt. Jokaisesta potilaan kotihoitokäynnistä tulee tehdä merkintä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 9, 13, 14; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 99/2001.) Potilaan hoidon dokumentoinnilla on oleellinen merkitys selvitetessä jälkepäin hoitoon liittyneitä tilanteita. Dokumentointi on turva sekä potilaalle että hoitohenkilökunnalle. Tällä hetkellä yhteiskäyttöiset tietojärjestelmät puuttuvat, jolloin kotipalvelu- ja kotihoito eivät pääse käyttämään yhteistä järjestelmää esimerkiksi lääkehoidon dokumentoinnissa. Myös tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä kangertelee. (Syrjänen 1999, 35; Pöyry 1999, 52)

Sosiaali- ja terveysalan täydennyskoulutus ei ole Suomessa järjestelmällistä eikä valtakunnallisesti strukturoitua. Sosiaali- ja terveysministeriössä on tavoitteeksi asetettu, että täydennyskoulutuksen kestoksi määritellään vähintään 10 arkipäivää vuodessa henkilöä kohti. Tähän sisältyy myös työpaikoilla toteutettava koulutus. (Kansallinen

projekti terveydenhuollon turvaamiseksi, 2001, 26, 27.) Salon (2002, 42) pro gradu – tutkielmassa, joka oli strukturoitu postikysely kotisairaanhoidon ja kotihoidon työntekijöille (n=245), vastaajista 79 % oli osallistunut täydennyskoulutukseen edellisen vuoden aikana. Eniten oli osallistuttu sairauksien hoitoon ja hoitotoimenpiteisiin liittyviin koulutuksiin (myös Pentti 2002, 45).

Hyttinen (1999, 46, 117, 121-125, 135) selvitti delfi-menetelmällä tulevaisuuden gerontologisessa hoitotyössä tarpeellista tietoperustaa. Aineisto kerättiin kolme kertaa toistetuilla haastatteluilla tai kyselyillä (I kierros n=281, II kierros n=302, III kierros n=127). Asiantuntijapaneeliin kuului maallikoita ja gerontologisen hoitotyön asiantuntijoita. Aineisto analysoitiin tilastollisesti sekä kvalitatiivinen aineisto sanastoanalyysillä. Tutkimuksen viitekehyksen muodostivat Carperin tiedon ja tietämisen lajit. Tulosten mukaan tulevaisuudessa tarvitaan empiiristä tietoa erityisesti vanhenemisprosesseista. Eettisessä tiedossa korostettiin vanhuksen oikeutta tasa-arvoiseen kohteluun. Esteettistä tietoa tarvitaan selviytymisestä jokapäiväisessä elämässä, teknologian hyväksikäytöstä, yhteistyöstä. Tulevaisuudessa myös omaisten ohjaustehtävät lisääntyvät ja tiettyjä ohjauksen sisältöjä, kuten sairaudet ja lääkkeet, pitää hallita nykyistä paremmin. Persoonallisessa tiedossa korostui myönteinen asenne vanhuutta kohtaan.

TAULUKKO 2. Kotihoidon palveluihin kohdistuneita tai sitä sivunneita tutkimuksia

Tutkija(t) ja tutkimustehtävät	Aineisto ja menetelmät	Tulokset ja johtopäätökset
Thome, Dykes ja Hallberg (2003) Tarkastella kirjallisuuden pohjalta kotihoidon (home care) määrittelyä, hoidon saajia, sisältöä ja tuloksia.	Kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui Pohjoismaissa tai Englannissa julkaistuista kotihoitoa koskevista 26 tutkimuksesta.	Kotihoitoa on kuvattu sisällön, tulosten ja kohteiden avulla. Sisältö on laaja: ennakoivista käynneistä palliatiivisen hoidon antamiseen. Tuloksia on tarkasteltu potilaan elämisen laatuun saadun hyödyn ja yhteisön sairaalahoidon vähentämisen tarpeen kannalta. Kotihoidon tavoite on parantaa elämän laatua ja lisätä toimintakykyä.
Vaarama, Voutilainen ja Kauppinen (2002) Kuvata ja arvioida kotipalvelun ja pitkäaikaishoidon palvelujen kehittymistä.	Stakesin tutkimukset ja tilastot. Analyysissä hyödynnetty Evergreen 2000 -ohjelmistoa.	Säännöllinen kotihoidon palvelujen käyttö alkaa noin 76-vuotiaana. Merkittävin tekijä palvelujen tarpeeseen toimintakyky. Kotihoitoapu supistunut. Omaishoito kasvussa. Henkilöstön koulutustaso alhainen.

<p>Vaarama, Luomahaara, Peiponen ja Voutilainen (2001) Koota ikääntyneiden palvelujen kannalta olennaista tutkimus- ja tilastotietoa.</p>	<p>Stakesin kokoamia tutkimus- ja tilastotietoja, selvityksiä, pohjoismaisia, valtakunnallisia ja kuntavertailuja, kysely 42 kunnalle palvelu- ja henkilöstömitoituksista.</p>	<p>Suosituksia ikääntyneiden henkilöiden arkipäivästä suoriutumisen tukemiseen.</p>
<p>Vaarama, Hakkarainen, Voutilainen ja Päivärinta (2000) Arvioida vanhusten hoivapalveluja ja palvelujen kustannuksia ja tyytyväisyyttä</p>	<p>Stakesin tilastot ja tutkimukset. Analyysi tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Kotipalvelu ja -sairaanhoito muodostavat yhdessä kotihoidon. Palvelut priorisoitu huonokuntoisimmille. Kotihoiton kattavuus vähentynyt 40 %.</p>
<p>Laaksonen-Heikkilä ja Lauri (1997) Tutkia kotihoitoa ja kehittää kotihoiton suunnittelua ja toteutusta.</p>	<p>Kyselylomake sekä kotikäyntitoiminnot, lomake kotihoitopiireittäin sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille. Analyysi tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Kotihoito oli ammattiryhmä- ja toimenpidekeskeistä sekä rutiniinomaista. Potilaat saivat kaikilta ammattiryhmiltä samantyyppistä apua. Hoitosuunnitelmien tarkastaminen harvinaista. Haasteena mm. parempi suunnittelu ja koordinointi, jotta työntekijöiden ja omaisten osaamisen hyödynnettäisiin paremmin.</p>
<p>Taival (1998) Soveltaa Royn adaptaatiomallia kotisairaanhoidossa.</p>	<p>Aineisto muodostui potilashaastatteluista (n=199), kotikäyntien havainnoinnista (n=30) ja kotisairaanhoitohenkilökunnan kirjoittamista esseistä. Aineisto käsiteltiin pääasiassa tilastollisesti, avointen kysymysten vastaukset määrällisellä ja laadullisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Kotisairaanhoidossa toiminta melko sairaus- ja tehtäväkeskeistä ja vuorovaikutukseltaan niukkaa. Huomio potilaan fyysisissä tarpeissa. Auttamismenetelmissä kapeutta. Opetusta, ohjausta ja potilaan kyvykkyyttä edistäviä hoitomenetelmiä käytettiin harvemmin.</p>
<p>Paljärvi, Rissanen ja Sinkkonen (2003) Kuvata ja arvioida kotihoiton sisältöä ja laatua ja niissä tapahtuneita muutoksia Kuopiossa.</p>	<p>Seurantatutkimus, jossa vuosina 1994, 1997, 2000 haastateltiin kotihoiton vanhusasiakkaita (n=66, 67, 84) ja heidän omaisiaan (n=74, 73, 73) sekä tehtiin kysely työntekijöille (n=84, 68, 87). Analysointi tilastollisin menetelmin. Raportointi prosenttijakaumina ja summamuuttujina.</p>	<p>Kotona aikaisempaa enemmän asiakkaita, joita aiemmin olisi hoidettu vanhainkodeissa tai muissa laitoksissa. Työntekijöiden toimenkuvat muuttuneet vähän, mutta lääkehuoltoon käytetty aika kasvanut hieman. Paras palvelujen saatavuus oli asiakkaiden ja omaisten mielestä ollut lääkehuollossa. Heikoin laatu ammattitaidossa oli ohjauksessa, neuvonnassa ja tiedotuksessa. Työntekijät arvioivat neuvonnan ja tiedottamisen asiakkaita ja omaisia paremmaksi. Asiakkaat ja omaiset kritisoivat kiirettä.</p>
<p>Sinervo ja Elovainio (1998, 2000) Selvittää vanhuspalvelujen työtä ja työntekijöiden hyvinvointia kotipalvelussa, kotisairaanhoidossa, vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa</p>	<p>Kyselytutkimus työntekijöille (n=204, joista kotipalvelun tai -sairaanhoidon henkilöstöä 39). Analysointi tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Työn ongelmat kotipalvelussa ja sairaanhoidossa olivat kiire, ergonomiset ongelmat ja johtamisen ongelmat, muuten työ varsin motivoivaa.</p>

Kettunen (2003) Selvittää kotihoitotyön osaamista ja osaamisen johtamista.	Puolistrukturoitu teemahaastattelu (n=6). Laadullinen sisällönanalyysi.	Keskeiset osaamisalueet aito läheisyys, vuorovaikutustaidot, yhdessä tekeminen, käytännölliset ja monipuoliset taidot, asiakkaan ymmärtäminen ja intuitio.
Pentti (2002) Selvittää, miten hiljainen tieto ilmenee kotihoidossa.	Teemahaastattelu kotihoidon työntekijöille (n=10). Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.	Hiljaisen tiedon avulla vanhus tulee kotonaan kuulluksi ja huomioiduksi toivomallaan tavalla ja sen avulla hoitaja työskentelee sujuvasti, joustavasti ja laadukkaasti.
Elovainio, Kalliomäki-Levanto ja Kivimäki (1997) Selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työnpiirteitä, yhteistoiminnan laatua, työtyytyväisyyttä ja stressiä.	Postikysely sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle (n=3 486). Aineiston analyysi tilastollisin menetelmin.	Työ ei muuttunut kokonaisvaltaisemmaksi tai enemmän vuorovaikutusta sisältäväksi siirryttäessä alueelliseen tai väestövastuiseen toimintamalliin. 45 % kodinhoitajista ja kotiavustajista ja 52 % kotisairaanhoidon terveydenhoitajista koki muiden ammattiryhmien hyödyntävän hyvin heidän ammattitaitoaan.
Rintala ja Elovainio (1997) Selvittää lähihoitajien sijoittumista työelämässä, tutkia lähihoitajien työn piirteitä sekä muodostaa ja testata malli lähihoitajan kokemaan stressiin.	Kyselylomake lähihoitajille (n=2 267). Aineiston analysointi tilastollisin menetelmin.	Avohuollossa työskentelevät tyytyväisempiä kuin laitoshoidossa työskentelevät. Pelkäsivät tekevänsä virheitä. Rooliepäselvyyksiä oli harvoin, mutta tehtävänimike ei aina vastannut todellisia tehtäviä. Lähihoitajien asema selkeytettävä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien kentässä.
Siira (1998) Analysoida kotipalvelua asiakkaan näkökulmasta.	Tapaustutkimus, jonka aineisto analysoitu grounded teoria -menetelmällä. Aineisto koottu haastatteleamalla kotipalvelun asiakkaita (n=20) ja asiakirja-aineistosta.	Asiakkaiden suoriutumista vaikeuttivat joustamattomat sosiaaliset suhteet, heikentynyt fyysinen kunto, puutteelliset ulkoiset resurssit. Kotipalvelu mahdollistaa halutun elämäntavan toteutumisen. Kodinhoitajien tehtävät olivat rajatut.
Raatikainen (1995, myös 1997 ja 2002) Tavoitteena luoda viitekehys hoitotyön luokituksista ja hoitotyön kehitysvaiheista.	Artikkeli pohjautuu vuonna 1992 tehtyyn kotisairaanhoidon koskeneeseen tutkimukseen.	Hoitotyö voidaan luokitella kehitysvaiheiden mukaan biofyysiseen (järjestelmäkeskeiseen), persoonalliseen (yksilökeskeiseen) ja yhteisölliseen (yhteisökeskeiseen) hoitotyön malliin.
Ljungqvist ja da Silva (2002) Kuvata hyvän kotihoidon (homehealthcare) tuottamiseen tarvittavia hoitajan henkilökohtaisia ominaisuuksia.	Aineisto kerättiin haastatteleamalla kotihoidon asiakkaita (n=111) ja hoitajia (n=13). Aineisto analysoitiin laadullisella grounded teoria -menetelmällä.	Hoitajalle tärkeimmät henkilökohtaiset ominaisuudet olivat hallittu herkkätunteisuus (controlled emotional involvement), tuomitsematon asenne. Eniten arvostettiin

		hoitajan pätevyyttä, avuliaisuutta, rauhallisuutta, kykyä kuunnella sekä erityisesti moraalista eheyttä.
Salo (2002) Kuvata kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon palveluyksioissä toimivien hoitotyöntekijöiden voimavaroja.	Kotisairaanhoidon ja kotihoidon työntekijöille tehty strukturoitu postikysely (n=245). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Työntekijät kokivat voimavarojensa melko hyviksi. Tulosten perusteella tarvetta kehittää täydennyskoulutusta sekä lisätä arvioivan tuen määrää.
Hyttinen (1999) Selvittää tulevaisuuden gerontologisessa hoitotyössä tarpeellista tietoperustaa.	Toteutettiin delfi-menetelmällä. Aineisto kerättiin kolme kertaa toistetulla haastattelulla tai kyselyllä (I kierros n=281, II kierros n=302, III kierros n=127). Asiantuntijapaneeliin kuului maallikoita ja gerontologisen hoitotyön asiantuntijoita. Aineisto analysoitiin tilastollisesti sekä kvalitatiivinen aineisto sanastoanalyysillä.	Viitekehysten muodostivat Carperin tiedon ja tietämisen lajit. Tulevaisuudessa tarvitaan tietoa erityisesti vanhenemisprosesseista, vanhuksen tasa-arvoisesta kohtelusta, selviytymisestä jokapäiväisessä elämässä, teknologian hyväksikäytöstä ja yhteistyöstä. Ohjaustehtävät lisääntyvät ja tiettyjä ohjauksen sisältöjä, mm. sairaudet ja lääkkeet, pitää hallita nykyistä paremmin. Myös myönteinen asenne vanhuuteen korostuu.

2.3 Lääkehoito

Lääkehoito on tärkeä terveydenhuollon menetelmä, jolla tuetaan onnistunutta ikääntymistä, mutta ollakseen tehokasta ja asianmukaista lääkkeiden määrääminen ja käyttäminen vaativat myös runsaasti erilaista tutkimusta (Murray 2003, 425). Lumme-Sandtin väitöskirjassa ”Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat” selvitettiin ikäihmisiä lääkkeiden käyttäjinä. Tutkimusaineistona olivat hoitomyönteisyyttä käsittelevät tieteelliset artikkelit, ikäihmisille suunnatut lääkemainokset sekä kaksi haastatteluaineistoa (n=151 ja n=34). Tutkitut ikäihmiset kokivat mahdollisimman vähäisen lääkkeiden käytön moraalisesti arvokkaaksi asiaksi, ja toisaalta lääkkeiden käyttöä he perustelivat monin tavoin. Lääkkeiden käytössä he pitivät itseään aktiivisina omien asioidensa asiantuntijoina ja niistä päättävinä lääkkeiden käyttäjinä. (Lumme-Sandt 2002, 7, 70.) Myös tutkimuksessa ”Ikääntyvien ihmisten psykososiaalinen terveys ja hyvä olo” tutkitut, jotka olivat yli 65-vuotiaita (n=127), pitivät omassa terveydenhoidossaan yhtenä keskeisenä asiana lääkityksestä huolehtimista (Rissanen 1999, 65; Rissanen & Pietilä 2001, 9). Lääkehoitoon liittyvä asiakkaan hoitoon sitoutuminen ja hoitomyöntyvyys

ovat vaihdelleet eri tutkimuksissa paljon (Lumme-Sandt 2002, 28), mutta esimerkiksi verenpainepotilaan hoitoon sitoutuminen oli parasta lääkehoidossa (Lahdenperä & Kyngäs 1998, 8).

Hyttisen (1999, 83, 117) tutkimuksessa kysyttiin sairaanhoitajilta, opettajilta, opiskelijoilta, omaishoitajilta ja vanhuksilta muun muassa lääkehoitoon ja luontaistuotteiden käyttöön liittyvien tekijöiden tärkeyttä. Gerontologisen hoitotyön tietoperustassa lääkkeiden ohjeen mukainen käyttö koettiin tärkeimmäksi asiaksi lääkehoidossa. Myös vanhusten yleisesti käyttämien lääkkeiden vaikutukset, lääkkeiden nauttiminen sekä lääkkeiden imeytyminen, jakautuminen ja erittyminen vanhenevan ihmisen elimistössä arvioitiin tärkeiksi asioiksi tietoperustassa.

Lithovius (1998) tutki haastattelututkimuksessa yli 65-vuotiaiden kotihoidon potilaiden (n=388) lääkkeiden käyttöä. Aineiston hän analysoi määrällisesti. Tutkimuksessa melkein 90 % kotihoidon potilaista käytti jotakin lääkettä ja viidesosa heistä käytti vähintään viittä lääkettä. Useimmin potilaat käyttivät sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä ja seuraavaksi useimmin keskushermoston sairauksien lääkkeitä. Noin kolmasosa potilaista tarvitsi apua annostelussa, ja valvontaa tarvitsevia oli melkein viidennes. Johtopäätöksissä Lithovius toteaa, että työntekijöillä on oltava riittävät tiedot lääkehoidosta, koska kotihoitopotilaat käyttävät runsaasti lääkkeitä. Henkilöstön puutteellisesta lääkehoidon koulutuksesta voi seurata, että lääkehoito jää kotihoidon käynneistä huolimatta vanhukselle itselleen. Myöskään kotihoidon henkilöstön oikeuksista ja vastuusta potilaiden lääkityksessä ei ole riittävästi keskusteltu. Säädöspohja ja toimintamallit tulisi selvittää niin, että koko kotihoitohenkilöstö on niistä täysin tietoinen. (Lithovius ym. 1998, 1625-1627, 1632.)

Englantilaisessa tutkimuksessa vertailtiin tilastollisesti hoitokodeissa asuvien (n=172) ja kotona asuvien (n=526) yli 65-vuotiaiden potilastietoja lääkehoidosta ja pitkäaikaissairauksien seurannasta. Tulosten mukaan molemmissa ryhmissä ikääntyneet saivat riittämätöntä hoitoa. Hoidon puutteet olivat monenlaisia, esimerkiksi tarpeellisia lääkkeitä käytettiin liian vähän, pitkäaikaissairauksia seurattiin puutteellisesti ja sopimattomia tai tarpeettomia lääkkeitä annettiin liikaa. Kotona asuvien lääkehoito ja pitkäaikaissairauksien seuranta oli asianmukaisempaa kuin hoitokodeissa asuvien. (Fahey ym. 2003, 580-583.) Helsinkiläisille kotona asuville ikäihmisille (n=3219) tehdyssä

tilastollisesti analysoidussa postikyselytutkimuksessa naisista 79,9 %:lla ja miehistä 75,7 %:lla oli säännöllinen lääkitys ja heistä 12,5 % käytti vähintään yhtä sopimatonta lääkettä säännöllisesti. Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna sopimattomien lääkkeiden käyttö oli kaiken kaikkiaan vähäistä, mutta joitakin lääkkeitä käytettiin tiettyjen sairauksien yhteydessä melko usein sopimattomasti. (Pitkälä ym. 2002, 1707.)

Lääkäriin määräämät lääkkeet ovat asiakkaille ja terveydenhuoltohenkilöstölle melko yksiselitteisiä, mutta itsehoitolääkkeiden erottaminen esimerkiksi vaihtoehtolääkkeistä ei ole yhtä selvää (Lumme-Sandt 2002,10). Itsehoitolääke on korvannut vuonna 1999 Suomessa käsitteen käsikauppalääke. Närhen (2003b, 18) mukaan usein kuluttajia kannustetaan itsehoitoon ja itsehoitolääkkeiden käyttöön, koska tarjolla olevien terveydenhuoltopalvelujen määrä on rajallinen. Sihvo (2000) toteaa, ettei itsehoitolääkinnässä ole suuria ongelmia väestötasolla, mutta yksilötasolla on ongelmia. Hänestä tarkoituksenmukaisen itsehoitolääkityksen toteuttamiseen tarvitaan tietoa lääkkeen asianmukaisesta käytöstä sekä laajempaa tietoa sairauksien syistä ja taudin määrittämisestä, jotta henkilö voi itse arvioida, milloin itselääkintä on tarkoituksenmukaista. Yhdysvaltalaisessa yli 4 000 itsehoitolääkkeen käyttäjää koskeneessa tutkimuksessa itsehoitona kipulääkkeitä käyttäneistä 44 % oli ylittänyt lääkkeen suositellun vuorokausiannoksen, puolet ei välittänyt haitallisista sivuvaikutuksista ja vain 16 % oli lukenut pakkausselosteen. (The national Consumers League 2002, Närhi 2003b, 18 mukaan.) Suomessa vuonna 2001 itsehoitolääkkeiden osuus oli avohoidon lääkkeistä 251 miljoonaa euroa eli 15,8 % (Närhi 2003a, 15).

Rohdosvalmisteita ja luontaistuotteita käyttää suomalaisista noin 15 % säännöllisesti ja noin 40 % ajoittain. Siksi hoitohenkilöstön on hyvä tuntea jonkin verran vaihtoehtolääkitystä ja siinä käytettäviä tuotteita osatakseen kuunnella potilaita ja tarvittaessa opastaa heitä välttämään tarpeettomia tai haitallisia rohdosvalmisteita ja luontaistuotteita. (Enkovaara 2003, 19.) Maattola ja Salin (1999, 55-56) toteavat päätelmissään, että kotihoidossa lääkehoidon ohjauksessa on nykyistä enemmän huomioitava itsehoitolääkkeiden, rinnakkaisvalmisteiden, kipulääkkeiden ja lääkkeiden kaltaisten valmisteiden käyttö sekä lääkehoidon taloudellisuus (myös Murray 2003, 429). Hyttisen (1999, 83) tutkimuksessa luontaistuotteiden ja niiden vaikutusten tuntemus arvioitiin vähiten tärkeäksi asiaksi lääkehoidossa. Asia esitettiin kuitenkin erilaisia

mielipiteitä, sillä esimerkiksi omaishoitajat ja vapaaehtoishoitajat pitivät luontaistuotteiden tuntemusta tärkeimpänä ja vanhukset itse taas vähiten tärkeimpänä asiana lääkehoidossa.

Pulkkinen (2000, 57, 59, 207, 128) kuvasi tutkimuksessaan hoitotoimintoja ja niiden vaativuutta hoitotyössä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla sekä kehitti sen pohjalta hoitoisuusluokitusmittarin. Aineisto muodostui 45 sairaanhoitajan oman osastonsa tiedotustilaisuuksista nauhoittamista 205 potilaan hoitotiedoista. Aineisto käsiteltiin tilastollisesti. Tulosten perusteella toistuva lääkehoito koettiin kohtalaisen vaativaksi tehtäväksi lukuun ottamatta silmätippojen toistuvaa tiputtelua, jonka vaativuus koettiin vähäiseksi. Erityisen suurta osaamista edellytti itsenäiseen päätöksentekoon perustuva lääkkeen anto. Itsenäiseen päätöksentekoon perustuva lääkehoito kuului yleensä sairaanhoitajien tehtäviin, mutta tulosten mukaan kuitenkin sairaanhoitajat arvioivat, että 7,9 % tapauksessa lääkkeen annon itsenäinen päätöksentekijä voi olla myös perushoitaja.

Tutkimuksessa anestesiayksikköjen, kirurgisten vuodeosastojen, sisätautien vuodeosastojen ja teho-osaston osastonhoitajille (n=57) selvitettiin ammattihenkilöiden oikeutta lääkehoitoon annettaessa muun muassa injektioneiteitä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa oli avoimia ja strukturoituja kysymyksiä, ja tulokset analysoitiin kvantitatiivisesti. Tulosten perusteella sairaanhoitaja sai antaa injektion ihon alle ja lihakseen kaikilla osastoilla. Perushoitaja sai antaa injektion ihon alle 59 %:ssa ja lihakseen 35 %:ssa työyksiköjä. Lääkkeiden antaminen oli ohjeistettu 89 %:ssa työyksiköjä ja kirjallinen lupa lääkkeiden antoon oli 95 %:ssa työyksiköjä. Osastonhoitajat esittivät kehittämisen kohteiksi muun muassa lupakäytännön yhtenäistämisen ja lupien uusimisen määräajoin, lääkehoidon ohjeistuksen lisäämisen ja yhtenäistämisen sekä vastuukysymysten selkeyttämisen lääkehoidossa. (Mattila & Isola 2002, 3884, 3886.)

Tutkimuksessa, jossa kuvattiin dementoituneen vuodepotilaan (n=10) päivää, kerättiin päiväkirjatyyppisellä seurantalomakkeella tietoa eri hoitotyön toimintoihin käytetystä ajasta, lääkehoitoon kului sairaanhoitajilta ajasta 5,3 %, perushoitajalta 1,4 % ja lähihoitajalta 2,2 %. Kaiken kaikkiaan potilaan lääkehoidon järjestämiseen kului hoitotyön toimintoihin käytetystä ajasta 2,6 %. Saman tutkimuksen mukaan yhteistyöhön omaisten kanssa sairaanhoitajat käyttivät ajasta 3,1 %, perushoitajat 1,0 %. Lähihoitajat eivät tehneet yhteistyötä omaisten kanssa, mikä saattoi johtua lähihoitajien pienestä määrästä tutkimuksessa. (Meriläinen 1999, 48.)

Välimäen ym. (2001, 159, 155) kirurgisille potilaille (n=321) ja hoitajille (n=166) tekemässä kyselytutkimuksessa kirurgisen potilaan autonomiasta hoitotyössä valtaosa potilaista ja hoitajista koki, että hoitajat olivat antaneet potilaille mahdollisuuden päättää lääkityksenantotavasta. Yli 80 % potilaista odotti saavansa tietoa lääkityksensä nimestä ja annostuksesta, ja yli 80 % hoitajista vastasi samalla tavalla. Potilaista 80 %:n ja hoitajista 90 %:n mielestä hoitajat olivat antaneet tietoa potilaille lääkehoidosta. Mitä iäkkäämpi ja kokeneempi hoitaja oli, sitä todennäköisemmin hoitaja oletti potilaiden haluavan tietoa hoidostaan. Samassa tutkimuksessa hoitajat uskoivat potilaita useammin potilaiden tehneen omaa hoitoa koskevia päätöksiä. Mitä iäkkäämpi potilas oli, sitä todennäköisemmin hän arvioi hoitajien mahdollistaneen päätöksenteon. Tutkimuksen tulos osoitti joko sitä, että hoitajat mahdollistavat erityisesti iäkkäille ihmisille perushoidollisia päätöksiä tai sitten iäkkäät potilaat voivat olla tyytyväisiä pienimpiinkin päätöksentekomahdollisuuksiin. Myös reumapotilaita koskeneessa tutkimuksessa potilaat olivat tyytyväisiä lääkitystä koskevaan tiedonsaantiin itsemääräämistä edistävänä tekijänä (Löfman ym. 2003, 272). Lääkitystä koskevalla opetuksella on todettu olevan myös huomattava vaikutus kotiutumisen onnistumisiin (Jackson 1994, Pöyry 1999, 9 mukaan).

Maattolan ja Salinin (1999, 31-32, 49, 51) pro gradu -tutkielmassa kotihoidon työntekijöiltä (n=119) selvitettiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella kotihoidossa olevien vanhusten lääkehoidon toteutumista ja lääkehoidon ohjausta. Lääkkeiden ottamista häikäsi eniten muistamattomuus ja nielemisvaikeudet (myös Lithovius 1998, 1630). Hoitotyöntekijät osallistuivat lähes päivittäin lääkehoidon ohjaukseen ja kokivat sen tärkeäksi. Vanhuksilla oli keskimäärin 5 – 8 lääketta päivittäin käytössä. Vain 2 % vanhuksista selvisi lääkkeiden annostelusta ja ottamisesta itsenäisesti, mutta yli puolen arvioitiin noudattavan lääkkeittensä käyttöohjeita. Useimmin asiakkaita ohjattiin lääkkeiden käyttötarkoituksessa, vaikutusten seurannassa, ottamisessa ja resepteissä. Tutkimuksessa alle 35-vuotiaista hoitajista vajaa viidesosa, mutta yli 50-vuotiaista yli puolet kuvasi, että heillä oli liian vähän aikaa lääkehoidon ohjaukseen. Koulutason koulutuksen käyneistä puolet koki ajan riittävän lääkehoidon ohjaukseen, kun opistotason koulutuksen käyneistä 73 % koki ajan riittävän ohjaukseen.

Läkehoidossa omaisten ongelmana on ollut tiedonpuute lääkityksestä sekä mahdollisista hoitoon liittyvistä sivuvaikutuksista ja se, ettei työnjakoa hoidosta ole sovittu (Vaarama & Voutilainen 2002, 81). Kaiken kaikkiaan omaisten ohjausta lääkehoitoon on tutkittu vähän.

Määrällisessä tutkimuksessa kirurgisen osaston potilaiden omaisista (n=413) noin puolet oli saanut riittävästi tai lähes riittävästi tietoa potilaan lääkityksestä (Perälä ym. 1999, 16-17). Omaisten osallistuminen yhteistyöhön edellyttää foorumeiden luomista yhteistä keskustelua varten ja toimintamallien kehittämistä. (Vaarama & Voutilainen 2002, 77-81.)

Yhdysvalloissa on arvioitu sairaaloissa kuolevan vuosittain 44 000 – 98 000 henkilöä lääkehoidossa tapahtuneen virheen vuoksi. Wilderin mukaan kotihoidossa lääkehoitoon on sairaalahoidon tapaan liittynyt täydellisyyden vaatimus ja ajatus, että virheet ovat huolimattomuutta tai epäpätevyyttä. Tällainen yksilöä syyttävä ja rankaiseva järjestelmä johtaa virheiden salaamiseen. Hän esittää lääkehoidon turvallisuuden parantamisen kotihoidossa edellyttävän muutosta lääkehoidon toimintatapoihin eli virheet on tuotava esille ja niitä on analysoitava. Virheistä ja onnistuneista ratkaisusta tulee tiedottaa koko organisaatiolle ja myös sellaisille ulkopuolisille tahoille, jotka voivat tehdä samoja virheitä. (Wilder 2003, 311-318.)

Hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamista on tutkittu jonkin verran Suomessa ja kansainvälisesti. Esimerkiksi Suomessa on menossa kaksivuotinen toimintatutkimus lääkehuollon täydennyskoulutuksen kehittämiseksi (Vainikainen 2002, 20), mutta kotihoidon työntekijöiden lääkehoidon osaamista ei ole meillä juurikaan tutkittu. Avohoidossa työskentelevien sairaanhoitajien on todettu sisäistäneen heikoimmin oman vastuunsa lääkehoidon toteuttamisessa (Kapborg 1994, Murtola 1999, 36 mukaan). Murtolan (1999, 96) strukturoidulla kyselylomakkeella tehdyssä tutkimuksessa valmistuvien terveyden- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden (n=332) tiedot lääkehoitoon liittyvistä säädöksistä ja määräyksistä olivat vähäiset. Tyydyttävästi tai hyvin opiskelijat tiesivät lääkkeiden käsittelystä, säilyttämisestä ja hävittämisestä sekä farmakologisen sanaston. (Murtola 1999, 96 – 97.) Valmistuvien terveyden- ja sairaanhoitajien suoriutumisessa lääkelaskuista on todettu puutteita (Murtola 1999, 97); myös lähihoitajaopiskelijoilla on todettu vaikeuksia lääkelaskujen oppimisessa (Huhtala 1998, 57). Määrällisessä tutkimuksessa viisi vuotta aikaisemmin valmistuneille kättilöille, sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille (n=354) selvitettiin strukturoidulla kyselylomakkeella terveydenhuoltoalan koulutuksen tuloksellisuutta. Vastaajista yli 90 % arvioi saavuttaneensa koulutuksessa riittävät perusvalmiudet injektion antoon ja suun kautta annettavan lääkehoidon toteuttamiseen. Puutteelliset valmiudet opiskelijat olivat saavuttaneet potilaan kohtaamisessa ja toiseksi puutteelliset valmiudet potilaan

ohjaukseen ja opetukseen. (Solante & Leino-Kilpi 1998, 87, 91, 92.) Myös määrällisessä tutkimuksessa, jossa kysyttiin ammattikorkeakoulusta valmistuneilta sairaanhoitajilta (n=469) arvioita omasta teoreettisesta ja käytännön osaamisestaan, osaaminen oli hyvää injektioina annettavan ja peroraalisen lääkehoidon toteuttamisessa. Lääkeaineopin teoreettisen osaamisen noin neljä viidesosaa sairaanhoitajista arvioi hallitsevansa hyvin tai jossain määrin hyvin. (Paloposki ym. 2003, 159.)

Tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin sairaanhoitajien, kättilöiden ja terveydenhoitajien koulutuksen lääkehoidon opetusta, opettajat (n=305) arvioivat opettaneensa määrällisesti paljon kaikkia muita lääkehoidon opetuksen sisältöjä paitsi matemaattisia perusteita. He arvioivat myös opiskelijoiden oppineen lääkehoitoa hyvin. Opettajien mielestä opetussisältöjen ja -menetelmien kehittäminen on välttämätöntä. (Veräjäkorpä & Leino-Kilpi 1998, 4, Veräjäkorpä & Leino-Kilpi 2003, 32).

TAULUKKO 3. Lääkehoitoon kohdistuneita tai sitä sivunneita tutkimuksia

Tutkija(t) ja tutkimustehtävät	Aineisto ja menetelmät	Tulokset ja johtopäätökset
Lumme-Sandt (2002) Saada tietoa ikäihmisten lääkkeiden käytöstä.	Hoitomyönteisyyttä käsittelevät tieteelliset artikkelit, ikäihmisille suunnatut lääkemainokset ja haastatteluaineisto (n=151 yli 90-vuotiaista) ja 5 focus group -keskustelua (n=34).	Ikäihmiset käyttävät lääkkeitä erilaisten käsitysten, uskomusten ja auktoriteettien ristipaineessa. Mainoksissa onnellinen ja terve vanhuus muuttunut myös velvollisuudeksi. Ikäihmiset kuvasivat itseään aktiivisiksi, omien asioidensa asiantuntijoiksi ja niistä päättäväksi lääkkeiden käyttäjiksi.
Lithovius, Sihvonen ja Kekki (1998) Tutkia 65-vuotta täyttäneiden kotihoitopotilaiden lääkkeiden käyttöä.	Tutkimuslomake 65-vuotta täyttäneille kotipalvelun asiakkaille (n=388). Aineisto kerättiin haastatteleamalla asiakkaita ja omaisia, sekä tietoa haettiin sairauskertomuksista. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	90 % potilaista käytti jotakin lääkettä ja viidesosa käytti vähintään viittä lääkettä. Eniten käytettiin sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä. Yli kolmasosa potilaista tarvitsi apua annostelussa, valvontaa tarvitsevia oli melkein viidesosa.
Fahey, Montgomery, Barnes ja Protheroe (2003) Vertailla hoitokodeissa ja kotona asuvien ikäihmisten saamaa hoitoa.	Aineisto hankittiin vertailemalla hoitokodeissa asuvien (n=172) ja kotona asuvien (n=526) yli 65-vuotiaiden potilastietoja. Aineisto analysoitiin tilastollisesti.	Ikääntyneet saivat riittämätöntä hoitoa: tarpeellisia lääkkeitä käytettiin liian vähän, pitkäaikaissairauksia seurattiin puutteellisesti, sopimattomia tai tarpeettomia lääkkeitä annettiin liikaa. Hoitokodeissa asuvien hoito oli riittävämmänpä kuin kotona asuvien hoito.

Pitkälä, Strandberg ja Tilvis (2002) Tutkia kotona asuville ikäihmisille määrättyjen lääkkeiden sopivuutta.	Aineisto hankittiin kyselylomakkeella (n=3219) 75-, 60-, 85-, 90- ja 95-vuotiailta helsinkiläisiltä. Aineisto analysoitiin tilastollisesti.	Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna sopimattomien lääkkeiden käyttö oli vähäistä. Toisaalta joitakin lääkkeitä käytettiin tiettyjen sairauksien yhteydessä melko paljon sopimattomasti.
Pulkkinen (2000) Kuvata hoitotoimintoja ja niiden vaativuutta hoitotyössä vuodeosastoilla sekä kehittää hoitoisuusluokitusmittari.	Aineisto muodostui 45 sairaanhoitajan oman osastonsa tiedotustilaisuuksista nauhoitetuista 205 potilaan hoitotiedoista. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tehtävistä vaativin oli perustoimintojen turvaaminen, hoitamisen vaiheista hoidon toteutus. Toistuva lääkehoito koettiin kohtalaisen vaativana lukuun ottamatta silmätippojen antamista. Erityisen suurta osaamista edellytti itsenäiseen päätöksentekoon perustuva lääkkeen anto.
Mattila ja Isola (2002) Saada tietoa sairaanhoitopiirien käytännöistä, jotka koskivat ammattihenkilöiden oikeutta lääkehoitoon erityisissä (infuusio- ja injektionesteet) tapauksissa.	Kyselylomake, jossa avoimia ja strukturoituja kysymyksiä, erilaisten vuodeosastojen osastonhoitajille (n=57). Aineisto analysoitiin tilastollisesti.	Sairaanhoitaja sai antaa injektion ihon alle ja lihakseen kaikilla osastoilla. Perushoitaja sai antaa injektion ihon alle 59 %:ssa ja lihakseen 35 %:ssa työyksiköistä. 89 % työyksiköistä lääkkeiden antaminen oli ohjeistettu ja kirjallinen lupa lääkkeiden antoon oli 95 %:ssa työyksiköistä.
Meriläinen (2000) Selvittää vaikeasti dementoituneiden vuodepotilaiden hoitotyötä.	Päiväkirjatyypinen seurantalomake, jossa strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Vaikeasti dementoituneita (n=10) vuodepotilaita. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja sisällön erittelyllä.	Vähiten hoitoaika käytettiin yhteistyöhön potilaiden ja omaisten kanssa (1,6 %), lääkehoitoon (2,6 %) ja kirjaamiseen.
Välimäki, Leino-Kilpi, Anttila, Myllylä, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott, Arndt ja Kaurila (2001) Kuvata ja vertailla potilaiden ja hoitajien näkemyksiä kirurgisen potilaan autonomian toteutumisesta.	Kyselylomake potilaille (n=90) ja hoitajille (n=141). Aineisto analysoitiin tilastollisesti.	Iäkkäät ja kokeneet hoitajat olettivat todennäköisimmin potilaan odottavan tietoa omasta hoidostaan. Potilaan tiedonsaanti toteutui parhaiten hygieniaan ja lääkehoitoon liittyvissä asioissa.
Maattola ja Salin (1999) Kuvata kotihoidossa olevien vanhusten lääkehoidon toteutumista ja lääkehoidon ohjausta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta.	Puolistrukturoidulla kyselylomakkeella kotihoidon hoitotyöntekijöille (n=119). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalysysilla.	Vanhuksilla oli 5 - 8 lääkettä päivittäin käytössä. Heistä 2 % selvisi lääkkeiden annostelusta ja ottamisesta itsenäisesti. Eniten lääkehoidon toteutumista vaikeutti muistamattomuus. Opistotason käyneet ohjasivat enemmän ja kokivat ajan riittävän paremmin ohjaukseen kuin koulutason käyneet hoitotyöntekijät.
Perälä, Hernesniemi ja Räikkönen (1999) Arvioida yhteistyösuhdetta kirurgisten potilaiden omaisten kokemana.	Kysely kirurgisen osaston potilaiden omaisille (n=413). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Noin puolet omaisista arvioi saaneensa riittävästi tietoa potilaan tilanteesta ja lääkityksestä. Yhteistyö potilaan läheisten kanssa tulee olemaan tulevaisuudessa entistä haasteellisempaa.

<p>Wilder (2003) Opettaa henkilöstöä lääkehoidon turvallisuudesta kotihoidossa.</p>	<p>Artikkeli pohjautuu tutkimukseen lääkehoidon virheistä terveydenhuoltojärjestelmässä Yhdysvalloissa.</p>	<p>Aiempaan lääkehoidon toimintatapaan liittyi täydellisyyden vaatimus ja ajatus, että virheet ovat huolimattomuutta tai epäpätevyyttä. Rankaiseva järjestelmä johti virheiden salaamiseen. Tarvitaan uusi lääkehoidon turvallisuusnäkökulma, jossa virhemahdollisuuksia voidaan vähentää parantamalla järjestelmiä eikä syyttämällä yksilöitä virheistä.</p>
<p>Murtola (1999) Selvittää valmistuvien sairaan- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden lääkehoidon osaamista.</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake (n=332). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Opiskelijat tiesivät melko vähän lääkehoitoon liittyvistä säädöksistä ja määräyksistä. Lääkelaskuista oikein oli 68 %. Tyydyttävät tai hyvät tiedot heillä oli mm. lääkkeiden myynnistä, säilytyksestä, hävittämisestä. Sairaan- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden osaamisen välillä ei ollut eroa.</p>
<p>Solante & Leino-Kilpi (1998) Selvittää terveydenhuoltoalan koulutuksen tuloksellisuutta.</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake viisi vuotta aikaisemmin valmistuneille kättilöille, sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille (n=354). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Vastaajista yli 90 % arvioi saavuttaneensa riittävät perusvalmiudet koulutuksessa injektio- ja peroraaliseen lääkehoidon toteuttamiseen. 70 % arvioi saavuttaneensa riittävät valmiudet potilaan ohjaukseen ja opetukseen.</p>
<p>Paloposki, Eskola, Heikkilä, Miettinen, Paavilainen ja Tarkka (2003) Selvittää ammattikorkeakoulusta valmistuneen sairaanhoitajan arvioita teoreettisesta ja käytännön osaamisestaan.</p>	<p>Strukturoitu postikysely ammattikorkeakoulusta valmistuneille sairaanhoitajille (n=469). Aineisto analysoitiin mm. yksisuuntaisen varianssianalyysien avulla.</p>	<p>Osaaminen kokonaisuudessaan hyvää. Teoreettinen osaaminen heikointa. Injektioina annettavan ja peroraalisen lääkehoidon toteuttamisessa osaaminen arvioitiin hyväksi.</p>
<p>Veräjäkorpä (1998) Veräjäkorpä ja Leino-Kilpi (2003) Selvittää terveydenhuollon opettajien käsityksiä lääkehoidon opetuksesta.</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake, jossa lisäksi avoimia kysymyksiä hoito-opin opettajille (n=305). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Opettajat arvioivat opetusvalmiutensa hyväksi. Opiskelijat olivat oppineet lääkehoitoa hyvin. Opetussisältöjen ja -menetelmien kehittäminen välttämätöntä.</p>

2.4 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta

Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista noin kaksi kolmasosaa oli määrällisiä tutkimuksia. Lääkehoitoa koskeneet tutkimukset olivat kaikki määrällisiä, mutta asiakkaita ja omaisia koskeneet tutkimukset olivat pääosin laadullisia. Määrällisissä tutkimuksissa aineisto oli kerätty yleensä kyselylomakkeella, vain muutamissa tutkimuksissa aineistona olivat esimerkiksi asiakkaita koskevat asiakirjat. Laadullisissa tutkimuksissa aineistonkeruumenetelmänä oli yleensä haastattelu, ja aineisto oli analysoitu sisällön-analyysilla. Analyysimenetelmänä oli hieman useammin grounded teoria –menetelmä kuin esimerkiksi fenomenologiseen tai etnografiseen lähestymistapaan liittyvä menetelmä. Tutkimustulokset olivat melko yhdensuuntaisia, mutta uudemmissa tutkimuksissa kotihoitoa ja lääkehoitoa kuvattiin hieman aiempaa asiakaslähtöisemmäksi ja enemmän asiakkaan osallisuutta korostavaksi toiminnaksi. Ulkomaisissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa kotihoidon lääkehoito oli harvoin tutkimusaiheena. Ulkomaisten tutkimusten tarkastelua vaikeuttivat erilaiset terveydenhuoltojärjestelmät ja kotihoidon toteuttamistavat eri maissa..

Kirjallisuuskatsauksen perusteella kotihoidossa vanhusten kotona selviytymistä edistävät terveys, toimintakyky ja omatoimisuus (Tervo & Pietilä 1995; Rissanen 1999; Roine ym. 2000; Tepponen 2003). Asiakkaiden voimavaroja ovat muun muassa uskonnollisuus, elämänasenne, perhe ja muut läheiset sekä kotihoito (Roine ym. 2000; Kilpeläinen 2003; Siira 1998; Tepponen 2003). Tutkimusten perusteella tavat, joilla ikääntyvät huolehtivat itsestään, vaikuttavat odotuksiin, jotka kohdistuvat heidän parissaan toimiviin työntekijöihin (Backman 2001; Lappalainen 2002). Omaiset ovat melko näkymättömissä kotihoidon työntekijöiltä (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997; Porre 2001; Walker 2001; Vaarama & Voutilainen 2002), vaikka omaiset ja omaishoitajat ovat tärkeitä toimijoita ikäihmisten kotona selviytymisessä (Vaarama ym. 1999; Roine ym. 2000; Tervo & Pietilä 1995; Porre 2001; Lappalainen 2002; Kilpeläinen 2003; Tepponen 2003).

Tutkimusten perusteella kotihoidon palvelujen tarjonta on vähentynyt Suomessa (esim. Vaarama ym. 2000; Vaarama ym. 2001; Vaarama ym. 2003) ja kotihoidon työn sisältö on muutoksessa (Raatikainen 1995; Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997; Taival 1998a; Siira 1998; Tedre, 1999; vrt. Haapaniemi ym. 2003). Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoidon palveluihin vaihtelee tutkimusten näkökulmasta riippuen (Siira 1998; Paljärvi ym. 2003).

Tutkimuksissa kotihoidon asiakkaat ja omaiset suhtautuivat kriittisesti saamaansa ohjaukseen ja neuvontaan (Raatikainen 1997; Rissanen 1999; Paljärvi ym 2003) ja hoitajat kokivat puutteita taidoissaan ohjata (Solante & Leino-Kilpi 1998). Tämä luo haasteita kotihoidon työntekijöille, koska lääkehoidossa on tarvetta ohjaukseen (Maattola & Salin 1998; Hyttinen 1999; Sihvo 2000; Lumme-Sandt 2002; Enkovaara 2003,). Kotihoidon henkilöstö on melko tyytyväistä työhönsä, mutta osalla työntekijöitä kiire vaikuttaa työskentelyyn (Rintala & Elovainio 1997; Elovainio ym. 1997; Sinervo & Elovainio 1998; Pentti 2002; Salo 2002; Kettunen 2003).

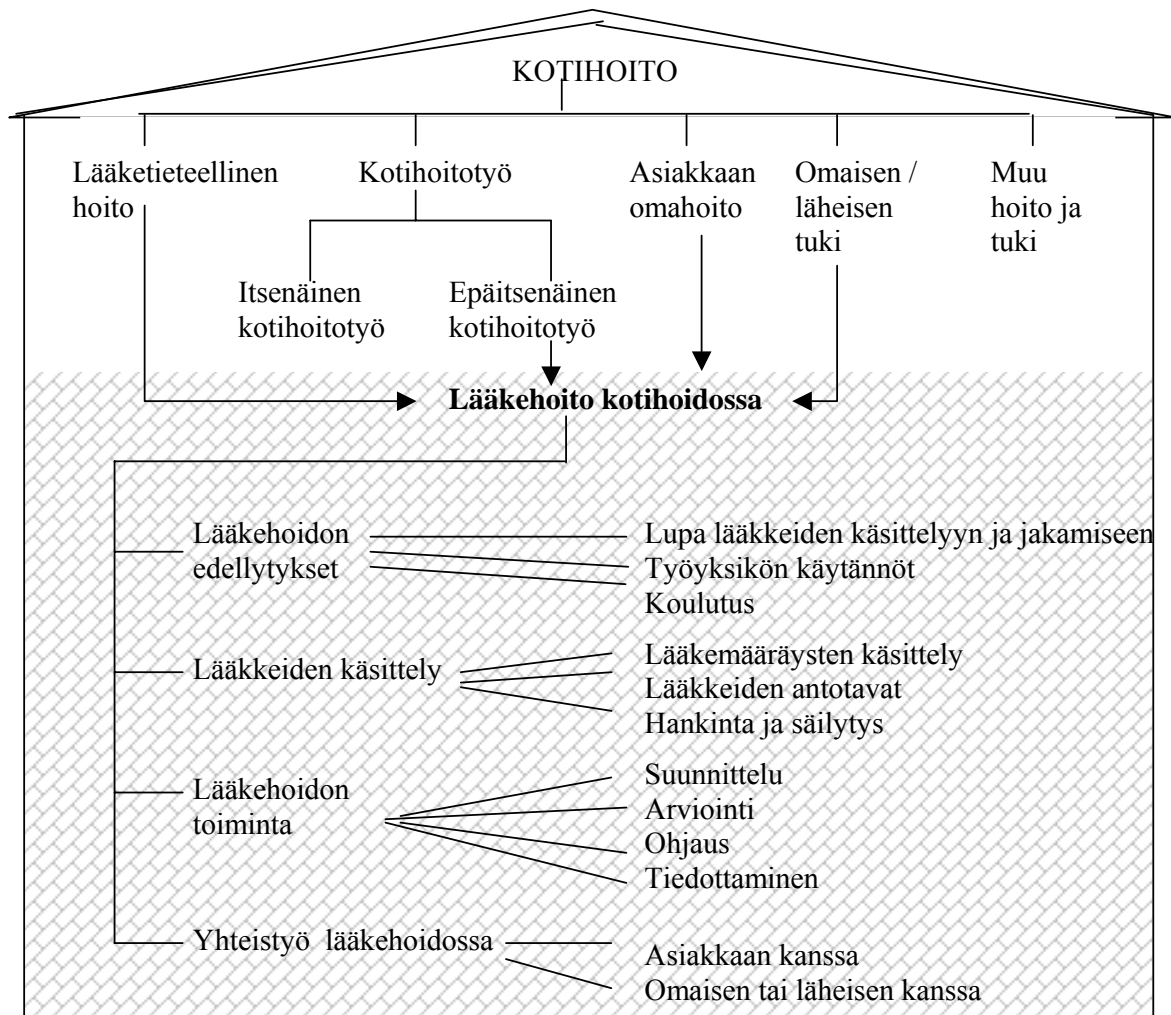
Lääkehoitoa on tutkittu vähemmän hoitotyössä kuin lääketieteessä tai farmasiassa. Pelkästään kotihoidon toimintana sitä on tutkittu vähän (Lithovius ym. 1998; Maattola & Salin 1999), ja muissa kotihoitoa koskevissa tutkimuksissa lääkehoitoa on sivuttu (Lappalainen 2002; Porre 2001; Pentti 2002; Lumme-Sandt 2002; Tepponen 2003; Paljärvi ym. 2003). Lääkehoitoa ei ole juurikaan tutkittu kokonaisuutena, vaan lääkehoidosta on tarkasteltu jotakin tiettyä tehtävää kuten ohjausta tai injektioita antoa, vaativuutta (Pulkkinen 2000) tai lääkehoidon osaamista (Veräkorpi-Leino-Kilpi 1998; Murtola 1999). Myöskin kotihoidon asiakkaiden omia näkemyksiä lääkehoidostaan ja siihen samastaan avusta on hoitotyön näkökulmasta tutkittu vähän (Hyttinen 1999; Paljärvi ym. 2003). Hoitotyöhön liittyvän lääkehoidon tutkimuksen vähäisyys voi johtua sen epäitsenäisestä asemasta lääketieteellistä hoitoa tukevana toimintana.

Kaiken kaikkiaan kotihoitoa ja lääkehoitoa koskevat tutkimukset olivat tämän tutkimuksen näkökulmasta tutkimusaiheiltaan melko yksittäisiä eikä niiden pohjalta muodostunut selkeää kokonaisuutta kotihoidon lääkehoidosta työntekijän, asiakkaan tai omaisen näkökulmasta. Tutkimuksissa tuli esille kuitenkin tärkeitä ja keskeisiä lääkehoitoon sekä yhteistyöhön asiakkaan ja omaisten kanssa liittyviä yksittäisiä asioita, joiden pohjalta muodostettiin tutkimuksen viitekehys. Kirjallisuuden pohjalta lääkehoidon osuutta kotihoidon toiminnassa tarkastellaan työntekijän ja työyksikön näkökulmasta (vrt. Elovainio 1997; Rintala & Meriläinen 2000; Pentti 2002; Paljärvi 2003). Lääkehoidon edellytyksiä ovat lupa lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen (vrt. Lithovius 1998; Mattila & Isola 2002), työyksikön käytännöt (vrt. Vaarama ym. 1999; Pulkkinen 2000; Wilder 2003) sekä osallistuminen koulutukseen (vrt. Salo 2002; Pentti 2002). Lääkkeiden käsittelyyn liittyvät lääkemääräysten käsittely, lääkkeenantotavat sekä lääkkeiden hankinta ja säilyttäminen (vrt. Lithovius ym. 1998; Veräjäkorpi & Leino-Kilpi 1998; Murtola 1999;

Lappalainen 2002; Veräjäkorpä & Leino-Kilpi 2003). Lääkehoidon toimintaa ovat työntekijän antama ohjaus (vrt. Taival 1998b; Maattola & Salin 1999; Välimäki ym. 2001; Paljärvi ym. 2003) sekä työntekijän tekemä suunnittelu, arviointi ja tiedottaminen (vrt. Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997; Siira 1998; Tepponen 2003; Salo 2002; Päivärinta & Maaniittu 2002). Kirjallisuuden pohjalta myös yhteistyö asiakkaan ja omaisen kanssa nousi tärkeäksi asiaksi (vrt. Raatikainen 1995 ja 2002; Vaarama ym. 1999; Vaarama ym. 2000; Backman 2001; Porre 2001; Välimäki ym. 2001; Lumme-Sandt 2002; Kettunen 2003; Kilpeläinen 2003; Hertzberg ym. 2003).

3. TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA KÄYTETYT KÄSITTEET

Tutkimuksen viitekehys on esitetty kuviossa 1. Tutkimuksessa kotihoidon lääkehoito on lääketieteellistä hoitoa toteuttavaa toimintaa, jossa lääkkeiden määrääminen kuuluu asiakasta hoitavalle lääkärille ja itsehoitolääkkeiden ja rohdosvalmisteiden käytöstä päättää asiakas itse. Tutkimus kohdistuu lääkehoidon edellytyksiin, lääkkeiden käsittelyyn, lääkehoitoon liittyvään toimintaan sekä työntekijän yhteistyöhön asiakkaan tai hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa. Tässä tutkimuksessa lääkehoidon edellytyksiä, jotka yhtäältä mahdollistavat ja toisaalta rajaavat työntekijän osallistumista lääkehoitoon, ovat lupa lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen, osallistuminen koulutukseen sekä työyksikön käytännöt. Lääkkeiden käsittelyyn liittyvät lääkemääräysten käsittely, lääkkeen antotavat sekä lääkkeiden hankinta ja säilyttäminen. Tutkimuksessa lääkehoidon toiminnan erottaa lääkkeiden käsittelystä se, että toimintaan on ajateltu liittyvän työntekijän omaa päätöksentekoa (vrt. Hupli, M. 1996, 28; Lauri ym. 1998, 23). Lääkehoidon toimintaa ovat työntekijän antama ohjaus sekä työntekijän tekemä lääkehoitoon liittyvä suunnittelu, arviointi ja tiedottaminen. Yhteistyö tarkoittaa hoitotyöntekijän ja asiakkaan tai hänen omaisensa tai läheisensä välistä suhdetta lääkehoidossa, ja toimimista tässä suhteessa.



KUVIO 1. Kotihoidon lääkehoito tutkimuksessa

4. TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimustehtävät ovat kirjallisuuden pohjalta seuraavat:

1. Millaisia edellytyksiä kotihoidon henkilöstöllä on osallistua asiakkaan lääkehoitoon?
2. Mitä on lääkkeiden käsittely kotihoidossa?
3. Mitä on lääkehoidon toiminta kotihoidossa?
4. Millaista on työntekijän yhteistyö asiakkaan ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa kotihoidon lääkehoidossa?

5. AINEISTO JA MENETELMÄ

5.1 Tutkimushenkilöt ja aineiston keruu

Tutkimushenkilöinä oli Länsi-Uudellamaalla kotihoidossa, kotipalvelussa, kotisairaanhoidossa tai kodinomaista hoitoa antavissa työyksiköissä työskenteleviä työntekijöitä, jotka auttavat tai ohjaavat asiakkaita lääkehoidossa. Tutkittavat kotihoidon työyksiköt sijaitsivat viidessä maaseutukunnassa ja kahdessa kaupungissa. Kaikki kyselyyn osallistuneet yksiköt toimivat alle 36 000 asukkaan kunnissa. Tutkimushenkilöiden koulutus tai työkokemus ei vaikuttanut valintaan, vaan työyksikköjen esimiehet nimesivät lääkehoitoon osallistuvat työntekijät ja heille annettiin kyselylomake sekä kirjekuori palautusta varten. Lomakkeen sisältävä kirjekuori palautettiin suljettuna työyksikön esimiehelle. Lomakkeiden palauttamiseen varattiin aikaa kaksi viikkoa.

Tutkimusluvat haettiin terveyskeskusten johtavilta viranhaltijoilta (liite 1.). Kaikki luvan antajat suhtautuivat tutkimusaiheeseen ja tutkimuksen suorittamiseen myönteisesti. Lomakkeita jaettiin 201, joista palautettiin 163, joten palautusprosentti oli 81 %. Palautetuista vastauksista hylättiin kolme, koska lomake oli joko kokonaan täyttämättä tai vastauksia oli vain muutama. Lopullisten vastaajien määrä oli 160 eli 80 %. (Taulukko 4.) Katoon vaikuttivat todennäköisesti eräässä työyksikössä toteutetut muut samanaikaiset tutkimukset sekä se, että osa aiemmin kotipalvelussa työskennelleistä saattoi arvioida osuutensa lääkehoidossa vähäiseksi.

TAULUKKO 4. Tutkimukseen osallistuneet kotihoidon työntekijät

Tutkimusjoukon muodostuminen	n	%
Kyselylomakkeen sai	201	100
Kyselylomakkeen palautti	163	81
Kato	38	19
Hylätyt lomakkeet	3	1
Lopullinen vastaajien määrä	160	80

5.2 Mittari

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella (liite 2.). Mittarin kysymykset pohjautuvat kirjallisuuteen. Aluksi kysymyksiä oli erittäin suuri määrä. Kysymyksistä valittiin mittariin hoitotyöntekijöiden taustatietoja sekä lääkehoidon edellytyksiä, lääkkeiden käsittelyä, lääkehoitoon liittyvää toimintaa ja yhteistyötä asiakkaan kanssa koskevia kysymyksiä. Ennen varsinaista kyselyä tehtiin kesäkuussa 2003 esitutkimus kahdessa kotihoidonomaista hoitoa antavassa työyksikössä 28 hoitotyöntekijälle. Esitutkimukseen osallistuneet olivat varsinaisen tutkimuksen ulkopuolella. Esikyselyn perusteella kysymyksiä vähennettiin sekä kysymysten ymmärrettävyyttä ja selkeyttä parannettiin.

Mittarissa oli sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Strukturoitujen kysymysten avulla haluttiin saada tietoa, jonka pohjalta havaintoaineistoa voidaan ryhmitellä ja vertailla (vrt. Krause & Kiikkala 1996, 113; Hirsjärvi ym. 1997, 197; Burns & Grove 1997, 359; Dempsey & Dempsey 2000, 196). Lomake sisälsi myös avoimia kysymyksiä, koska kotihoidon lääkehoitoa on hoitotyön näkökulmasta tutkittu vähän, ja siten kirjallisuuden pohjalta oli vaikea nostaa esille kaikkia aiheeseen kuuluvia tekijöitä. Asteikon laatiminen olisi ollut myös vaikeaa, koska tutkimukseen haluttiin osallistuvan kotihoidon työntekijöitä koulutuksesta ja kokemuksesta riippumatta, ja näin vastaajien tiedot olivat vaihtelevia. (vrt. Krause & Salo 1996, 112-113; Erätuuli ym. 1994, 20; Hirsjärvi ym. 1997, 197). Taulukossa 5. on esitetty kysymysten jakautuminen strukturoituihin ja avoimiin kysymyksiin.

TAULUKKO 5. Mittarin osa-alueet ja muuttujat

Osa-alueet	Strukturoidut kysymykset	Avoimet kysymykset
Taustatiedot		
- ammatillinen koulutus	x	
- työkokemus	x	
- asiakasmäärä	x	
- asiakkaiden lääkkeiden käyttö	x	
Lääkehoidon edellytykset		
- lupa	x	
- koulutus	x	x
- käytännöt	x	
- merkitys työyksikössä		x
- osuus omassa työssä		x
Lääkkeiden käsittely		
- lääkemääräysten käsittely	x	x
- antotavat	x	x
- hankinta ja säilyttäminen	x	x
Lääkehoidon toiminta		
- suunnittelu	x	x
- arviointi	x	x
- ohjaus	x	x
- tiedottaminen	x	x
Yhteistyö asiakkaan tai omaisen kanssa	x	x,x

Hoitotyöntekijöiden taustatietoja mittaavat muuttujat olivat pääosin luokittelu- ja järjestelyasteikollisia, suhteasteikollinen muuttuja oli työkokemus kotihoidossa. Muiden strukturoitujen kysymysten muuttujat olivat luokitteluasteikollisia.

5.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Analysointia varten ammatillisen koulutuksen perusteella vastaajista muodostettiin kolme luokkaa. Sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista muodostettiin yksi luokka (taulukoissa lyhennettynä muodossa SH/TH), perus-, mielenterveys-, mielisairaan-, apu- ja lähihoitajista muodostettiin yksi luokka (PH/LH) sekä kodinhoitajista ja kotiaivustajista yksi luokka (KH/KA). Kodinhoitajien ja kotiaivustajien luokkaan liitettiin myös opiskelijoiden ja yhden ammatilliselta koulutukseltaan avoimeksi jättämän vastaajan vastaukset. Työkokemuksen mukaan vastaajat ryhmiteltiin alle 5 vuotta, 5 – 12 vuotta ja yli 12 vuotta työkokemusta saaneisiin. Asiakasmäärän mukaan vastaajista muodostettiin

ryhmät 1 - 4 asiakasta/työvuoro, 5 - 9 asiakasta/työvuoro ja 10 tai enemmän asiakkaita/työvuoro. Maaseutukunnissa ja kaupungeissa työskentelevistä muodostettiin omat ryhmät.

Jotta luokat olisivat tilastollisesti riittävän suuret kysymyksissä, joissa selviteltiin lääkehoitoon liittyvien tehtävien tai tapahtumien useutta, luokat 'ei koskaan' ja 'muutaman kerran vuodessa tai harvemmin' yhdistettiin luokaksi 'harvoin'. Samoin luokka 'joka tai lähes joka viikko' yhdistettiin 'päivittäin tai lähes päivittäin' luokkaan luokaksi 'viikoittain tai päivittäin'. Luokat 'en koskaan' ja 'harvoin' yhdistettiin luokaksi 'en koskaan tai harvoin', ja luokat 'usein' ja 'erittäin usein' luokaksi 'usein'. Luokat 'täysin eri mieltä', 'melko eri mieltä' sekä 'en osaa sanoa' yhdistettiin luokaksi 'eri mieltä'. Luokat 'melko samaa mieltä' ja 'täysin samaa mieltä' yhdistettiin luokaksi 'samaa mieltä', koska tuloksissa haluttiin tietää selvästi samaa mieltä olevien osuus. (Dempsey & Dempsey 2000, 200.)

Työntekijöiden taustatietoja ja lupaa lääkkeiden jakamiseen käsiteltiin frekvensseinä ja prosentteina. Muu aineisto analysoitiin pääasiassa ristiintaulukoinnin avulla ja testattiin χ^2 -testillä. χ^2 -testiä käytettiin osoittamaan eroja saadun jakauman ja todennäköisten erojen tilastollisen merkitsevyyden välillä. Ristiintaulukointi tehtiin ammatillisen koulutuksen (=ammattiryhmä), työkokemuksen, asiakasmäärän ja kuntamuodon mukaan. Tulosten raportoinnissa on taulukkoon merkitty χ^2 -testin tulokset, tulokset havaittuina p-arvoina ja tulosten merkitsevyydet erittäin merkitsevä ***, merkitsevä ** ja melkein merkitsevä *. Merkitsevyysrajana oli p-arvo 0,05 (vrt. Metsämuuronen 2000b, 34-35; Nummenmaa ym.1997, 43). Tuloksia tarkasteltiin myös kaupungeissa ja kunnissa työskentelevien välillä. Lisäksi aineisto analysoitiin edellisen työvuoron asiakasmäärien mukaan. Tulosten raportoinnissa tuodaan esille tilastollisesti merkitsevät erot, missä yhteydessä mainitaan χ^2 -testin arvo, vapausasteet suluissa χ^2 -testin arvon jälkeen sekä tarkka p-arvo, elleivät ne näy raporttiin liitetyistä taulukoista. Taulukot esitetään ristiintaulukoituina ammattiryhmien mukaan.

Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysilla. Avoimet kysymykset kirjoitettiin tekstiksi kysymyksittäin, jolloin tekstiä oli yhteensä 37 sivua rivivälillä 1, fontti Times New Roman koko 12. Aineisto luettiin läpi useita kertoja. Vastaukset kysymyksiin edellisen työvuoron lääkemääräyksistä, lääkkeenantotavoista, lääkkeiden hankinnasta ja säilyttämisestä analysoitiin deduktiivisesti, jolloin luokittelurunkona olivat samaan asiaan

liittyneen strukturoidun kysymyksen muuttajat. Rungon ulkopuolelle tulleet asiat luokiteltiin lisäkohdiksi. Analyysiyksikkönä oli sana tai sanayhdistelmä.

Kysymysten koulutustilaisuuksista, suunnittelusta, arvioinnista, ohjauksesta ja tiedottamisesta vastaukset käsiteltiin induktiivisesti. Aineistosta luokiteltiin samaa asiaa koskevat ilmaiset ryhmiksi. Tämän jälkeen nimettiin ryhmiä yhdistävä ilmaisu. Sen jälkeen tarkasteltiin, millaiseen kysymykseen ilmaisu on vastaus. Ilmaiset vastasivat kysymyksiin mitä tehtiin, miten tehtiin tai kenen kanssa tehtiin. Yhteistyöstä asiakkaan kanssa ja omaisten kanssa sekä lääkehoidon merkityksestä työyksikössä tekstiä oli 3 sivua kuhunkin kysymykseen. Kysymykseen työntekijän omasta osuudesta asiakkaan lääkehoidossa tekstiä oli neljä ja puoli sivua. Nämä vastaukset analysoitiin myös induktiivisesti. Aineistosta etsittiin ilmaisia, joista etsittiin ja nimettiin ilmaisia yhdistävä asia. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Avointen kysymysten tuloksien raportoinnissa on mainittu lasketut frekvenssit tai prosentit vain eniten esiintyneiden ilmaisujen yhteydessä.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimustulosten luotettavuus riippuu mittarin tarkkuudesta (Vehviläinen-Julkunen ym. 1997). Tutkimuksen aihepiiri oli tutkimuksen tekijälle jossain määrin tuttu, koska hän on opettanut sosiaali- ja terveydenhuoltoalan oppilaitoksissa lääkehoitoa ja toisaalta toiminut opiskelijoiden ohjaajana kotihoidossa.

Mittarin pätevyyteen eli validiteettiin kuuluu se, että mittarin osiot mittaavat sitä, mitä niillä halutaan tutkia eli sisältövaliditeetti (Uusitalo 1995, 84; Vehviläinen-Julkunen ym. 1997, 207). Tutkimuksen mittarina toimi sitä varten kehitetty kyselylomake. Mittari muodostui laajaksi, koska tutkimuksen kohteena oli lääkehoito melko laajasti ja koska kattavaan mittaamiseen kuuluu valita osioita kaikilta tutkimukseen liittyviltä aloilta (Erätuuli ym. 1994, 107). Aiempien kotimaisten tutkimusten vähäisyys alentaa jossain määrin mittarin validiteettia. Toisaalta avoimet kysymykset antoivat vastaajille mahdollisuuden tuoda esille mittarista puuttuvia vaihtoehtoja. Lomake esitettiin kodinomaista hoitoa antavissa yksiköissä, ja esikyselyyn osallistui saman ammatillisen koulutuksen saaneita työntekijöitä kuin varsinaiseen kyselyyn. Paranneltua kyselylomaketta ei enää lähetetty esitettäväksi kotisairaanhoidon.

Vastaajat erosivat toisistaan työkokemuksen, asiakasmäärän, työyksikköjen sijaintikunnan ja ammatillisen koulutuksen perusteella, joten tutkimusjoukko oli heterogeeninen. Tämä voi estää tulosten vinoumaa, joka olisi mahdollinen tutkittaessa vain kotihoidon hoitohenkilökuntaa (Burns & Grove 1997, 585). Kodinhoitajat ja kotiavustajat vastasivat ennakoitua useammin lääkehoidon päätöksentekoon liittyviin kysymyksiin, jotka koskivat lääkehoidon lääkemääräyksiin liittyviä tehtäviä, lääkehoidon suunnittelua, ohjausta ja arviointia. Avoimiin kysymyksiin he vastasivat muita ammattiryhmiä niukemmin.

Strukturoidut kysymykset koskivat pääosin edellistä vuotta ja vaativat siten muistelua, joten vastauksiin on voinut vaikuttaa se, miten työtehtävät olivat painottuneet lähempänä vastausajankohtaa. Avoimet kysymykset koskivat pääosin edellistä työvuoroa ja olivat siten helposti muistettavissa. Strukturoidut kysymykset saattoivat vaikuttaa samaan aiheeseen liittyneisiin avoimiin kysymyksiin, koska avoimista kysymyksistä nousi niukasti uusia asioita.

Työyksikön käytäntöjä koskevat väittämät mittasivat hoitotyöntekijöiden mielipiteitä 5-portaisella Likertin asteikolla, jolla yleensä mitataan asenteita (Dempsey & Dempsey 2000, 200). Asteikkoa on kritisoitu niin sanotusta sosiaalisesta suotavuudesta eli vastaajilla on taipumus valita vastaus, jonka he arvioivat olevan yleensä suotava vastaus. (Hirsjärvi ym. 1997, 196-199). Töyry ym. (1999, 163) totesivat tutkimuksessaan, että mittarin reliabiliteetti oli matalampi silloin, kun mittarissa oli sekä kielteisiä että myönteisiä väittämiä. Tämän tutkimuksen mittarissa käytettiin myönteisiä muotoja aina, kun se oli mahdollista. Vaikka kysymykset olivat muodoltaan myönteisiä, ne saattoivat sisällöltään ilmaista kielteisiä, ei-toivottuja asioita lääkehoidossa.

Strukturoitujen kysymysten viimeisenä kohtana oli ”muu”-vaihtoehto. Näihin oli kirjoitettu jonkin verran vastauksia, mutta samat asiat toistuivat myös avoimessa kysymyksessä. Jos vastaus oli luokiteltavissa johonkin valmiiseen luokkaan, se liitettiin siihen. Kaikki ”muu”-kohtaan tulleet vastukset tallennettiin myöhempää tarkistusta varten. Tulosten luotettavuuteen vaikuttaa jonkin verran se, että kyselylomakkeen alussa olleisiin kysymyksiin oli vastattu asioita, jotka tulivat esille lomakkeessa myöhemmin. Jotta asioita ei olisi huomioitu kahteen kertaan, on kunkin kysymyksen yhteydessä huomioitu vain kyseiseen kysymykseen liittyvät asiat. Mikäli vastaaja ilmaisi vastauksensa liittyvän toiseen kysymykseen, vastaus siirrettiin kyseisen kysymyksen kohdalle.

Vastausprosentti kyselyyn oli hyvä, vaikka muutamissa kotihoidon yksiköissä oli samanlaisesti menossa muita tutkimuksia. Analysoinnissa huomioitiin se, että jos jonkin ryhmän koko jää alle 30, ei voida tehdä oletuksia normaalijakauman pohjalta vaan on käytettävä muita jakaumia (Metsämuuronen 2000b, 26). Luotettavuuden kannalta perus- ja lähihoitajien (n=89) sekä kodinhoitajien ja kotiavustajien (n=47) määrä oli riittävä, mutta sairaan- ja terveydenhoitajien määrä (n=24) oli niukka. Puuttuvia vastauksia oli sairaan- ja terveydenhoitajilla muita vähemmän. Strukturoitujen kysymysten tulokset testattiin χ^2 -testillä, koska tämä testi ei vaadi, että aineisto noudattaa normaalijakaumaa (Erätuuli ym. 1994, 73). Tulosten testauksessa ja raportoinnissa käytettiin havaittuja p-arvoja, joiden pohjalta lukija voi itse varmistua, millä riskitasolla tulos on luotettava. (Metsämuuronen 2000b, 35). Tulosten tarkastelussa on huomioitu, että χ^2 -testin tulos ei ole validi, mikäli yli 20 %:ssa luokista odotusarvo on alle 5 tai mukana on yksikin luokka, jossa odotusarvona ei ole yhtään havaintoa. Kun testi ei ollut validi, raportoinnissa merkittiin kyseiset p-arvot ”nv”:ksi (=non valid). (Burns & Grove 1997, 616.) Nämä havainnot liittyivät pääasiassa kysymykseen lääkkeenantotavoista, koska osa antotavoista liittyi selvästi tiettyyn ammattiryhmään ja muut eivät käyttäneet niitä tai sitten kaikki käyttivät päivittäin kyseistä antotapaa, joten kuukausittain tai vuosittain vaihtoehtojen luokkaan ei tullut yhtään havaintoa. Taulukoiden tulkinnassa on otettu huomioon ryhmien väliset erot myös silloin, kun χ^2 testi on ’non valid’.

Avoimet kysymykset käsiteltiin sisällönanalyysilla. Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 10) mukaan sisällönanalyysin luotettavuuden ongelmana on pidetty sitä, että tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Tässä tutkimuksessa avointen kysymysten luotettavuuteen vaikuttaa se, että ne on luokitellut vain yksi henkilö. Luokittelu on tehty kahtena eri kertana, ja saatuja ryhmittelyjä on verrattu sitten keskenään. Luotettavuuden ongelma on pieni silloin, kun dokumentista on analysoitu vain ilmisälty (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10). Tämän tutkimuksen kysymykset on analysoitu pääosin ilmisällyn mukaan. Työntekijän, asiakkaan ja omaisen yhteistyötä koskevissa luokitteluisa ilmisällystä on tehty luokat, jotka on nostettu aineistosta, mutta sisältävät jo ilmisällystä nostettua tulkintaa. Luotettavuuden osoittamiseksi raportissa on osoitettava yhteys tulosten ja aineiston välillä. Raportin liitteissä on esimerkkisivu avointen kysymysten luokittelusta. (Liite 3.)

Tutkimus on kvantitatiivinen ja pyrkii vastaamaan kysymyksiin mitä ja miten mutta ei kysymykseen miksi (vrt. Lauri ym. 1998, 24). Tällä tutkimuksella ei ole pyritty yleistettävyyteen, vaan tarkastelemaan lääkehoitoa muutamissa lähikunnissa. Tutkimustuloksissa on huomioitava, että vastanneet työskentelivät pienissä maaseutukunnissa tai alle 35 000 asukkaan kaupungeissa (Burns & Grove 1997, 621).

5.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Kaikkien tutkimukseen osallistuvien yksiköiden esimiehet antoivat tutkimusluvut. Eettisen toimikunnan lupia ei tarvittu, koska tutkimuksen kohdejoukkona oli henkilöstö. Eettisyyden turvaamiseksi tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja kaikki vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti. Myöskään yksittäiset vastaajat tai työyksiköt eivät ole tunnistettavissa tutkimusraportista. Tutkittavilla on myös oikeus tutkimuksen tekijän tunnistettavuuteen, tietoon tutkimuksen tarkoituksesta, tulosten raportoinnista ja saatavuudesta sekä tutkimustulosten merkityksestä. (Nieswiadomy 1993, 43; Dempsey & Dempsey 2000, 197.) Nämä tiedot tulivat esille tutkimuslomakkeen saatekirjeessä.

6. TULOKSET

6.1 Kotihoitohenkilöstön taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneesta kotihoidon henkilöstöstä oli koulutukseltaan sairaanhoitajia 18 ja terveydenhoitajia 6. Perushoitajia, mielisairanhoitajia, mielenterveyshoitajia tai apuhoitajia oli 21 ja lähihoitajia 66. Kodinhoitajia oli 37, ja kotiavustajia tai opiskelijoita oli 12. Henkilöstön työkokemus kotihoidossa vaihteli kahdesta viikosta 34 vuoteen. Vajaalla kolmanneksella oli työkokemusta alle viisi vuotta, neljänneksellä viidestä kahteentoista vuotta ja lähes puolet oli työskennellyt yli 12 vuotta kotihoidossa. Keskimääräinen työkokemus kotihoidossa oli 11,8 vuotta. Perushoitajilla keskimääräinen työkokemus oli 11,3 vuotta, lähihoitajilla 9,6 vuotta, sairaan- ja terveydenhoitajilla 7,9 vuotta ja kodinhoitajilla tai kotiavustajilla 16,9 vuotta. Asiakkaita työntekijöillä oli edellisen työvuoron aikana enimmillään 21 ja vähimmillään yksi. Asiakasmäärän keskiarvo oli kahdeksan asiakasta työntekijää kohti kaikissa ammattiryhmissä. Tavallisimmin yhdellä työntekijällä oli työvuoron aikana kuusi asiakasta. Vähintään

kymmenen asiakasta oli ollut 19 % vastaajista. Yli puolet vastaajista työskenteli maaseutukunnissa. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Vastaajat ammattiryhmän, työkokemuksen, asiakasmäärän ja kuntamuodon mukaan frekvensseinä (n=160) ja prosenttilukuina

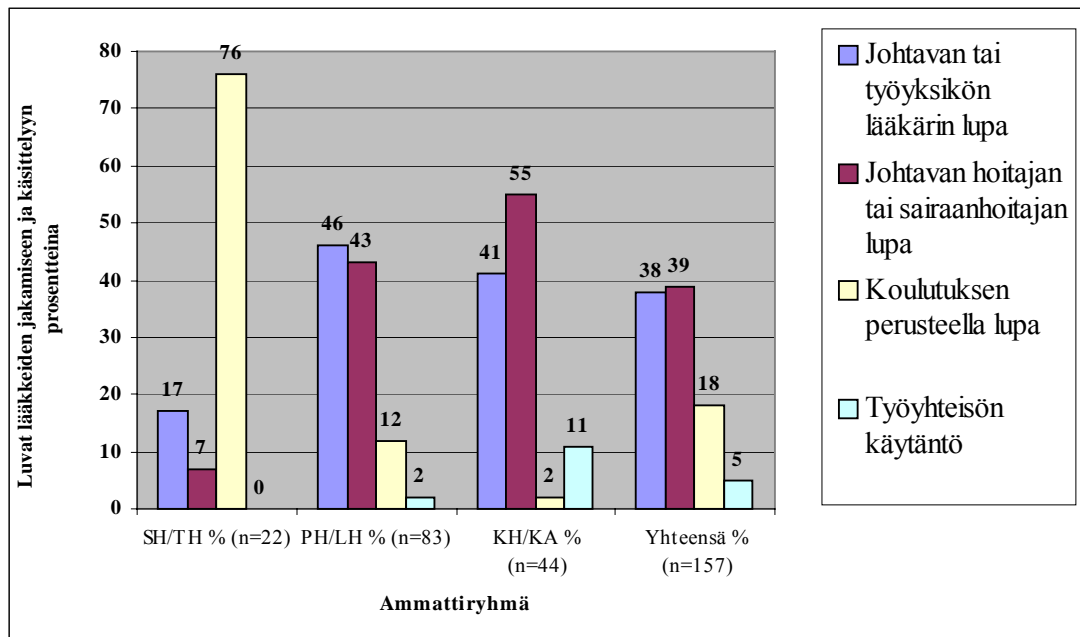
Tausta	n	%
Ammattiryhmä		
Sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja	24	15
Perushoitaja, mielisairaanhoitaja, mielen- terveyshoitaja, apuhoitaja tai lähihoitaja	87	54
Kodinhoitaja, kotiavustaja, lähihoitaja- opiskelija, muu	49	31
Työkokemus		
Alle 5 vuotta	47	29
5 - 12 vuotta	38	24
Yli 12 vuotta	75	47
Asiakasmäärä / edellinen työvuoro		
1 – 4 asiakasta	43	27
5 – 9 asiakasta	83	52
10 tai enemmän asiakkaita	30	19
Puuttuva tieto	4	2
Kuntamuoto		
Kunta	85	53
Kaupunki	75	47
Yhteensä	160	100

6.2 Henkilöstön edellytykset kotihoidon lääkehoitoon

6.2.1 Lupa lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen

Johtavan hoitajan tai sairaanhoitajan lupa lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen oli 39 % (n=62) ja johtavan lääkärin tai työyksikön lääkärin lupa 38 % (n=60) työntekijöistä. Koulutuksen perusteella lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen osallistui 28 % (n=18) työntekijöistä, ja 5 % (n=7) osallistui lääkehoitoon työyhteisön käytännön perusteella ilman suullisia tai kirjallisia lupia. Sairaan- ja terveydenhoitajista kolme neljäsosaa ilmoitti luvan lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen pohjautuvan ammatilliseen koulutukseen. Varsinaisia kirjallisia tai suullisia lupia lääkehoitoon osallistumiseen heillä ei juurikaan ollut. Perus- ja lähihoitajista vajaalla puolella oli lääkärin, johtavan hoitajan tai sairaanhoitajan lupa kirjallisena ja/tai suullisena. Kodinhoitajista ja kotiavustajista yli puolella oli johtavan hoitajan tai sairaanhoitajan lupa lääkehoitoon ja yhdellä kymmenestä

osallistuminen lääkehoitoon perustui työyhteisön käytäntöön. (Kuvio 2.) Kuviossa 2. osalla työntekijöistä oli useammanlainen lupa lääkkeiden jakoon. Lääkärin tai hoitajan antamista luvista lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen kolmannes oli sekä kirjallisia että suullisia, kolmannes vain kirjallisia ja kolmannes vain suullisia.



KUVIO 2. Luvat lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen ammattiryhmien mukaan prosentteina

Seuraavassa esimerkkejä työntekijöiden ilmaisuista siitä, millä perusteilla he voivat osallistua lääkehoitoon:

”SH-koulutus ja työyksikössä sh joutuu/saa pistää esim. influenssarokotteen. Lupa kysytty joht.lääk.” (SH)

”Kaikki saavat jakaa lääkkeitä omalla vastuulla.” (LH)

”On vain alettu jakamaan, ettei tule päällekkäiskäyntejä sairaanhoitajien kanssa.” (KA)

6.2.2 Lääkehoidon käytännöt kotihoidossa

Useimmat, yli neljä viidesosaa henkilöstöstä, olivat sitä mieltä, että kotihoidossa lääkehoidon työnjako oli sovittu. Kolme neljäsosaa oli sitä mieltä, että lääkehoitoon oli riittävästi aikaa ja

tiedonsaanti asiakkaan lääkehoidosta oli vaivatonta ja nopeaa. Kahden kolmasosan mielestä lääkehoidon säädökset ja ohjeet olivat työyksikössä helposti saatavissa. Vaikka vastaajista 60 % koki, että työyksikössä keskustellaan avoimesti lääkehoitoon liittyvistä vaikeistakin asioista, kuten virheistä ja laiminlyönneistä, niin vain viidesosan mielestä työyksiköissä seurattiin suunnitelmallisesti lääkehoidon virheitä. Vastaajista alle puolet (41 %) oli sitä mieltä, että työyksikössä oli sovittu, miten omaisia ja muita läheisiä tuetaan lääkehoidossa. Neljännes vastaajista oli sitä mieltä, että koulutusta lääkehoitoon oli riittävästi. Harvimmin, joka kuudennen hoitotyöntekijän mielestä, arvioitiin lääkehoidon osaamista työyksikössä säännöllisesti. Kodinhoitajat ja kotiavustajat kokivat muita harvemmin lääkehoitoon liittyvän työnjaon sovituksi, mutta he kokivat muita useammin lääkehoidon osaamista arvioitavan työyksikössä säännöllisesti. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Työyksikön käytännöt ammattiryhmän mukaan

Työyksikön käytännöt	Koulutus				χ^2	p
	SH/TH (n=24) %	PH/LH (n=82-87) %	KH/KA (n=43-46) %	Yhteensä (n=150-157) n %		
Säädökset ja ohjeet selkeästi ja helposti saatavissa						
Eri mieltä	50	32	27	50	33	3,82 0,148
Samaa mieltä	50	68	73	100	67	
Lääkehoitoon on riittävästi aikaa						
Eri mieltä	33	21	38	43	28	4,81 0,090
Samaa mieltä	67	79	62	113	72	
Lääkehoidon työnjako sovittu						
Eri mieltä	4	9	24	20	13	7,74 0,021
Samaa mieltä	96	91	76	137	87	
Tiedonsaanti vaivatonta						
Eri mieltä	33	19	32	38	25	3,72 0,155
Samaa mieltä	67	81	68	115	75	
Lääkehoitoon on riittävästi koulutusta						
Eri mieltä	79	74	74	117	75	0,27 0,875
Samaa mieltä	21	26	26	39	25	
Lääkehoidon osaamista arvioidaan säännöllisesti						
Eri mieltä	92	88	73	130	84	6,10 0,047
Samaa mieltä	8	12	27	24	16	
Lääkehoidon virheitä seurataan suunnitellusti						
Eri mieltä	92	78	78	124	80	2,42 0,298
Samaa mieltä	8	22	22	31	20	
Lääkehoitoon liittyvistä virheistä ym. keskustellaan avoimesti						
Eri mieltä	50	40	36	62	40	1,24 0,537
Samaa mieltä	50	60	64	92	60	
Työyksikössä sovittu omaisten ja läheisten tukemisesta lääkehoidossa						
Eri mieltä	71	59	53	91	59	1,93 0,382
Samaa mieltä	29	41	47	62	41	

df=2

Ohessa esimerkki täydennyksestä kysymykseen keskusteluista lääkehoitoon liittyvistä vaikeistakin asioista, kuten virheistä tai laiminlyönneistä:

”Pomppasi väärään kohtaan.” ”Oli se eilen oikeassa lokerossa.”, vastauksia, joita joskus saa kun kysynee: ”miten tämän rouvan lääkkeet ovat, onko unohtunut korjata jakokortti?” Ei muutaman illan lääkehoitokoulutuksella kenestäkään lääkärihoitajaa tule. Täytyisi tietää, mitä tekee ja pitää silmälasit ja valot ainakin päällä jakaessa.” (LH)

Kunnissa lääkehoidon koulutus koettiin riittävämmäksi (χ^2 -testi=17,38 (1), $p<0,001$) sekä työyksikössä olevan enemmän lääkehoidon osaamisen arviointia (χ^2 -testi=5,40 (1), $p=0,020$) ja suunniteltua virheiden seuranta (χ^2 -testi=4,73 (1), $p=0,030$) kuin kaupungeissa. Kaupungeissa taas koettiin useimmin tiedonsaanti asiakkaan lääkehoidossa vaivattomammaksi ja nopeammaksi (χ^2 -testi=7,69 (1), $p=0,006$). Alle viisi vuotta työskennelleet arvioivat säädösten ja ohjeiden saatavuuden ja selkeyden huonommaksi kuin pidempään työskennelleet (χ^2 -testi=6,52 (2), $p<0,001$). Yli 12 vuotta työskennelleistä useampi koki lääkehoidon virheitä seurattavan säännöllisesti kuin alle 12-vuotta työskennelleistä hoitajista (χ^2 -testi=7,15 (2), $p=0,028$). Hoitotyöntekijät, joilla oli työvuoron aikana vähintään kymmenen asiakasta, arvioivat koulutuksen määrän riittävämmäksi (χ^2 -testi=6,64 (2), $p=0,036$) kuin muut.

Avoimeen kysymykseen, joka koski lääkehoidon merkitystä työyksikön toiminnassa, vastasi 63 % sairaan- ja terveydenhoitajista, 52 % perus- ja lähihoitajista ja 37 % kodinhoitajista ja kotiaivustajista. Vastanneet kuvailivat lääkehoitoa merkitykselliseksi ja tärkeäksi toiminnaksi kotihoidossa, koska lähes jokaisella asiakkaalla toteutettiin lääkehoitoa, lääkehoito oli jokapäiväistä ja osa kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkehoidolla ajateltiin olevan edullisia vaikutuksia asiakkaaseen, ja se saattoi olla ensimmäinen ja tärkein peruste uusiin asiakassuhteisiin. Lääkehoitoon liittyviksi ei-toivotuiksi asioiksi mainittiin liian suuret lääkemäärät ja se, että hoito voi keskittyä liikaa lääkehoitoon. Työyksikön toiminnassa lääkehoidon esitettiin vaativan aikaa, tietoa, ammattitaitoa, vastuullisuutta, huolellisuutta ja yhteistyötaitoja. Työyksiköissä työnjako arvioitiin hyvin suunnitelluksi, ja omahoitajajärjestelmässä omahoitajan vastaavan pitkälti omien asiakkaitensa lääkehoidosta. Työntekijät kuvailivat lääkehoidon merkitystä työyksikön toiminnassa esimerkiksi seuraavasti:

”Lääkehoidon järjestäminen ja siitä huolehtiminen on usein ensimmäinen ja tärkein syy uusiin asiakassuhteisiin. Toisaalta se on myös ”aasinsilta” päästä asiakkaan luo ja ensimmäinen tukemisen muoto.” (LH)

”Tässä sairauskeskeisessä yhteiskunnassa lääkkeet näyttävät mitä suurinta osaa. Vanhusvoittoinen väestö on lääkkeillä kyllästetty. Kotisairaahoito / avosairaahoito on lääkkeillä pelaamista.” (TH)

”Lääkehoito on merkityksellistä sen vuoksi, että juuri muuta hoitoa ei ehditä antaakaan perushoidon lisäksi. Lääkärit määräävät mielestäni melko paljon eri lääkkeitä eikä niiden haittavaikutuksia juurikaan pohdita, tai yhteisvaikutuksia ym.” (KH)

Avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin näkemystä omasta osuudesta kotihoitoasiakkaiden lääkehoidossa, vastasi 88 % sairaan- ja terveydenhoitajista, 64 % perus- ja lähihoitajista sekä 53 % kodinhoitajista ja kotiavustajista. Yli puolet kaikista ammattiryhmistä vastanneista toi esille osuutensa tärkeyden lääkehoidossa. Lääkehoitoa kuvattiin kokonaisvaltaiseksi huolehtimiseksi, lääkkeiden hankkimisesta aina asiakkaan suuhun antoon asti. Omista tehtävistään useimmin vastaajat toivat esille reseptien uusimisen (25 mainintaa), lääkehoidon seuraamisen (22 mainintaa), lääkkeiden antamisen (20 mainintaa) ja lääkkeiden jakamisen (16 mainintaa). Seuraavaksi eniten tehtävistä mainittiin lääkkeiden hakeminen esimerkiksi apteekista, ohjaus ja neuvonta, tiedottaminen, kirjaaminen, arviointi, lääkelistoista huolehtiminen ja huolehtiminen siitä, että asiakas ottaa lääkkeensä. Sairaan- ja terveydenhoitajat sekä perus- ja lähihoitajat toivat useimmin esille tehtävistä lääkereseptien uusimisen sekä kodinhoitajat ja kotiavustajat lääkkeiden antamisen ja vaikutusten seuraamisen. Muina tehtävinä tuotiin esiin yhteistyön tekeminen lääkärin kanssa (14 mainintaa.) Sairaan- ja terveydenhoitajat mainitsivat myös työskentelyn muun henkilöstön tukena (5 mainintaa), kuten luvan anto lääkkeiden käsittelyyn, lääkehoidon organisointi ja muun henkilöstön ohjaus. Muista ammattiryhmistä poiketen perus- ja lähihoitajat (n=16) korostivat lääkehoidon vastuullisuutta. Yksittäisissä vastauksissa tuli esille myös voimavaroja osallistua nykyistä enemmän lääkehoitoon sekä se, että omahoitajajärjestelmän soveltaminen oli muuttanut lääkehoitoon liittyvien tehtävien jakautumista kotihoidon henkilöstön kesken. Seuraavassa on esimerkkejä työntekijöiden kuvailuista omasta osuudestaan lääkehoidossa:

”Kokonaisvaltaista huolehtimista ”omista” asiakkaista. Mielekästä. Vastuullista.” (LH)

”Hoidan omien asiakkaitten lääkehuollon, toisilla kokonaan ja toisilta asiakkaan ja omaisen kanssa yhdessä.” (KH)

”Resursseja olisi enemmänkin antaa käyttöön.” (LH)

”Yrittäkää vaan ottaa nämä lääkkeet kun lääkäri on teille määrännyt.” (KH)

6.2.3 Henkilöstön osallistuminen lääkehoitoon liittyvään koulutukseen

Kotihoidon henkilöstön osallistuminen lääkehoitoon liittyvään täydennyskoulutukseen oli vähäistä. Edellisen vuoden aikana oli kolmannes osallistunut kerran ja neljännes vähintään kaksi kertaa työpaikalla järjestettyyn lääkehoidon koulutukseen. Kaksi viidesosaa työntekijöistä ei ollut saanut kertaakaan lääkehoidon koulutusta työpaikalla edellisen vuoden aikana. Työpaikan ulkopuolisessa koulutuksessa oli 12 % työntekijöistä ollut kerran ja vähintään kaksi kertaa oli ollut kymmenesosa. Vastanneista neljä viidesosaa ei ollut osallistunut lääkehoidon koulutukseen työpaikan ulkopuolella edellisen vuoden aikana. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Osallistuminen lääkehoitoon liittyvään koulutukseen ammattiryhmän mukaan

Koulutuspaikka	Koulutus				χ^2	p
	SH/TH %	PH/LH %	KH/KA %	Yhteensä n		
Työpaikalla järjestetty koulutus	(n=23)	(n=78)	(n=44)	(n=145)		
Ei kertaakaan	44	40	39	58	40 2,48	0,648
Yhden kerran	39	38	29	52	36	
Kaksi kertaa tai useammin	17	22	32	35	24	
Työpaikan ulkopuolella järjestetty koulutus	(n=19)	(n=53)	(n=29)	(n=101)		
Ei kertaakaan	79	76	86	79	79 1,96	0,743
Yhden kerran	16	13	7	12	12	nv
Kaksi kertaa tai useammin	5	11	7	9	9	

df=4

Maaseutukuntien työntekijöistä useammat olivat osallistuneet vähintään kaksi kertaa työpaikalla järjestettyyn koulutukseen kuin kaupunkien työntekijöistä (χ^2 -testi=9,70 (2), $p=0,008$).

Avoimeen kysymykseen, joka liittyi lääkehoidon koulutustilaisuuksien aiheisiin, vastasi runsas puolet (n=92). Useimmin (34 mainintaa) oli osallistuttu kipulääkkeitä ja kivunhoitoa koskeviin koulutustilaisuuksiin. Toiseksi useimmin (29 mainintaa) oli osallistuttu koulutustilaisuuksiin, joissa oli käsitelty yleisesti lääkehoitoon liittyviä asioita, kuten lääkkeiden farmakologiaa, yhteis- ja sivuvaikutuksia ja lääkkeiden käsittelyä. Edellistä puolta vähemmän (15 mainintaa) oli osallistuttu diabeteksen ja sen lääkehoitoa sekä (14 mainintaa) lääkkeiden käytön vähentämistä koskeviin koulutuksiin. Muita koulutuksissa käsiteltyjä asioita olivat lääkkeiden vaihtaminen edullisimpaan lääkkeeseen,

ihon hoitoon paikallisesti käytettävät lääkkeet, injektion anto sekä tiettyihin sairauksiin käytettävät lääkkeet. Koulutuksessa käsitellyt asiat olivat pääosin samoja kaikilla ammattiryhmillä.

6.3 Lääkkeiden käsittely kotihoidossa

6.3.1 Lääkemääräyksiin liittyvät tehtävät

Lääkemääräyksiin liittyvistä tehtävistä teki kotihoidon henkilöstö useimmin, kolmasosa, ohjeen mukaisen muutoksen lääkelistaan vähintään viikoittain. Vajaa neljäsosa teki lääkelistan, ja alle viidesosa teki lääkelaskentaa viikoittain tai päivittäin. Lääkityksen muutti hoitajan, asiakkaan tai omaisen aloitteesta harva työntekijä. Kaikkia lääkemääräyksiin liittyviä tehtäviä tekivät useimmin sairaan- ja terveydenhoitajat. Lääkelistan tekemistä, muutoksia lääkelistaan ja lääkelaskentaa tekivät kodinhoitajat ja kotiavustajat harvemmin kuin perus- ja lähihoitajat. (Taulukko 9.) Kuusi vastaajaa mainitsi lääkärin kanssa keskustelun lääkehoidosta.

TAULUKKO 9. Lääkemääräyksiin liittyvät tehtävät ammattiryhmien mukaan

Lääkemääräyksiin liittyvät tehtävät	Koulutus				Yhteensä n	χ^2	p
	SH/TH (n=24) %	PH/LH (n=79-82) %	KH/KA (n=40-42) %	(n=145-159) %			
Lääkelistan tekeminen							
Vuosittain tai ei koskaan	12	47	66	70	47	42,24 < 0,001 ***	
Kuukausittain	17	34	29	44	30		
Viikoittain tai päivittäin	71	19	5	34	23		
Ohjeen mukainen muutos lääkelistaan							
Vuosittain tai ei koskaan	8	29	52	49	33	41,58 < 0,001 ***	
Kuukausittain	8	44	34	53	35		
Viikoittain tai päivittäin	84	27	14	48	32		
Lääkelaskenta							
Vuosittain tai ei koskaan	33	64	90	96	66	21,88 < 0,001 ***	
Kuukausittain	34	17	5	24	17		
Viikoittain tai päivittäin	33	19	5	25	17		
Lääkityksen muuttaminen hoitajan aloitteesta							
Vuosittain tai ei koskaan	29	82	81	106	73	35,97 < 0,001 ***	
Kuukausittain	42	14	19	29	20		
Viikoittain tai päivittäin	29	4	-	10	7		
Lääkityksen muuttaminen asiakkaan tai omaisen aloitteesta							
Vuosittain tai ei koskaan	58	91	95	126	87	21,58 < 0,001 ***	
Kuukausittain	34	8	5	16	11		
Viikoittain tai päivittäin	8	1	-	3	2		

df=4

Kodinhoidossa 5 - 10 vuotta työskennelleistä muita suurempi osa muutti lääkitystä hoitajan aloitteesta (χ^2 -testi=9,52 (4), $p=0,049$). Samoin työntekijät, joilla oli edellisessä työvuorossa ollut vähintään 10 asiakasta, muuttivat hoitajan aloitteesta muita useammin lääkitystä. Kunnissa kotihoidontyöntekijät tekivät useammin viikoittain tai päivittäin lääkelistoja (χ^2 -testi=11,16 (2), $p=0,004$) tai muutoksia niihin (χ^2 -testi=13,62 (2), $p=0,001$) sekä muuttivat lääkitystä hoitajan aloitteesta (χ^2 -testi=8,11 (2), $p=0,017$) kuin kaupungeissa.

Avoimen kysymyksen pyyntöön kuvailla edellisen työvuoron lääkemääräyksiin liittyneitä tehtäviä vastasi runsas puolet ($n=86$). Kuvauksista 44 kuitenkin koski muita kuin lääkemääräyksiin liittyviä tehtäviä. Kolme neljäsosaa lääkemääräyksiä koskevistä tehtävistä oli joko lääkelistan tekemistä tai sen muuttamista. Kuusi työntekijää mainitsi neuvotelleensa tai konsultoineensa lääkärin kanssa lääkemääräyksistä. Muutamat mainitsivat lääkemääräyksiin liittyvistä tehtävistä lääkeannosten laskemisen, lääkemääräysten muuttamisen työntekijän aloitteesta tai asiakkaan toivomuksesta.

6.3.2 Lääkkeidenantotavat

Lähes koko kotihoidon henkilöstö antoi päivittäin tai viikoittain lääkkeitä asiakkaille suun kautta. Kolme neljäsosaa hoitajista antoi päivittäin tai viikoittain lääkkeitä iholle tai ihon kautta sekä silmätippoina tai -voiteina. Yli puolet vastaajista antoi päivittäin tai viikoittain lääkettä injektiona ihon alle. Kolmannes hoitajista antoi viikoittain tai päivittäin lääkettä inhalaationa tai korvaan ja vajaa viidennes antoi lääkettä emättimeen, nenään taikka injektiona lihakseen. Harvimmin annettiin lääkettä peräsuoleen. Perus- ja lähihoitajista sekä kodinhoitajista ja kotiavustajista suurempi osa kuin sairaan- ja terveydenhoitajista antoi asiakkaille päivittäin tai viikoittain lääkkeitä suun kautta, iholle tai ihon kautta, inhalaationa, emättimeen, silmätippoina ja -voiteina sekä korvaan. Lähes kaikille perus-, lähi- ja kodinhoitajille sekä kotiavustajille lääkkeiden anto suun kautta oli päivittäistä tai viikoittaista työtä. Kolme neljäsosalle perus- ja lähihoitajista viikoittaista tai päivittäistä oli lääkkeiden anto iholle tai ihon kautta ja silmätippoina tai -voiteina, ja yli puolelle heistä oli päivittäistä tai viikoittaista injektion anto ihonalaiseen kudokseen. Kolmannes tai runsas kolmannes heistä antoi lääkkeitä inhalaatioina tai korvaan. Perus- ja lähihoitajista viidennes oli antanut injektioita lihakseen kuukausittain. Useimmin lääkettä injektiona sekä lihakseen että ihonalaiseen kudokseen antoivat sairaan- ja terveydenhoitajat. Noin puolet sairaan- ja terveydenhoitajista antoi iholle tai sen kautta käytettäviä lääkkeitä sekä silmälääkkeitä päivittäin tai viikoittain. (Taulukko 10.)

TAULUKKO 10. Lääkkeidenantotavat ammattiryhmän mukaan

Antotapa	Ammattiryhmä					χ^2	p
	SH/TH	PH/LH	KH/KA	(n=148-155)			
	(n=22-24) %	(n=80-85) %	(n=41-47) %	n	%		
Suun kautta							
Vuosittain tai ei koskaan	22	1	2	7	4	25,51	< 0,001
Kuukausittain	13	2	2	6	4		***
Viikoittain tai päivittäin	65	97	96	141	92		nv
Peräsuoleen							
Vuosittain tai ei koskaan	78	71	71	109	72	1,48	0,830
Kuukausittain	18	16	16	24	16		nv
Viikoittain tai päivittäin	4	13	13	18	12		
Ruiskeena ihon alle (s.c.)							
Vuosittain tai ei koskaan	8	30	43	46	30	9,63	0,047
Kuukausittain	13	15	9	19	13		*
Viikoittain tai päivittäin	79	55	48	86	57		
Ruiskeena lihakseen (i.m.)							
Vuosittain tai ei koskaan	8	74	98	103	70	82,74	< 0,001
Kuukausittain	21	20	-	22	15		***
Viikoittain tai päivittäin	71	6	2	23	15		nv
Iholle tai ihon kautta							
Vuosittain tai ei koskaan	31	8	18	22	14	8,97	0,062
Kuukausittain	17	13	11	20	13		nv
Viikoittain tai päivittäin	52	79	71	111	73		
Inhalaationa							
Vuosittain tai ei koskaan	65	39	57	72	48	10,19	0,037
Kuukausittain	22	20	9	26	17		*
Viikoittain tai päivittäin	13	41	34	52	35		
Anto emättimeen							
Vuosittain tai ei koskaan	100	66	74	110	74	10,19	0,037
Kuukausittain	-	11	9	13	9		* nv
Viikoittain tai päivittäin	-	23	17	26	17		
Silmätippuna tai -voiteena							
Vuosittain tai ei koskaan	22	5	13	15	10	14,42	0,006
Kuukausittain	30	13	8	22	14		**
Viikoittain tai päivittäin	48	82	79	118	76		nv
Anto korvaan							
Vuosittain tai ei koskaan	52	46	47	71	48	6,22	0,183
Kuukausittain	35	21	15	32	21		
Viikoittain tai päivittäin	13	33	38	47	31		
Anto nenään							
Vuosittain tai ei koskaan	68	69	70	102	69	3,71	0,447
Kuukausittain	18	17	7	21	14		nv
Viikoittain tai päivittäin	14	14	23	25	17		

df=4

Lihakseen injektioita antoivat 5 - 12 vuotta työkokemusta saaneet useammin kuin ne, joilla oli lyhempi tai pidempi työkokemus (χ^2 -testi=14,43 (4), $p=0,006$). Yli 10 vuotta työkokemusta saaneet antoivat muita useammin lääkettä inhalaationa (χ^2 -testi= 11,14 (4), $p=0,025$). Kunnissa työskentelevät antoivat useimmin ruiskeita ihon alle (χ^2 -testi=23,67 (2), $p<0,001$).

Vastaukset (n=136) avoimeen kysymykseen edellisen työvuoron aikana käytetyistä lääkkeidenantotavoista kuvasivat monipuolista lääkkeiden antamista. Kaikkia edellä mainittuja lääkkeidenantotapoja oli ollut käytössä. Vastanneista 93 % oli antanut lääkkeitä suun kautta joko huolehtimalla, että asiakas ottaa lääkkeet, laittamalla ne tarjolle, jauhamalla niitä tai antamalla ne ruoan mukana asiakkaan suuhun. Runsas kolmannes oli antanut lääkkeitä iholle tai ihon kautta, ja noin kolmannes laittanut lääkettä silmiin tai antanut ruiskeena ihonalaiseen kudokseen. Muita antotapoja oli käytetty vähemmän. Lähi- ja perushoitajien ryhmässä oli käytetty kaikkia lääkkeenantotapoja. Kotihoitajat ja kotiavustajat olivat käyttäneet kaikkia muita paitsi injektion antoa lihakseen. Molemmissa edellisissä ryhmässä oli noin kolmannes hoitajista antanut lääkettä silmiin ja neljäsosa oli antanut lääkettä injektiona ihonalaiseen kudokseen. Suurin ero ammattiryhmien välillä oli iholle tai ihon kautta käytettävissä lääkkeissä, joita perus- ja lähihoitajista oli antanut asiakkaalle noin puolet ja kodinhoitajista ja kotiavustajista vajaa neljännes. Sairaan- ja terveydenhoitajat eivät olleet antaneet lääkkeitä emättimeen, korvaan eivätkä inhalaatioina.

6.3.3 Lääkkeiden hankinta ja säilyttäminen

Lääkkeiden hankkimiseen ja säilyttämiseen liittyvistä tehtävistä useimmin, vajaa kolme neljäsosaa työntekijöistä haki lääkkeitä asiakkaalle viikoittain tai useammin. Kaksi kolmasosaa työntekijöistä uusi reseptejä ja tarkasti lääkkeiden säilyttämistä sekä viidennes hävitti tarpeettomia lääkkeitä kotoa päivittäin tai viikoittain. Lähes puolet varmisti lääkehoidon taloudellisuuden viikoittain tai useammin. Muita työntekijöitä useammin sairaan- ja terveydenhoitajat huolehtivat reseptien uusimisesta ja hävittivät tarpeettomia lääkkeitä. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Lääkkeiden hankinta ja säilyttäminen ammattiryhmän mukaan

Lääkkeiden hankinta ja säilyttäminen	Ammattiryhmä			Yhteensä		χ^2	p
	SH/TH	PH/LH	KH/KA	(n=148-159)			
	(n=24) %	(n=78-87) %	(n=46-49) %	n	%		
Reseptin uusiminen							
Vuosittain tai ei koskaan	4	8	37	26	16	29,90	< 0,001
Kuukausittain	4	28	15	32	20		***
Viikoittain tai päivittäin	92	64	48	100	64		nv
Lääkkeen hakeminen							
Vuosittain tai ei koskaan	4	-	13	7	4	13,61	0,009
Kuukausittain	13	26	25	38	24		**
Viikoittain tai päivittäin	83	74	62	114	72		nv
Taloudellisuuden varmistaminen							
Vuosittain tai ei koskaan	8	24	50	44	30	23,76	< 0,001
Kuukausittain	13	30	26	38	26		***
Viikoittain tai päivittäin	79	46	24	66	44		
Lääkkeiden säilyttämisen tarkastaminen							
Vuosittain tai ei koskaan	21	10	12	20	13	3,85	0,427
Kuukausittain	12	27	19	35	22		
Viikoittain tai päivittäin	67	63	69	103	65		
Tarpeettomien lääkkeiden hävittäminen							
Vuosittain tai ei koskaan	21	51	57	77	48	11,86	0,018
Kuukausittain	42	28	33	50	32		*
Viikoittain tai päivittäin	37	21	10	32	20		

df=4

Kunnissa työskentelevät uusivat useammin asiakkaiden reseptejä päivittäin tai viikoittain kuin kaupungeissa työskentelevät (χ^2 -testi=19,42 (2), p=0,001).

Runas puolet vastaajista (n=83) vastasi avokysymykseen, jossa pyydettiin kuvailemaan edellisen työvuoroon liittyneitä lääkkeiden hankkimiseen ja säilyttämiseen liittyneitä tehtäviä. Heistä vajaa puolet oli hakenut lääkkeitä apteekista ja huolehtinut reseptien uusimisesta. Lääkkeiden hankkimiseen ja säilyttämiseen liittyvistä asioista vastauksissa nousivat esille lääkkeiden säilyttäminen kotihoidon toimipisteessä ja lääkkeiden kuljettaminen toimipisteen ja asiakkaan kodin välillä. Säilytyksestä mainittiin useimmin lämpötilasta huolehtiminen ja lääkkeiden säilyttäminen lukkojen takana. Muutamat olivat huolehtineet vanhentuneista lääkkeistä. Maininnat lääkkehoidon taloudellisuudesta koskivat apteekin osuutta ”automaattisesti”

vaihtaa lääkkeet edullisempaan vaihtoehtoon asiakkaan luvalla. Seuraavassa esimerkkejä lääkkeiden hankinnasta ja taloudellisuudesta huolehtimisesta:

”Ensin neuvottelen lääkärin kanssa tarvitseeko asiakas vielä tätä lääkettä. Uusin reseptin ennen apteekkiin viemistä. Apteekkiin viemistä, mitä kukin asiakas reseptiltä haluaa eli 1. tai 2. vaihtoehdon. Apteekista tuodut lääkkeet laitan oikeaan säilytykseen (tarvittaessa jääkaappiin). Muut asiakkaan omaan koriin, mikä on lukollisen oven takana.”(LH)

” Mutta apteekista minun pitää varmistaa, että halutaan 3 kk:n satsi lääkkeitä muutoin antavat vähemmän, joka tulee kalliimmaksi, jos kyseessä on säännöllinen lääkitys.” (TH)

6.4 Lääkehoitoon liittyvä toiminta kotihoidossa

6.4.1. Lääkehoidon suunnittelu

Useimmat, noin kolme neljäsosaa henkilöstöstä, ennakoivat usein lääkehoidon suunnittelussa lääkehoidon vaikutusta asiakkaan päivittäiseen elämään. Runsas puolet henkilöstöstä suunnitteli usein lääkehoitoa yhdessä asiakkaan kanssa. Yli kolmasosa vastaajista kysyi usein asiakkaan oman halun lääkehoitoon ja asetti kirjalliset tavoitteet lääkehoidolle. Neljännes kotihoidon henkilöstöstä suunnitteli usein lääkehoitoa omaisen kanssa. Useimmin lääkehoitoa suunnittelivat sairaan- ja terveydenhoitajat Heistä lähes kaikki ennakoivat usein lääkehoidon vaikutuksia päivittäiseen elämään, neljä viidesosaa suunnitteli usein lääkehoitoa asiakkaan kanssa ja vajaa kolme neljäsosaa kysyi usein asiakkaan halua osallistua lääkehoitoonsa. Yli puolet sairaan- ja terveydenhoitajista kirjasi lääkehoidolle tavoitteita ja suunnittelivat muita useammin hoitoa omaisen kanssa. Perus- ja lähihoitajat suunnittelivat hieman kodinhoitajia ja kotiavustajia enemmän lääkehoitoa. Perus- ja lähihoitajista kaksi viidesosaa ja kodinhoitajista ja kotiavustajista yksi viidesosa kysyi usein asiakkaan omaa halua osallistua lääkehoitoon. (Taulukko 12.) Vastaajista (n=18) kysymykseen: ’Miten muuten?’ yhdeksän mainitsi suunnitelleensa lääkehoitoa lääkärin kanssa, ja muutama mainitsi suunnitelleensa lääkehoitoa joko työryhmän, sairaanhoitajan, omahoitajan tai omaishoitajan kanssa.

TAULUKKO 12. Lääkehoidon suunnittelu ammattiryhmän mukaan

Lääkehoidon suunnittelu	Ammattiryhmä			Yhteensä (n=149-150) n	χ^2	p
	SH/TH (n=24)	PH/LH (n=80-83) %	KH/KA (n=43-47) %			
Asiakkaan oman halun kysyminen lääkehoitoon						
Harvoin tai ei koskaan	29	60	79	94	61	16,45 < 0,001
Usein	71	40	21	60	39	***
Kirjatut tavoitteet lääkehoidossa						
Harvoin tai ei koskaan	46	70	72	99	66	5,53 0,063
Usein	54	30	28	50	34	
Lääkehoidon vaikutusten ennakointi päivittäiseen elämään						
Harvoin tai ei koskaan	8	33	35	44	29	6,15 0,046
Usein	92	67	65	106	71	*
Lääkehoidon suunnittelu asiakkaan kanssa						
Harvoin tai ei koskaan	17	46	53	65	43	8,96 0,011
Usein	83	54	47	85	57	*
Lääkehoidon suunnittelu omaisen kanssa						
Harvoin tai ei koskaan	42	77	86	110	74	16,55 < 0,001
Usein	58	23	14	39	26	***

df=2

Avoimen kysymyksen pyyntöön kuvailla edellisen työvuoron lääkehoidon suunnittelua vastasi (n=66) 71 % sairaan- ja terveydenhoitajista, 40 % perus- ja lähihoitajista sekä 29 % kodinhoitajista ja kotiavustajista. Kuvailuissa korostui lääkehoidon sisältö eli mitä oli suunniteltu. Suunnittelun sisältö koski yhtäältä lääkehoitoa asiakkaan ja toisaalta kotihoidon näkökulmasta. Asiakkaan näkökulmaa suunnittelussa oli pohdinta lääkkeen tarpeellisuudesta sekä mikä olisi asiakkaan kannalta sopivin lääkeannos, antoajankohta ja tapa ottaa lääkkeitä. Kotihoidon toimintaan liittyvää suunnittelua oli lääkkeiden saatavuuden ja lääkehoidon jatkuvuudesta varmistuminen sekä henkilökunnan osaamisen varmistaminen. Omaisen kanssa suunniteltiin (8 mainintaa) lääkehoidon työnjakoon ja lääkehoidon vaikutusten seurantaan liittyvää yhteistyötä. Myös lääkärin kanssa konsultoitiiin asiakkaan lääkehoidosta. Lääkehoidon suunnitteluun (15 mainintaa) ei ollut aina tarvetta päivittäin. Oma suunnittelua työntekijät kuvasivat seuraavasti:

”Milloin rokote pistetään - yhdessä omaisen ja asiakkaan kanssa. Marevanin ottaminen - yhdessä omaisen ja asiakkaan kanssa. Kipulääkkeen tehoaminen yhdessä asiakkaan kanssa.” (SH)

”Hoidin työjärjestyksen niin, että asiakkaat saivat lääkkeensä oikeina aikoina” (KH)

”K.o päivän lääkehoitoon liittyvät tehtävät sujuivat ”entisen kaavan mukaan” rutiinilla, joka kuului siihen päivään.” (LH)

6.4.2 Lääkehoidon arviointi

Useimmin, yli kaksi kolmasosaa henkilöstöstä, arvioi kirjallisesti lääkehoidon vaikutuksia asiakkaan päivittäiseen elämään. Saira- ja terveydenhoitajat arvioivat muita useammin kirjallisesti lääkehoidon vaikutuksia, asiakkaan tyytyväisyyttä ja kykyä osallistua lääkehoitoon. Saira- ja terveydenhoitajat arvioivat merkittävästi muita useammin lääkehoitoa yhdessä asiakkaan kanssa. Alle viidennes työntekijöistä arvioi lääkehoitoa usein yhdessä omaisen kanssa. (Taulukko 13.) Lääkehoitoa oli arvioinut kohdassa: 'Miten muuten olet arvioinut' kahdeksan työntekijää yhdessä työryhmän kanssa, viisi lääkärin kanssa ja kolme sairaanhoitajan kanssa.

TAULUKKO 13. Lääkehoidon arviointi ammattiryhmän mukaan

Lääkehoidon arviointi	Ammattiryhmä		KH/KA (n=41-46) %	Yhteensä (n=148-152) n	χ^2	p
	SH/TH (n=24) %	PH/LH (n=82-84) %				
Kirjallinen arviointi asiakkaan kyvystä osallistua lääkehoitoon						
Harvoin tai ei koskaan	33	61	60	85	56	6,12
Usein	67	39	40	66	44	0,047*
Kirjallinen arviointi asiakkaan tyytyväisyydestä lääkehoitoonsa						
Harvoin tai ei koskaan	29	55	54	78	51	5,25
Usein	71	45	46	76	49	0,072
Kirjallinen arviointi lääkehoidon vaikutuksista						
Harvoin tai ei koskaan	12	31	37	44	30	4,43
Usein	88	69	63	104	70	0,109
Kirjallinen arviointi lääkehoidon turvallisuudesta						
Harvoin tai ei koskaan	42	52	56	77	51	1,25
Usein	58	48	44	73	49	0,535
Lääkehoidon arviointi yhdessä asiakkaan kanssa						
Harvoin tai ei koskaan	21	52	60	75	50	10,23
Usein	79	48	40	76	50	0,006**
Lääkehoidon arviointi yhdessä omaisen kanssa						
Harvoin tai ei koskaan	71	84	87	126	83	3,04
Usein	29	16	13	26	17	0,219

df=2

Asiakasmäärän lisääntyessä useampi arvioi kirjallisesti asiakkaan kykyä osallistua lääkehoitoon (χ^2 -testi=6,43 (2), p=0,040).

Avoimen kysymyksen vastauksessa kuvaili (n=73) edellisen työvuoron lääkehoidon arviointiaan kolme neljäsosaa sairaan- ja terveydenhoitajista, puolet perus- ja lähihoitajista sekä neljännes

kodinhoitajista ja kotiavustajista. Arvioinnissa korostui lääkehoidon sisällön arviointi eli mitä arvioitiin. Sitä, miten arvioitiin, kenen kanssa tai arvioinnin tulosta, kuvailtiin vähemmän. Eniten (20 mainintaa) arvioitiin lääkehoidon riittävyttä ja vaikutusta asiakkaaseen sekä miten (18 mainintaa) asiakas oli ottanut lääkkeensä. Asiakkaan vointia ja lääkehoidon tarvetta arvioitiin edellisiä puolta vähemmän. Harvimminkin arvioitiin asiakkaan tyytyväisyyttä, hänen osallistumisestaan lääkehoitoon, lääkehoidon sivuvaikutuksia tai lääkehoidon vaikutuksia asiakkaan päivittäiseen elämään. Lääkehoitoa arviointiin havainnoimalla, verenpaineen ja verensokerin mittauksilla ja seuraamalla laboratoriotuloksia. Arviointia tehtiin yhdessä asiakkaan (8 mainintaa), muun henkilöstön (4 mainintaa) ja omaisen kanssa (1 maininta). Muutama (4 mainintaa) totesi lääkehoidon olleen onnistunutta tai ettei ollut arvioinut lääkehoitoa työvuoron aikana. Lääkehoidon arvioinnista annettiin seuraavanlaisia esimerkkejä:

”Miten itse pystyy lääkkeiden oston huolehtimaan päivittäin. Niiden vaikutuksesta sairauksiin (teho).” (SH)

”Lääkityksessä oli sekaannusta. Asiakas oli laittanut dosetista lääkekippeihin lääkkeensä ja nekin vielä sekoittanut. Mietin, miten hän ottaisi vain dosetista suoraan ja saataisiin lääkitys kohdalleen. Insuliinin pistämistä arvioin ja asiakkaan kanssa tultiin siihen tulokseen, että pistäminen on ihan ok.” (LH)

”Ajattelen usein asiakkaan saamia suuria lääkemääriä eikä vähempi riittäisi.” (LH)

6.4.3 Lääkehoidon ohjaus

Useimmin, puolet henkilöstöstä antoi lääkehoidon ohjausta reseptilääkkeiden käytöstä sekä ravitsemuksen ja ruokailun vaikutuksesta lääkehoitoon viikoittain tai päivittäin. Rungas kolmannes työntekijöistä ohjasi itsehoitolääkkeiden käytössä ja vajaa kolmannes lääkehoidon taloudellisuudessa asiakkaita viikoittain tai päivittäin. Asiakasta ohjattiin harvoin rohdosvalmisteiden käytössä tai muuttamaan omatoimisesti lääkitystään. Sairaalan- ja terveydenhoitajat antoivat muita useammin ohjausta reseptilääkkeiden käytössä, lääkityksen muuttamisessa omatoimisesti sekä ohjasivat useammin omaisia, joita kaiken kaikkiaan ohjattiin vähän. Perus- ja lähihoitajat ohjasivat muita harvemmin rohdosvalmisteiden käytössä. (Taulukko 14.)

TAULUKKO 14. Lääkehoidon ohjaus ammattiryhmän mukaan

Lääkehoidon ohjaus	Ammattiryhmä				χ^2	p	
	SH/TH (n=24) %	PH/LH (n=80-83) %	KH/KA (n=41-44) %	Yhteensä (n=145-151) n %			
Ohjaus reseptilääkkeiden käytössä							
Vuosittain tai ei koskaan	4	22	26	30	20	12,36	0,015
Kuukausittain	17	37	24	44	30		*
Viikoittain tai päivittäin	79	41	50	74	50		
Ohjaus itsehoitolääkkeiden käytössä							
Vuosittain tai ei koskaan	13	35	28	44	29	7,08	0,132
Kuukausittain	33	35	30	50	34		
Viikoittain tai päivittäin	54	30	42	55	37		
Ohjaus rohdosvalmisteiden käytössä							
Vuosittain tai ei koskaan	50	74	52	93	64	12,07	0,017
Kuukausittain	37	20	24	35	24		*
Viikoittain tai päivittäin	13	6	24	18	12		
Ohjaus ravitsemuksen ja ruokailun vaikutuksesta lääkehoitoon							
Vuosittain tai ei koskaan	13	25	16	31	20	3,56	0,468
Kuukausittain	33	25	36	45	30		
Viikoittain tai päivittäin	54	50	48	75	50		
Ohjaus lääkehoidon taloudellisuudesta							
Vuosittain tai ei koskaan	33	42	47	62	42	4,23	0,375
Kuukausittain	21	31	30	43	29		
Viikoittain tai päivittäin	46	27	23	43	29		
Ohjaus lääkkeen muuttamisesta omatoimisesti							
Vuosittain tai ei koskaan	29	73	85	101	69	24,76	< 0,001
Kuukausittain	38	17	5	25	17		***
Viikoittain tai päivittäin	33	10	10	20	14		nv
Omaisien ohjaus lääkehoidossa							
Vuosittain tai ei koskaan	42	77	81	105	72	19,78	< 0,001
Kuukausittain	54	15	12	30	21		***
Viikoittain tai päivittäin	4	8	7	10	7		nv

df=4

Avoimessa kysymyksessä, jossa pyydettiin kuvailemaan lääkehoidon ohjausta edellisen työvuoron aikana, kuvailuissa (n=80) nousi esille useimmin ohjaus ravitsemuksen vaikutuksesta lääkehoitoon (24 mainintaa) ja lääkkeen vaikutuksista ja käytöstä (23 mainintaa). Seuraavaksi eniten ohjausta annettiin lääkkeidenottotavoista (15 mainintaa), lääkkeiden säännöllisestä ottamisesta (14 mainintaa) ja lääkkeiden käytön tarpeellisuudesta (13 mainintaa). Ohjausta annettiin yhtä monta kertaa lääkkeiden annostelusta ja ottoajankohdista (7 mainintaa). Ohjausta annettiin edellisiä asioita harvemmin lääkehoidon taloudellisuudesta, lääkkeiden sivuvaikutuksista, ohjeiden noudattamisesta, annosten muuttamisesta ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Muutama vastaaja totesi, ettei ollut ohjannut edellisen työvuoron aikana asiakkaita. Seuraavassa esimerkkejä lääkehoidon ohjauksen sisällöistä ja menetelmistä:

”Ottaa lääkkeet sään.+ nesteen kanssa + tärkeys (tätä toivotan joidenkin kanssa päivittäin) + liikunta + ravinto.” (SH)

”Pöydällä on muistilappu annosmukin alla: ”ota lääkkeet kun syöt iltapalaa. Hyvää yötä!” (KA)

”Melkein kaikki ne asiakkaat, joita hoidin, tarvitsevat hoitajan, joka tuo lääkkeet valmiiksi ja tarkistaa, että he ottavat ne. Kaksi asiakasta on jo oppinut ottamaan itse dosetista ja tarkistin vain, että ovat muistaneet ottaa lääkkeensä.” (PH)

6.4.4 Lääkehoidosta tiedottaminen

Lääkehoidon vaikutuksista muille hoitoon osallistuville tiedotti usein yli neljä viidesosaa kotihoidon henkilöstöstä. Vajaa puolet tiedotti usein asiakkaille tekemistään lääkehoidon kirjauksista tai omaisille lääkehoidon vaikutuksista. Kysymys tietosuojan vaikutuksesta tiedottamiseen oli vastaajista vaikea, koska kysymykseen oli vastannut vain 71 % vastaajista. Tietosuojan koettiin harvoin aiheuttavan sitä, että hoitaja jätti tiedottamatta sellaisesta asiakkaan lääkehoitoon liittyvästä asiasta, josta olisi muuten halunnut tiedottaa. Lähi- ja perushoitajat tiedottivat useimmin lääkehoidon vaikutuksista muille hoitoon osallistuville. (Taulukko 15.) Muuna tiedottamisena mainittiin keskustelu työtovereiden, omaisten sekä lääkärin kanssa.

TAULUKKO 15. Lääkehoidosta tiedottaminen ammattiryhmän mukaan

Tiedottaminen	Ammattiryhmä			Yhteensä (n=113-155)	χ^2	p	
	SH/TH (n=19-24) %	PH/LH (n=61-85) %	KH/KA (n=33-46) %				
Kirjauksista asiakkaalle							
Harvoin tai ei koskaan	58	56	48	79	54	1,03	0,597
Usein	42	44	52	67	46		
Lääkehoidon vaikutuksista muille hoitoon osallistuville							
Harvoin tai ei koskaan	13	5	22	17	11	8,94	0,011
Usein	87	95	78	138	89		*
Lääkehoidon vaikutuksista omaisille							
Harvoin tai ei koskaan	46	53	51	77	51	0,38	0,825
Usein	54	47	49	73	49		
Tiedottamatta jättäminen tietosuojan vuoksi							
Harvoin tai ei koskaan	95	87	97	103	91	3,06	0,216
Usein	5	13	3	10	9		nv

df=2

Kaupungeissa työskentelevät jättivät kunnissa työskenteleviä useammin tiedottamatta tietosuojan vuoksi asiakkaan lääkehoidosta (χ^2 -testi=7,02 (1), $p=0,008$).

Avoimeen kysymykseen edellisen työvuoron tiedottamisesta ($n=72$) vastasi 75 % sairaan- ja terveydenhoitajista, 44 % lähi- ja perushoitajista ja 33 % kodinhoitajista ja kotiavustajista. Useimmin (15 mainintaa) tiedotettiin muutoksista lääkehoidossa ja lääkkeen vaikutuksista asiakkaaseen. Seuraavaksi eniten tiedotettiin asiakkaan toiminnasta lääkkeiden otossa (10 mainintaa). Harvemmin tiedotettiin lääkkeidenottotapaan liittyvistä asioista, ylimääräisistä tai ottamatta jääneistä lääkannoksista, lääkkeiden vaikutuksesta asiakkaan vointiin tai epäselvyyksistä lääkehoidossa. Muutama totesi tiedottaneensa lääkkeet annetuiksi. Lääkehoidosta tiedotettiin pääasiassa työyksikön sisällä (26 mainintaa). Omaiselle tiedotettiin (8 mainintaa) hieman useammin kuin asiakkaalle (5 mainintaa). Harvimminkin tiedotettiin lääkärille tai toiseen hoitoyksikköön. Suullista ja kirjallista tiedottamista oli saman verran. Lääkehoitoasioita kirjattiin asiakkaan kansioon, kotivihkoon tai ”tietokoneelle”. Sähköpostitse tai puhelimitse tiedotettiin kerran. Raportti mainittiin tiedottamisen yhteydessä kuusi kertaa. Tiedottamista kuvattiin seuraavasti:

”Asiakkaalla kansio, johon kirjoitin pääpiirteittäin päivän kulun, raportissa näkyy lääkkeet, hygienia, ruokailu, muutokset ym. Kotihoidossa asiakkaalla reissuvihko, johon kirjoitetaan tietoja omaisille salassapitovelvollisuus muistaen.” (LH)

”Kirjasin kotivihkoon, saanut lääkitykset, suullisesti kerroin työparille, että asiakas vastusteli ja ihmetteli dos. lääkemäärää.” (SH)

6.5 Asiakkaan ja omaisen tai läheisen kanssa toimiminen lääkehoidossa

Useimmat, kolme neljäsosaa henkilöstöstä, etsivät toimiessaan asiakkaan kanssa usein asiakkaan omatoimisuutta lisääviä ratkaisuja lääkehoidossa. Kolme viidesosaa suostutteli asiakasta ottamaan lääkettä ja tuki asiakasta osallistumaan lääkehoitoon hänen voimavarojensa mukaisesti. Puolet työntekijöistä teki sopimuksia usein asiakkaiden kanssa lääkehoidosta ja ilmaisi usein mielipiteensä asiakkaalle hänen lääkehoidostaan. Kolmannes vastaajista puolusti usein asiakkaan omia, lääkehoitoon liittyviä näkemyksiä muille hoitoon osallistuville työntekijöille. Neljännes vastaajista rohkaisi omaisia osallistumaan lääkehoitoon ja vain kymmenesosa rohkaisi asiakkaita

tai omaisia osallistumaan lääkehoitoon työyksikkötasolla. Sairaan- ja terveydenhoitajat tekivät muita useammin sopimuksia asiakkaan kanssa ja kertoivat oman mielipiteensä asiakkaalle hänen lääkeshoidostaan. (Taulukko 16.) Ohessa lomakkeeseen yhteistyötä koskevan kysymyksen kohdalle kirjoitettu lisäys:

”Asiakas ottaa itse ”tarvittaessa” otettavat lääkkeensä, seuraan myös käyttötarvetta jättämällä määrätyn määrän pöydälle. [Asiakas] oli hakenut lääkepussin lääkekaapista, vaikka ei ole lupaa koskea, keskusteltiin ja pussi takaisin säilöön.”
(KA)

TAULUKKO 16. Asiakkaan kanssa toimiminen lääkeshoidossa ammattiryhmän mukaan

Asiakkaan kanssa toimiminen	Ammattiryhmä			Yhteensä		χ^2	p
	SH/TH (n=24) %	PH/LH (n=78-87) %	KH/KA (n=43-49) %	n	%		
Suostuttelu asiakasta ottamaan lääkettä							
Harvoin tai ei koskaan	50	45	31	66	41	3,51	0,173
Usein	50	55	69	94	59		
Asiakkaan omatoimisuutta lisäävien ratkaisujen etsiminen							
Harvoin tai ei koskaan	13	26	29	39	25	2,36	0,307
Usein	87	74	71	120	75		
Asiakkaan tukeminen osallistumaan voimavarojensa mukaan							
Harvoin tai ei koskaan	42	32	47	59	38	3,09	0,213
Usein	58	68	53	97	62		
Sopimusten tekeminen asiakkaan kanssa							
Harvoin tai ei koskaan	25	51	53	72	47	5,81	0,055
Usein	75	49	47	80	53		
Oman mielipiteen kertominen asiakkaalle lääkeshoidosta							
Harvoin tai ei koskaan	29	45	59	70	47	5,76	0,056
Usein	71	55	41	80	53		
Asiakkaan omien, lääkehoitoon liittyvien näkemysten puolustaminen							
Harvoin tai ei koskaan	50	67	74	102	66	4,05	0,132
Usein	50	33	26	52	34		
Rohkaiseminen omaisia osallistumaan lääkehoitoon							
Harvoin tai ei koskaan	62	77	80	114	75	2,76	0,251
Usein	38	23	20	37	25		
Asiakkaiden ja omaisten rohkaiseminen osallistumaan työyksikkötasolla lääkehoitoon							
Harvoin tai ei koskaan	79	88	93	128	88	2,86	0,239
Usein	21	12	7	17	12		

df=2

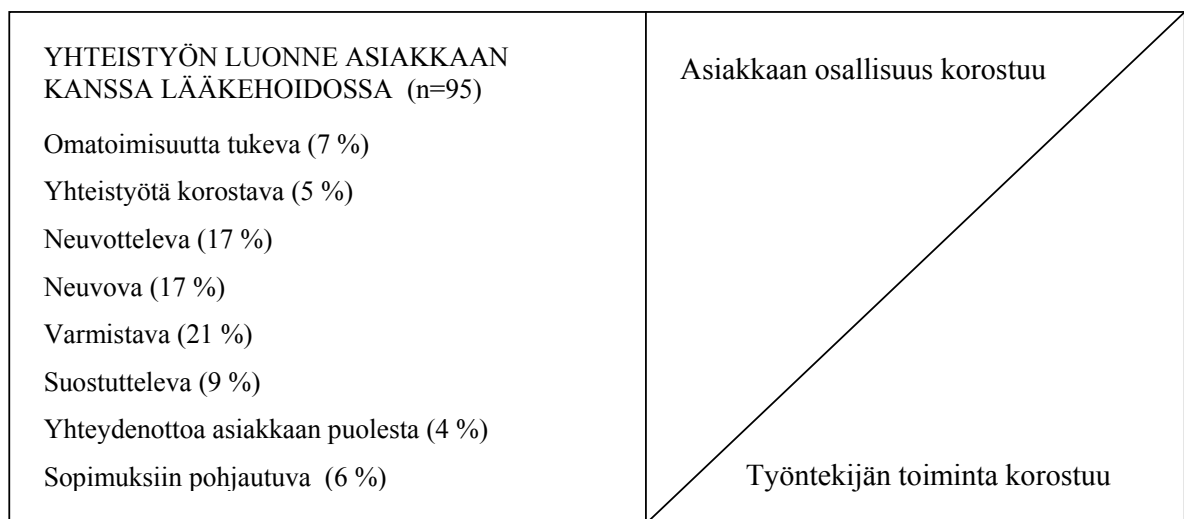
Yhteistyötä asiakkaan kanssa kuvaili avoimen kysymyksen vastauksessa kaksi kolmasosaa sairaan- ja terveydenhoitajista (n=16), vajaa puolet perus- ja lähihoitajista (n=35) sekä kolmasosa

kodinhoitajista ja kotiavustajista (n=13). Kuvaukset (n=64) luokiteltiin sen mukaan, miten ilmaisut (n=95) korostivat asiakkaan omatoimisuutta ja toisaalta työntekijän näkemystä omasta osuudestaan lääkehoidossa. (Kuvio 3.) Sairaan- ja terveydenhoitajilla korostui eniten neuvotteleva (n=8 mainintaa) ja seuraavaksi eniten varmistava (n=6 mainintaa) lähestymistapa lääkehoitoon. Perus- ja lähihoitajilla korostuivat neuvova (n=11 mainintaa), varmistava (n=9 mainintaa), tehtäviä painottava (n=8 mainintaa), suostutteleva (n=7 mainintaa) ja neuvotteleva (n=6 mainintaa) lähestymistapa. Kodinhoitajilla ja kotiavustajilla korostuivat hieman enemmän varmistava (n=5 mainintaa) tai neuvova (n=4 mainintaa) lähestymistapa. Työntekijät kuvasivat seuraavasti yhteistyötään asiakkaan kanssa:

”Jos asiakas itse kykenee laittamaan lääkkeet suuhun niin en tee sitä hänen puolestaan. Seuraan ”taustalta”, että hän saa ne otettua.” (LH)

”Pohdin asiakkaiden kanssa miten voisimme yhdessä tukea lääkehoidon toimivuutta. Annan lääkehoitoon liittyvää ohjausta..” (SH)

”Kerron asiakkaalle mahdollisista sivuvaikutuksista ja rauhoittelen niistä, esim. ummetuksesta ja masennuksesta kärsiviä yritän saada liikkumaan ulkoilemalla heidän kanssaan. Yritän asiakkaan kanssa miettiä parhaan lääkkeen ottoajan.” (KH)



KUVIO 3. Kotihoitoasiakkaan ja työntekijän välisen yhteistyön luonne lääkehoidossa

Avoimen kysymyksen vastauksessa yhteistyötään omaisten kanssa kuvaili kolme neljäosaa sairaan- ja terveydenhoitajista (n=18), runsas puolet perus- ja lähihoitajista (n=50) ja vajaa kolmannes kodinhoitajista ja kotiaivustajista (n=14). Useimmiten omainen kuvailtiin lääkkeiden hankkijaksi apteekista tai työntekijä kuvailtiin aktiiviseksi lääkehoidosta tiedottajaksi omaisille. Lähes yhtä moni totesi yhteistyötä tapahtuvan harvoin omaisten ja läheisten kanssa. Yhteistyötä omaisten kanssa kuvattiin myös yhteiseksi toiminnaksi, sopimukseen pohjautuvaksi toiminnaksi tai keskusteluksi. Harvemmin yhteistyötä kuvattiin omaisten ohjaamiseksi, vastaamiseksi omaisten esittämiin kysymyksiin tai omaisia tukevaksi toiminnaksi. Kuviossa 4. on vastaukset luokiteltu sen mukaan, kuinka keskeiseksi toimijaksi omainen tai läheinen kuvattiin asiakkaan lääkehoidossa ja kuinka aloitteellinen työntekijä oli yhteistyössä. Omaisen osallistuminen ja työntekijän aloitteellisuus tai aloitteellisuuden tarve oli vähäistä silloin, kun yhteistyötä oli vähän tai omaisille kerrottiin lääkehoidosta vasta heidän sitä kysyttyään. Yhteistyö lisääntyi ja omaisten osallistuminen kasvoi, kun omaiset toimivat lääkkeiden hankkijoina ja kun omainen ja työntekijät keskustelivat lääkehoidosta. Työntekijän aloitteellisuus ja omaisen osallistuminen lisääntyivät edelleen, kun omaiselle tiedotettiin työntekijän aloitteesta lääkehoidosta sekä omaisia ohjattiin ja tuettiin lääkehoidossa. Yhteistoimintaa korostavissa kuvauksissa sekä työntekijä että omainen olivat tärkeitä lääkehoidon toteutuksessa. Useimmin sairaan- ja terveydenhoitajat toivat esille yhteistyössä oman aktiivisen tiedottamisen omaisille (n=4 mainintaa), keskustelun (n=3 mainintaa) tai omaiset auttajina ja lääkkeiden hakijoina (n=3 mainintaa), ja perus- ja lähihoitajat kuvasivat omaiset auttajina ja lääkkeiden hankkijoina (n=10 mainintaa) tai totesivat yhteistyön olevan harvinaista (n=10 mainintaa). Kodinhoitajat ja kotiaivustajat toivat esille aktiivisen tiedottamisen omaisille (n=3 mainintaa), omaiset lääkkeiden hankkijoina (n=3 mainintaa) tai totesivat yhteistyön harvinaiseksi (n=3 mainintaa). Omaisten ja läheisten osallistuminen asiakkaan lääkehoitoon oli tärkeää silloin, kun he siihen osallistuivat, mutta monilla asiakkailla omaiset eivät osallistuneet lääkehoitoon. Seuraavassa esimerkkejä omaisen tai asiakkaan osuudesta lääkehoidossa työntekijöiden kuvaamina:

”Riippuu valtavasti omaisista. Toiset eivät halua ollenkaan tietää ja toiset hyvinkin olla tietoisia / taloudellisia.” (PH)

”Omaisten osuus tärkeä asiakkaan motivoimisessa, lääkehoidon onnistumisessa erittäin tärkeä. Joskus este lääkehoidossa, periaatteet esim. luonnonmuk.lääkitys.” (SH)

”Omainen hakee lääkkeet apteekista ilmoitettujen puutteiden mukaan.” (LH)

<p>YHTEISTYÖ OMAISEN TAI LÄHEISEN KANSSA (n=82)</p> <p>Yhteistoimintaa korostavaa (11 %)</p> <p>Aktiivista tiedottamista omaisille (20 %)</p> <p>Omaisista tukevaa (2 %)</p> <p>Omaisista ohjaavaa (5 %)</p> <p>Keskustelevaa (10 %)</p> <p>Omaiset lääkkeiden hankkijoina ja auttajina (20 %)</p> <p>Sopimukseen pohjautuvaa (10 %)</p> <p>Omaisten kysymyksiin vastaavaa (4 %)</p> <p>Yhteistyö harvinaista (18 %)</p>	<p>Yhteistyö korostuu</p> <ul style="list-style-type: none"> - työntekijä aloitteellinen - omaisen tai läheisen osallistuva <p>Yhteistyö vähäistä</p> <ul style="list-style-type: none"> - työntekijä ei aloitteellinen - omaisen tai läheisen osallistuminen vähäistä
---	--

KUVIO 4. Omaisen tai läheisen ja työntekijän välisen yhteistyön luonne kotihoidon lääkehoidossa

7. POHDINTA

7.1 Tutkimusmenetelmien pohdinta

Tutkimuksen kohderyhmää rajattaessa tutkimuksen tekijä pohti, onko mielekästä sisällyttää kodinhoitajat ja kotiavustajat tutkimusjoukkoon, koska oli mahdollista, etteivät heistä kaikki osallistu lääkehoidon toteutukseen eikä kaikilla ole koulutusta lääkehoitoon. Tulosten perusteella lääkehoito on merkittävä osa kotihoitoa riippumatta ammatillisesta koulutuksesta ja lääkehoidon ”jokapäiväisyys” vaikuttaa kaikkien ammattiryhmien työskentelyyn. Lähes kaikki asiakkaat käyttivät lääkkeitä ja siten kaikki ammattiryhmät olivat osallisena asiakkaan lääkehoidossa vähintäänkin varmistamalla lääkkeiden ottamisen ja seuraamalla asiakkaan vointia. Aineisto kerättiin lokakuussa, jolloin kotihoidossa esimerkiksi lomien vaikutus ei korostu. Aikaa vastaamiseen annettiin kaksi viikkoa, joka oli riittävä aika jakaa kyselylomakkeet työyksiköissä ja vastata kyselyyn, mutta toisaalta ei liian pitkä aika, jotta vastaaminen unohtuisi. Tutkimusajankohtana yhdessä kunnassa oli samanaikaisesti menossa muita kyselyitä kotihoidossa. Kohderyhmän rakenne ja ikäjakauma vastasi muita kotihoitoon liittyneitä tutkimuksia (mm. Paljärvi ym. 2003, 87). Mittari oli laaja, koska kysymysten haluttiin muodostavan jonkinlaisen kokonaiskuvan

kotihoidon lääkehoidosta. Deduktiivisesti analysoidut avoimet kysymykset, kuten esimerkiksi lääkkeenantotapoja koskenut kysymys, eivät tuottaneet juurikaan uusia asioita esille, mutta ne vahvistivat strukturoiduilla kysymyksillä saatuja vastauksia. Strukturoidut kysymykset saattoivat ohjata vastaajien ajattelua ja siksi uusia asioita ei tullut esille, tai sitten strukturoiduissa kysymyksissä olivat jo oleelliset asiat esillä. Useat vastaajat toivat esille neuvottelun ja konsultoinnin lääkärin kanssa lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Induktiivisesti analysoiduissa kuvauksissa vastaajat toivat edellisiä vastauksia enemmän esille omakohtaisia asioita.

Tutkimuksessa käytettyä mittaria voidaan kehittää edelleen sisällöllisesti ja rakenteellisesti siten, että siihen olisi helppo ja nopea vastata. Nyt huolellisimmilla vastaajilla sen täyttämiseen meni aikaa lähes kolme tuntia. Kyselylomakkeen käyttö oli tässä tutkimuksessa perusteltua, koska haluttiin saada vertailtavaa tietoa kotihoidon eri ammattitehtävissä toimivien osuudesta lääkehoidossa. Mittarin luotettavuuden varmistamiseksi tulisi mittarin sisäistä johdonmukaisuutta tarkastella tilastollisin menetelmin.

Tulosten analysoinnissa käytettiin ristiintaulukointia ja testauksessa χ^2 -testiä. Kerätty aineisto luokiteltiin uudelleen χ^2 -testiä varten, jolloin esimerkiksi työyksikön käytäntöjä koskeneessa kysymyksessä yhdistettiin luokat 'ei osaa sanoa', 'melko eri mieltä' ja 'täysin eri mieltä', koska muuten luokat olisivat jäänyt liian pieneksi χ^2 -testissä. Aineisto mahdollistaisi tulosten tarkastelun summamuuttujien avulla, jolloin esimerkiksi varianssianalyysin avulla voitaisiin tarkastella lääkehoidon edellytysten, lääkkeiden käsittelyn, lääkehoidon toiminnan ja yhteistyön välisiä yhteyksiä. Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli kuitenkin tuottaa yksityiskohtaista tietoa lääkehoidosta kotihoidon ja koulutuksen kehittämistä varten. (vrt. Erätuuli ym. 1994, 77.) Koska perus- ja lähihoitajienryhmä oli tutkimuksessa muita ammattiryhmiä suurempi, tulosten tarkastelussa kokonaisuutena korostuu heidän näkemyksensä lääkehoidosta. Jotta yhden ammattiryhmän näkemys ei painottuisi liikaa, on tuloksissa raportoitu melko yksityiskohtaisesti ammattiryhmien väliset erot lääkehoidossa. Ammattiryhmien jakautuminen kuvanee kuitenkin kotihoidon todellisuutta ja tulevaisuudessa lähihoitajat ovatkin todennäköisesti kotihoidossa suurin ammattiryhmä. Muista taustamuuttujista raportoitiin vain tilastollisesti merkitsevät erot. Raporttiin on otettu mukaan luotettavuuden lisäämiseksi lainauksia vastauksista avoimiin kysymyksiin

6.2 Tutkimustulosten pohdinta

6.2.1 Henkilöstön edellytykset lääkehoitoon

Lääkehoidossa lupa lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen pohjautui eri ammattiryhmissä eri asioihin. Sairaalan- ja terveydenhoitajat perustelivat koulutuksen antamalla valtuutuksella osallistumistaan lääkehoitoon, ja muissa ammattiryhmissä lääkärin tai esimiehen lupa oli tavallisin käytäntö. Tuloksissa tuli esille samoja asioita kuin aikaisemmissa tutkimuksissa eli tarve suunnitella lääkehoidon koulutusta ammatillisessa peruskoulutuksessa yhdessä kotihoidossa työskentelevien kanssa siten, että koulutuksen antama ”lupa” vastaa työelämän tarpeita. Myös lupakäytäntöjen selkeyttämisen ja yhdenmukaistamisen tarve on noussut esille aikaisemmissakin tutkimuksissa. (Lithovius & Leino-Kilpi 1998; Vaarama 2001, 32; Mattila & Isola 2002, 3886.)

Vaikka lääkehoidolla on merkittävä osuus työyksiköiden toiminnassa, oli osaamisen arviointia tai virheiden säännöllistä seuraamista tulosten perusteella kotihoidossa vähän. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa, joissa työhön liittyviä varsinaisia arviointijärjestelmiä ei kotihoidossa juurikaan ollut eivätkä työntekijät antaneet keskinäistä palautetta toisilleen (myös Rintala & Elovainio 1997, 58; Sinervo ym. 1998, 7; Kettunen 2003, 74). Tässä tutkimuksessa yli puolet vastaajista koki lääkehoitoon liittyvistä vaikeista asioista kuitenkin keskusteltavan avoimesti (myös Pentti 2002, 39, vrt. Wilder 2003, 317). Kaiken kaikkiaan työyksikkönsä lääkehoidon käytäntöihin sairaalan- ja terveydenhoitajat suhtautuivat kriittisemmin kuin muut ammattiryhmät. Tämä voi johtua sairaalan- ja terveydenhoitajien monipuolisemmista tehtävistä ja laajemmasta vastuusta lääkehoidossa (ks. Pulkkinen 2000, 128).

Tulosten perusteella lääkehoidossa työnjako koettiin pääosin sovituksi, mutta kodinhoitajissa ja kotiavustajissa oli jonkin verran enemmän niitä, joiden mielestä työnjako oli epäselvä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu tuloksia, joiden mukaan työskentely kotihoidossa voi olla rutiininomaista, ammattiryhmä- ja toimenpidekeskeistä sekä useat ammattiryhmät antavat asiakkaalle samanlaista apua (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997; Taival 1998a, 123), tosin uudemmissa tutkimuksissa tehtäväkeskeisyys on vähentynyt (Tepponen 2003, 100) ja toisaalta laitostyöhön verrattuna tilanne on kuitenkin melko hyvä (Sinervo ym. 1998, 11). Kansallisessa projektissa terveydenhuollon turvaamiseksi (2001,

15, 17; myös Tepponen 2003, vii) painotetaan työnjaon tarkistamisen välttämättömyyttä ja paikallisista olosuhteista johtuvien käytäntöjen virallistamista sairaanhoitajien ja lähi- tai perushoitajien tehtävissä. Lääkehoidossa tällaista tarkistamista voisi olla lähihoitajakoulutuksen saaneiden työntekijöiden ammattitaidon hyödyntäminen perushoitajien ammattitaidon tapaan sekä sairaan- ja terveydenhoitajien konsultoivan ja ohjaavan työnkuvan kehittäminen. Tulosten perusteella myös kodinhoitajien ja kotiavustajien lääkehoitoon liittyvät vastuut ja tehtävät ovat jossain määrin epäselvät. (vrt. Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997, 67; Lithovius ym. 1998, 1626; Paljärvi ym. 2003, 95). Kodinhoitajien ja kotiavustajien kokemus työnjaon epäselvyyksistä lääkehoidossa saattaa johtua sosiaali- ja terveysalan yhdistymisestä kotihoidoksi ja siten heidän tehtäviensä muuttumisesta. Kotihoidossa työskentelee vielä vuosien ajan ilman hoitotyön ja lääkehoidon peruskoulutusta olevia työntekijöitä, jotka pitkästä työkokemuksesta huolimatta saattavat joutua lääkehoidossa tilanteisiin, joissa tilannetaivoa vaatimukset ovat kohtuuttomia tai avustamisesta lääkehoidossa muodostuu rutiininomaista asiakkaan suostuttelemista lääkkeiden ottamiseen ohjeiden mukaan. (Myös Vaarama ym. 2001, 32.) Mahdollisesta lääkehoidon tehtävien siirtymisestä enenevästi kodinhoitajille ja kotiavustajille voi seurata kotihoidon tehtävien rajautumista siten, että joitakin asiakkaiden aiemmin saamia palveluja jää pois (vrt. Siira 1998, 207; Tedre 2003, 98). Tuloksissa tuli esille myös se, että omahoitajajärjestelmän soveltaminen työnjakoon on muuttanut kotihoidon henkilöstön tehtäviä lääkehoidossa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa lähihoitajat ovat kokeneet työnsä kotihoidossa antoisaksi, mutta haasteelliseksi ja pelkäsivät tekevänsä virheitä (Rintala & Elovainio 1997; Sinervo & Elovainio 1998, 3; Salo 2002, 66). Myös tässä tutkimuksessa saatiin samansuuntaisia asioita esille, sillä perus- ja lähihoitajat korostivat muita ammattiryhmiä enemmän lääkehoidon vastuullisuutta.

Vaikka osaamisen ajantasaisuus lääkehoidon jatkuvan kehittymisen ja monipuolistumisen vuoksi vaatii jatkuvaa koulutusta, oli lääkehoidon täydennyskoulutukseen osallistunut vajaa puolet vastaajista (vrt. Hyttinen 1999, 135). Työntekijät toivoivatkin lisää koulutusta lääkehoidosta. Kotihoidossa työntekijöiden saama lääkehoidon täydennyskoulutus ei eronnut ammattiryhmien tehtävien mukaan ja koulutuksen aihepiiri oli yllättävän suppea. Kotihoidon koulutuksessa on suositeltu (Vaarama ym. 2001, 32) yhdistäväksi yksittäisten

työntekijöiden koulutus, koko työyhteisön koulutus ja muuta kehittämistoimintaa kokonaisuudeksi.

7.2.2 Lääkkeiden käsittely kotihoidossa

Lääkemääräyksiin liittyvät tehtävät olivat ennakoidusti sairaan- ja terveydenhoitajien tehtäviä (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997, 55). Kotihoidon työntekijät uusivat usein asiakkaittensa reseptejä. Kotihoidossa reseptinuusiminen saattaa vaatia erityistä tarkkuutta, koska ikäihmiset voivat käydä sekä julkisen sektorin että yksityissektorin vastaanotoilla ja lääkehoidon kokonaisuus ei ehkä aina tule lääkärin vastaanotolla täysin selväksi. Tällöin säännöllisesti saman asiakkaan kanssa työskentelevä työntekijä voi seurata asiakkaansa todellista lääkkeiden käyttöä ja lääkkeiden vaikutuksia häneen. Esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutusten seurantaan asiakkaat itsekin toivoivat kotihoidolta nykyistä enemmän (Tepposen 2003, 100). Tuloksissa kaikkien ammattiryhmien tehtäviin kuului monipuolisesti erilaisia lääkkeidenantotapoja.

Kaikilla ammattiryhmillä oli merkittävä osuus lääkkeiden hankinnassa. Tulos vaikuttaa johdonmukaiselta, koska useat kotihoitoasiakkaat eivät pysty itse hankkimaan lääkkeitä kuntansa vuoksi ja siksi tehtävä on siirtynyt kotihoidon työntekijöille (mm. Kivelä 2001, 67). Myös omaisten osuus heidän osallistuessaan lääkehoitoon oli useimmiten juuri lääkkeiden hankkimista (myös Lappalainen 2002, 51). Vastausten perusteella lääkkeet ”liikkuvat” paljon, sillä osa lääkehoitoa oli lääkeannosten vieminen kotihoitoyksiköstä asiakkaalle.

Lääkehoidon taloudellisuudesta huolehtiminen ei korostunut vastauksissa, vaan lähinnä tuotiin esille apteekin osuus eikä niinkään kokonaisvaltainen suunnittelu lääkehoidon taloudellisista vaikutuksista asiakkaan elämään. Myös Maattolan ja Salinin (1999, 55) tutkimuksessa lääkehoidon taloudellisuuteen liittyvissä asioissa asiakkaita ohjattiin harvimmin. Tulos voi johtua siitä, että terveysalan koulutuksen käyneet saattavat ajatella rahan liittyvien asioiden kuuluvan sosiaalialan henkilöstölle tai asiakkaat eivät itse niistä keskustele mielellään työntekijöiden kanssa. Esimerkiksi Lappalaisen (2002, 35, 51) tutkimuksessa vanhuksille itselleen taloudellisuus ja säästäväisyys oli tärkeää, mutta he antoivat mieluummin raha-asiansa lastensa hoidettavaksi kuin tutullekaan kodinhoitajalle.

7.2.3 Lääkehoitoon liittyvä toiminta kotihoidossa

Tarve lääkehoidon suunnitteluun ei ollut päivittäistä, mikä voi johtua kotihoitoasiakkaiden pitkäaikaisista hoitosuhteista. Suunnittelua sairaan- ja terveydenhoitajat tekivät useammin kuin muut ammattiryhmät, ja he myös tekivät sitä enemmän asiakkaiden ja omaisten kanssa yhdessä. Tämä voi selittyä heidän osallistumisellaan muita ammattiryhmiä enemmän hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen (Laaksonen-Heikkilä 1997, 68) ja laajemmalla koulutuksella.

Lääkehoidon arvioinnissa ammattiryhmien väliset erot olivat pienemmät kuin suunnittelussa. Arvioinnissa kysyttiin kirjallista arviointia, ja tulokset kertovat myös osin kirjaamisen tasosta. Lääkehoidon vaikutuksia arvioitiin enemmän kuin asiakkaan kykyä osallistua lääkehoitoon tai hänen tyytyväisyyttään lääkehoitoonsa. Jos hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistaminen tapahtuu työyksikössä suunnitelmallisesti ja riittävän usein, voidaan tähän tarkastamiseen liittää osaksi myös lääkehoidon arviointi (vrt. Laaksonen-Heikkilän ym. 1997).

Noin puolet henkilöstöstä antoi lääkehoidossa ohjausta päivittäin tai viikoittain, kun Maattolan ja Salinin (1999, 40) tutkimuksessa hoitotyöntekijät ohjasivat asiakkaita lähes päivittäin. Erityisesti perus- ja lähihoitajien osalta tulos poikkeaa Maattolan ja Salinin tuloksista. Tämä saattaa johtua siitä, että edellä mainittu tutkimus koski nimenomaan hoidon ohjausta, sillä kotihoidon tutkimuksissa on toisaalta todettu asiakkaan ohjauksen ja neuvonnan olevan niukkaa (esim. Taival 1998a, 123; Paljärvi 2003, 93). Useimmin kaikissa ammattiryhmissä ohjattiin asiakkaita ravitsemuksen ja ruokailun vaikutuksista lääkehoitoon. Myös Maattolan ja Salinin tutkimuksessa useimmin hoitotyöntekijät ohjasivat vanhuksia riittävästä nesteen nauttimisesta lääkkeiden oton yhteydessä. Tutkimuksessa esille tulleet ohjauksen sisällöt olivat samansuuntaisia edellä mainitun tutkimuksen kanssa, mutta itsehoitolääkkeiden ja rohdosvalmisteiden käytön ohjaus ei korostunut tässä tutkimuksessa.

Tiedottamisen sisällöt vastasivat Elovainion ym. (1997, 46-47) esittämiä asioita. Välimäen ym. (2001, 159, 155) tutkimuksessa potilaat ja hoitajat katsoivat lääkehoidosta annettavan tietoa asiakkaalle. Tässä tutkimuksessa lääkehoidosta tiedotettiin enemmänkin muille lääkehoitoon osallistuville kuin asiakkaille tai omaisille. Todennäköisesti lääkehoidosta

tiedottaminen asiakkaalle liittyy läheisesti lääkehoidon ohjaukseen ja siten tiedottaminen ja ohjaus ovat vaikeasti toisistaan erotettavissa. Tämän vuoksi asiakkaille tiedottamisesta kysyttiin lähinnä kirjaamiseen liittyvää tiedottamista, jota teki alle puolet vastaajista. Tuloksissa on kuitenkin huomioitava, että aikaisemmissa tutkimuksissa työntekijät olivat arvioineet ohjauksen, neuvonnan ja tiedottamisen paremmaksi kuin asiakkaat ja omaiset (Paljärvi 2003, 93).

7.2.4 Asiakkaan ja omaisen tai läheisen kanssa toimiminen lääkehoidossa

Tuloksissa tuli esille tasapainoilu hoitamisen ja asiakkaan itsenäisyyden kesken. Tuloksissa runsas puolet suostutteli asiakasta ottamaan lääkkeensä. Tarve suostutteluun voi kotihoidossa johtua ehkä kuitenkin enemmän asiakkaiden huonokuntoisuudesta ja muistamattomuudesta kuin asiakkaan tyytymättömyydestä lääkehoitoonsa ja siitä johtuvasta haluttomuudesta ottaa lääkkeitä. Toisaalta suostuttelu saattaa johtua Backmanin (2001) ja Lappalaisen (2002) kuvaamista ikäihmisten erilaisista tavoista huolehtia itsestään ja siitä, että ikäihmiset kokevat mahdollisimman vähäisen lääkkeiden käytön tavoiteltavaksi asiaksi (Lumme-Sandtin 2000, 7). Sosiaali- ja terveydenhuollossa on alettu enenevästi korostaa sitä, että ikäihmiset tulisi nähdä ensisijaisesti tasavertaisina ja omista asioistaan päättävinä aikuisina (mm. Lumme-Sandt 2000, 7, 70; Raatikainen 2002, 17; Päivärinta ja Maaniittu 2002, 32; Ljungqvist & da Silva 2002, 5).

Kotihoidossa asiakkaiden suuri avuntarve saattaa vaikeuttaa asiakkaan omien voimavarojen näkemistä lääkehoidossa. Tuloksissa kuitenkin kolmannes työntekijöistä etsi usein omatoimisuutta lisääviä ratkaisuja lääkehoitoon, ja vastauksista tuli esille työntekijöiden kyky nähdä pieniäkin asioita, joilla tukea asiakkaan omaa osallisuutta hoitoonsa. Kysymys voi olla valppaudesta ja tiedostamisesta havaita asiakkaan ”asiantuntijuus” lääkehoidossa. Tämä vaatii henkilöstöltä tietoja sekä aikaa ja mahdollisuuksia pysähtyä kuuntelemaan asiakkaitensa käsityksiä hoidostaan ja lääkityksestään (myös Lumme-Sandt 2000, 69), sillä kotihoidossa asiakkaat odottavat henkilöstöltä lääkehoidosta huolehtimista (Tepponen 2003, 100; Ljungqvist & da Silva 2002, 5, 10). Tulosten mukaan neljäsosa työntekijöistä koki, ettei heillä ollut riittävästi aikaa lääkehoitoon. Tulos on samansuuntainen kuin Maattolan ja Salinin (1999, 31-32) tutkimuksessa, jossa kolmasosalla hoitotyöntekijöistä oli liian vähän aikaa lääkehoidossa

asiakkaan ohjaukseen. Toisaalta tässä tutkimuksessa ammattiryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa ajan riittävydessä kuten Maattolan ja Salinin (1999, 54) tuloksissa.

Noin puolet työntekijöistä kertoi oman mielipiteensä asiakkaalle hänen lääkehoidostaan, ja tuloksissa tuli esille omatoimisuutta tukevaa, yhteistyötä ja neuvottelevaa toimintaa asiakkaan kanssa. Lääkehoidossa edelliset asiat voivat kuvata asiakkaan ja työntekijän kumppanuutta, jossa kumpikin osapuoli voi avoimesti tuoda esille näkemyksensä lääkehoidosta ja työntekijä tukee asiakkaan kykyä hoitaa itseään sekä asiakkaan osallisuutta lääkehoitoonsa. Osa työntekijöistä kuvasi yhteistyötä asiakkaan kanssa enemmän suostutteluksi, yhteydenotoksi asioista asiakkaan puolesta ja sopimukseen pohjautuvaksi toiminnaksi sekä korosti enemmän lääkehoidon tehtäviä. Edelliset asiat ja se, että osa työntekijöistä ei kertonut omaa mielipidettään lääkehoidosta asiakkaalle, voi kuvata asiakkuutta pinnallisena yhteisenä toimintana, jossa voidaan ajatella, ettei asiakas halukaan tietää syvällisemmin lääkehoidostaan tai työntekijän käsityksiä hoidosta. (Raatikainen 2002, 22-23.)

Tuloksissa tulivat esille aiemmissä tutkimuksissakin esille tulleet omaisten osallistumisen ääripäät eli omaiset olivat joko hyvin vähän tai sitten hyvin aktiivisesti mukana hoidossa (Tedre 1999, 140; Vaarama & Voutilainen 2002, 77). Aikaisemmissa tutkimuksissa omaisten ongelmana on ollut tiedon puute lääkityksestä ja sen sivuvaikutuksista (Vaarama & Voutilainen 2002, 81; vrt. Perälä ym. 1999, 16-17). Tässä tutkimuksessa omaisten ja läheisten ohjaus lääkehoidossa oli vähäistä. Myös lääkehoitoa suunniteltiin ja arviointiin harvoin heidän kanssaan, ja heille tiedotettiin harvoin lääkehoidosta. Kaiken kaikkiaan yhteistyö lääkehoidossa omaisten kanssa oli vähäistä, mikä on ristiriidassa sen kanssa, että Suomessa arvioidaan olevan noin 20 000 omaishoitajaa ja joka kuudes yli 65-vuotias auttaa säännöllisesti pitkäaikaissairasta läheistään (Saarenheimo & Pietilä 2003, 139). Omaisten ja läheisten osuuteen lääkehoidossa ovat yhteydessä monet asiat, kuten asiakkaan oma käsitys omaisen roolista lääkehoidossa, asiakkaan yksityisyydensuoja sekä omaisen halu ja resurssit osallistua lääkehoitoon. Osansa omaisen osallistumiseen on kuitenkin myös työntekijän aloitteellisuudella tarjota yhteistyötä sekä toimia ohjaajana ja konsulttina (Hertzberg ym. 2003, 443). Työntekijä voi ajatella toimintansa lääkehoidossa yksilön kanssa työskentelynä tai laajemmin perhe- tai yhteisökeskeisenä toimintana, jolloin myös omainen voidaan nähdä Twiggin ja Atkinsin (1994) luokittelun pohjalta asiakkaana, työtoverina tai läheisensä asiantuntijana (Tedre 1999, 141; Walker 2001, 28; vrt. Porre

2001, 58; Raatikainen 2002, 17). Tuloksissa tuli yhtäältä esille työntekijän yhteistyötä omaisen tai läheisen kanssa korostava toiminta, jossa työntekijä oli aloitteellinen ja omainen tai läheinen osallistuva, toisaalta tuloksissa ilmeni toiminta, jossa yhteistyö oli vähäistä, jolloin työntekijä ei ollut aloitteellinen ja omaisen osallistuminen oli vähäistä. Tuloksissa on samansuuntaisuutta Mäkisen (2002, 97) luokittelun kanssa sairaanhoitajien suhteesta olla omaisten kanssa, eli hoitaja voi ottaa omaisen huomioon, toimia rutiininomaisesti, jättää omaisen huomiotta, toimia ristiriitaisesti tai asiallisesti omaisen kanssa.

Vaaraman ja Voutilaisen (2002, 77-81) mukaan omaisten osallistuminen yhteistyöhön edellyttää myös foorumeiden luomista yhteistä keskustelua varten. Tutkimuksen vastaajista alle puolet oli sitä mieltä, että työyksikössä oli sovittu, miten lääkehoitoon osallistuvia omaisia ja muita läheisiä tuetaan, ja vielä harvemman mielestä omaisia tai läheisiä rohkaistaan osallistumaan työyksikötasolla lääkehoitoon. Tutkimuksen tulokset heijastelevat Saarenheimon ja Pietilän (2003, 139) toteamusta omaisista vanhustenhuollon näkymättömänä osapuolena.

7.2.5 Tulosten tarkastelu kuntamuodon, työkokemuksen ja asiakasmäärän mukaan

Tuloksia tarkasteltiin kuntamuodon, työkokemuksen ja asiakasmäärän mukaan. Vaaraman ym. (2002, 91) mukaan Suomessa maaseutukunnissa on kaupunkimaisia kuntia kattavampi kotihoito. Tämän tutkimuksen pohjalta eroja kuntamuotojen mukaan lääkehoidossa oli melko vähän. Kuntien henkilöstöstä useampi katsoi lääkehoitoon olevan riittävästi koulutusta sekä työyksikössä olevan suunniteltua lääkehoidon arvioimista ja virheiden seuranta. Tiedonsaanti koettiin kaupungeissa vaivattomammaksi kuin kunnissa ja kaupungeissa jätettiin useammin tiedottamatta tietosuojan vuoksi asiakkaan lääkehoidosta. Kunnissa tehtiin useammin joitakin lääkkeiden käsittelyyn liittyviä tehtäviä, mutta nämä erot tehtävissä voivat johtua maaseutukuntien pidemmistä välimatkoista palvelujen tarjonnassa. Työkokemuksella ei ollut juurikaan yhteyttä työntekijöiden näkemyksiin lääkehoidosta. Työkokemuksen lisääntyessä koettiin ohjeiden ja säädösten olevan helpommin saatavissa. Tuloksessa ei esimerkiksi näkynyt, että työkokemus olisi vaikuttanut lisääntyneenä ohjauksena ja tiedottamisena kuten Välimäen ym. (2001, 155) tuloksissa, joissa iäkkäämmät ja kokeneemmat hoitajat olettivat potilaiden haluavan enemmän tietoa hoidostaan.

8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN MERKITYS

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyminen kotihoidoksi, kotihoidon työn muuttuminen yhä enemmän kodinhoidosta hoivatyöksi, sen kohdentuminen entistä iäkkäämmille ja huonokuntoisemmille asiakkaille sekä lääkehoidon kehittyminen ja monipuolistuminen vaativat kotihoidon työntekijöiltä hyvää ammattitaitoa ja kykyä tehdä monenlaisia havaintoja asiakkaasta ja hänen lääkehoidostaan. Hyvin toteutettu asiakkaan avustaminen lääkehoidossa tukee hänen kotona selviytymistään. Tämän tutkimuksen keskeiset tulokset kotihoitoasiakkaan lääkehoidosta työntekijän näkökulmasta ovat seuraavat:

1. Lääkehoito liittyi jossain muodossa lähes kaikkien kotihoidossa työskentelevien työntekijöiden tehtäviin, ja se koettiin tärkeäksi osaksi työtä. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat vastasivat laajasti lääkehoitoon liittyvistä tehtävistä. Muulla henkilöstöllä oli merkittävä osuus avustaa asiakasta lääkehoidossa ja varmistaa lääkehoidon toteutuminen.
2. Lääkkeiden käsittelyn ja jakamisen lupakäytäntö kotihoidossa oli kirjava ja osittain epäselväkin. Lääkehoidon virheettömyyttä tai osaamista ei arvioitu säännöllisesti. Lääkehoidon täydennyskoulutus oli satunnaista, ja sitä toivottiin nykyistä enemmän.
3. Lääkemääräyksiin liittyvät tehtävät painottuivat enemmän sairaan- ja terveydenhoitajien työskentelyssä kuin muilla ammattiryhmillä. Kaikki ammattiryhmät käyttivät monipuolisesti erilaisia lääkkeidenantotapoja. Reseptien uusiminen ja lääkkeiden hankinta oli päivittäistä tai viikoittaista työtä kaikilla ammattiryhmillä.
4. Lääkehoidon toiminnoissa, joihin liittyi itsenäistä päätöksentekoa, oli lääkehoidon suunnittelussa sairaan- ja terveydenhoitajien osuus muita ammattiryhmiä suurempi. Lääkehoidon arvioinnissa ammattiryhmien väliset erot olivat pienemmät, ja arvioinnissa korostui enemmän lääkehoidon farmakologinen arviointi kuin asiakkaan näkemysten tai tyytyväisyyden arviointi. Lääkehoidon ohjauksessa korostuivat ohjaus reseptilääkkeiden käytöstä ja ravitsemuksen vaikutuksista lääkehoitoon.

5. Kuvailuissa yhteistyöstä asiakkaan kanssa oli toisena ääripäänä omatoimisuutta tukeva ja yhteistyötä korostava, kumppanuutta lähentyvä toiminta ja toisena ääripäänä sopimukseen pohjautuva ja tehtäviä painottava toiminta. Kotihoidossa työntekijöiden yhteistyö omaisten tai läheisten kanssa lääkeshoidossa oli vähäistä. Työyhteisön tasolla asiakkaita tai omaisia ei juurikaan rohkaistu osallistumaan lääkehoitoon.

Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että tällä hetkellä työntekijät kokevat kotihoitoasiakkaan lääkehoidon monipuoliseksi ja osaamista vaativaksi tehtäväksi. Vaikka kotihoidossa sairaan- ja terveydenhoitajilla on koulutuksensa pohjalta asiakkaan päivittäisessä lääkehoidossa keskeinen rooli, on kaikilla kotihoidon työntekijöillä sellaista tietoa, jota muilla hoitoon osallistuvilla ei ole, eli heillä on mahdollisuus nähdä, miten kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotona todella toteutuu ja tukea siten asiakasta ja omaista lääkehoidossa asiakkaan ympäristöä hyödyntäen.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kotihoidon lääkehoitoa laajasti, ja tavoite saavutettiin hyvin. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, mutta niiden avulla voidaan osaltaan kehittää lääkehoitoa työyhteisöjen tärkeiksi katsomissa asioissa. Tutkimuksen pohjalta voidaan tarkastella kotihoidon lääkehoidossa olevia hyviä käytäntöjä ja mahdollisia puutteita tai päällekkäisyyksiä ja siten kehittää paremmin eri ammattiryhmien osaamista ja yhteistyötä. Näin saadaan osaltaan lääkehoitoon käytetyt hoiva- ja hoitotyön resurssit kohdennettua paremmin asiakkaiden tarpeita vastaaviksi ja syvällisempää tietoa asiakkaiden todellisesta lääkehoidosta ja sen vaikutuksista kotona selviytymiseen. Tulosten pohjalta voidaan esittää seuraavat käytännön suositukset:

1. Kotihoidon lääkehoidossa tulee arvioida säännöllisesti ja suunnitelmallisesti eri ammattiryhmien tehtäviä ja ammattitaitoa sekä päivittää tarvittaessa ammattitaito. Sairaan- ja terveydenhoitajia tulee käyttää muiden ammattiryhmien konsultteina ja ohjaajina muille ammattiryhmille, sekä kaikkien ammattiryhmien osaamista tulee kehittää ja hyödyntää mahdollisimman laajasti.

2. Työyhteisöön tulee luoda yhteiset toimintaohjeet lääkereseptien uusimisesta, lääkkeiden hankkimisesta, säilyttämisestä ja hävittämisestä. Lääkkeiden viemiselle kotihoidon työyksiköstä asiakkaiden kotiin tulee etsiä vaihtoehtoja kehittämällä koteihin välineistöä,

joka mahdollistaa turvallisen lääkkeiden säilyttämisen myös muistamattoman tai mahdollisesti lääkkeitä väärin käyttävän asiakkaan kotona.

3. Kotihoidossa tulee varmistaa toimintakulttuuri, jossa lääkehoidon vaikeuksista ja virheistä voidaan keskustella pelkäämättä rangaistuksia tai leimautumista ammattitaidottomaksi. Lääkehoitoon liittyvän suunnittelun, toteutuksen, arvioinnin ja tiedottamisen hyvät käytännöt ja toisaalta puutteet sekä lääkehoidon virheet tulee analysoida säännöllisesti ja suunnitellusti sekä analyysien pohjalta kehittää lääkehoidon toimivuutta ja turvallisuutta tiedottamisen avulla.

4. Kotihoidossa tulee kehittää asiakkaan ja työntekijän kumppanuuteen perustuvia toimintatapoja, joilla voidaan varmistaa asiakkaan osallisuus lääkehoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Käytäntöjen arvioimiseksi ja kehittämiseksi on tärkeää seurata säännöllisesti asiakkaiden tyytyväisyyttä lääkehoidossa saamaansa tukeen.

5. Omaisten ja läheisten osuutta lääkehoidossa tulee selkeyttää sekä tarjota heille tilaisuuksia yhteiselle keskustelulle lääkehoidon kehittämiseksi kotihoidossa.

Jatkotutkimuksena olisi tärkeää selvittää vielä tarkemmin lääkehoitoa hoiva- ja hoitotyön näkökulmasta esimerkiksi lääkehoidon turvallisuuteen, koulutukseen ja työnjakoon liittyvissä kysymyksissä. Kyselylomakkeen avulla ei saada selville työyksikön ja yksittäisen työntekijän toimintaa tietyn asiakkaan lääkehoidossa, vaan esimerkiksi havainnointi tai päiväkirjan pitäminen toisi enemmän tietoa yksittäisistä lääkehoitoon liittyvistä asioista. Erityisen mielenkiintoista olisi tutkia tarkemmin kotihoidon työntekijöiden yhteistyön luonnetta lääkehoidossa asiakkaiden ja omaisten kanssa haastattelujen ja havainnoinnin avulla, jolloin yhteistyösuhdetta voitaisiin vertailla esimerkiksi hoitotyön kehitysvaiheisiin (esim. Raatikainen 1995, 1997 ja 2002) tai ikääntyvien tapoihin huolehtia itsestään (esim. Backman 2001; Lappalainen 2002). Jatkotutkimuksilla tulisi selvittää myös asiakkaiden ja omaisten näkökulmasta lääkehoidon toteutumista sekä lääkehoidon suunnittelua, arviointia ja ohjausta sekä niiden vaikuttavuutta. Kotihoidon lääkehoidossa tulisi tutkia hoiva- ja hoitotyön näkökulmasta yhteistyötä myös muiden asiakkaan lääkehoitoon osallistuvien tahojen kuten lääkäreiden ja apteekkihenkilökunnan kanssa.

9. LÄHTEET

- Asetus oikeusturvakeskuksesta 1121/1992. Suomen säädöskokoelma. Helsinki
- Backman, K. 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 624. Oulu.
- Burns, N. & Grove, S.K. 1997. The Practice of Nursing Research. Conduct, Critiquuq, & Utilization. (3rd ed.) W.B. Saunders Philadelphia.
- Dempsey, P.A. & Dempsey, A.D. 2000. Using Nursing Research. (5th ed.) Lippincott. Baltimore
- Elovainio, M. & Kalliomäki-Levanto, T. & Kivimäki, M. 1997. Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. STAKES, tutkimuksia 79. Saarijärvi.
- Enkovaara, A-L. 3003. Mistä asiallista tietoa rohdosvalmisteista. TABU 5. Lääkeinformaatiota lääkelayokselta, 19-21.
- Erätuuli, M. & Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Fahey, T. & Montgomery, A. & Barnes, J. & Protheroe, J. 2003. Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. British Medical Journal, Volume 326(7389). March 15, 2003, 580-583.
- Haapaniemi, H. & Routasalo, P. & Lauri, S. 2003. Hoitotieteellinen vanhustutkimus: Analyysi vuosina 1979-2000 Suomessa tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä. Hoitotiede-lehti Vol 15, no 2/-03, 89-99.
- Hertzberg, A. & Ekman, S.-L. & Axelsson, K. 2003. 'Relatives are a resource, but...': Registered Nurses' views and experiences of relatives of resident in nursing homes. Journal of Clinical Nursing Volume 12(3.). May 2003, 431-441.
- Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja Kirjoita. Kirjayhtymä. Tampere
- Huhtala, S. 1998. Matematiikan oppimisvaikeuksista ammatillisessa koulutuksessa – esimerkkinä lähihoitajaopiskelija. Opetushallitus, kehittyvä koulutus 1/1998.
- Hupli, M. 1996. Sairaanhoidajan ja sairaanhoidajaopiskelijan hoitotyön päätöksenteko kolmella eri menetelmällä tutkittuna. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C osa 129. Turku.
- Hyttinen, H. 1999. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 531. Oulu.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Työolosuhteiden kehittäminen ja täydennyskoulutuksen

- järjestäminen 15.1.2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2003:3.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao /thprojekti/terveys1.pdf>. 13.11.2003
- Kansanterveyslaki 667/1972. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Kettunen, M-L. 2003. Kotihoitotyön osaaminen ja osaamisen johtaminen. Kuopion yliopisto, terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu -työ.
- Kilpeläinen, A. 2003. Kotihoidon naisvanhusasiakkaan voimavarat. Hoito- ja palvelusuunnitelmien analyysi. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kivelä, S. 2001. Iäkkäiden palveluiden tarpeeseen ja käyttöön vaikuttavat tekijät. Julkaisussa Routasalo, P. & Suhonen, H. (toim.) ”Kyllä minä tiedän, mitä minä haluan!” Ikäihminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen viidakossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Tutkimuksia ja raportteja. A:34/2001, 65-72.
- Krause, K. & Salo, S. 1993. Teoreettinen hoitotyö. Kirjayhtymä. Tampere.
- Krause, K & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä. Tampere.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, no1/-99, 3-12.
- Laaksonen-Heikkilä, R. & Lauri, S. 1997. Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Tutkimuksia ja raportteja A:18 /1997. Turku.
- Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 1998. Verenpainepotilaiden hoitoon sitoutuminen. Hoitotiede Vol.10, no 1/-98, 4-13.
- Laki oikeusturvakeskuksesta 1074/1992. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Lappalainen, M. 2002. Etnografia kuopiolaisten vanhusten kotona hoitamisesta. Licensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Lauri, S. & Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. WSOY. Juva.
- Lithovius, R. & Sihvonen, M. & Kekki, P. 1998. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelua saavien vanhusten lääkkeiden käyttö. Suomen lääkäri-lehti 14/98 vsk 53, 1625-1631.
- Ljungqvist, M. & da Silva, A. B. 2002. The Role of the District Nurse's Moral Virtues in Home Healthcare. Ylihoitajalehti, Vol 30, no 7, 5-17.

Lumme-Sandt, K. 2002. Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat. Tampereen yliopisto. Terveystieteidenlaitos. Sähköinen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 220.

Lääkeasetus 693/1987. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.

Lääkelaitoksen määräys Nro 1/93. Eräiden lääkintöhallituksen, sosiaali- ja terveyshallituksen sekä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen määräysten ja ohjeiden saattaminen voimaan lääkelaitoksen määräyksiksi ja ohjeiksi.

Lääkelaki 395/10.4.1987. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.

Lääkintöhallituksen yleiskirje Nro 1929/9.9.1987. Ohje 1/30.1.1997. Helsinki.

Löfman, P. & Pelkonen, M. & Pietilä, A.-M. 2003. Reumapotilaan itsemääräämisen arviointi: lähtökohtia hoitotyön kehittämiseen. Hoitotiede Vol 15, no 6/-03, 264-276.

Maattola, R. & Salin, T. 1999. Kotihoidossa olevien vanhusten lääkehoidon ohjaus hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Mattila, M. & Isola, A. 2002. Sairaanhoidaja lääkehoidon ja verensiirron toteuttajana – lupakäytäntö. Suomen lääkärilehti 39/2002 vsk 57, 3884-3887.

Meriläinen, S. 1999. Dementoituneen vuodepotilaan päivä. Teoksessa: Voutilainen, P., Sailo, K. & Isola, A. 1999. Hoitotyön vuosikirja 2000. Vanhusten hoitotyö. Kirjayhtymä. Helsinki, 39-51.

Metsämuuronen, J. 2000a. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala. 2. painos. Euroopan sosiaalirahasto: Tavoite 4-ohjelma. Edita. Helsinki.

Metsämuuronen, J. 2000b. Tilastollisen päättelyn perusteet. Metodologia-sarja 3. Jaabes. Viro.

Murray, M. 2003. Improving Medication Use for Older Adults: An integrated Research Agenda. Annals of Internal Medicine, Volume 139 (5 (part 2)) Supplement. September 2, 2003, 425-429.

Murtola, E. 1999. Lääkehoidon osaaminen: Kartoitus valmistuvien sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden lääkehoidon osaamisesta. Lisensiaatintutkimus. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Mäkinen, B. 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairanhoidossa. Omaisen, lääkärin ja sairaanhoitajan näkökulma. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C – osa 183. Turku.

Nieswiadomy, R. M. 1993. Foundation of Nursing Research. (2nd ed.) Appleton & Lange. Stamford.

Nummenmaa, T. & Konttinen, R. & Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. WSOY. Porvoo.

- Närhi, U. 2003a. Itsehoitolääkkeiden kulutus vuosina 1996-2001. TABU 1.2003. Lääkeinformaatiota lääkelaitokselta, 15-17.
- Närhi, U. 2003b. Lääketurvallisuus vaakalaudalla. TABU 5.2003. Lääkeinformaatiota lääkelaitokselta, 18.
- Paljärvi, S. & Rissanen, S. & Sinkkonen, S. 2003. Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. Gerontologia 2/2003, 85-97.
- Paloposki, S. & Eskola, N. & Heikkilä, J. & Miettinen, M. & Paavilainen, E. & Tarkka, M.-L. 2003. Ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien arvio teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisestaan. Hoitotiede Vol 15, no 4/-03, 155-165.
- Pelttari, P. 1997. Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. STAKES. Tutkimuksia 80. Väitöskirja.
- Pentti, E. 2002. Hiljainen tieto vanhusten kotihoidossa. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Perälä, M.-L. & Hernesniemi, P. & Räikkönen, O. 1999. Yhteistyö keskussairaalassa kirurgisten potilaiden omaisten arvioimana. Hoitotiede Vol. 11, no 1/-99, 13-21.
- Pitkälä, K. & Strandberg, T. & Tilvis, R. 2002. Inappropriate Drug Prescription in Home-Dwelling, Elderly Patients: A Population-Based Survey. Archives on Internal Medicine. Volume 162 (15). August 12/26, 2002, 1707-1712.
- Porre, P. 2001. Hoidon jatkuvuus kotihoidon yöpartiopalvelussa. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Pulkkinen, M.-L. 2000. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C osa 163. Turku.
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palvelusta vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö; Stakes; Suomen kuntaliitto. Verkkojulkaisu. Helsinki.
- Päivärinta, E. & Maaniittu, M. 2002. Asiakslähtöistä vai asiakkaasta lähtevää? Sosiaali- ja terveydenhuolto kulttuurisen muutoksen alkumetreillä. Gerontologia 1/2002, 32-34.
- Pöyry, Päivi 1999. Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemisessa. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Raatikainen, R. 1995. Hoitotyön kehitysvaiheiden luokitus. Sairaanhoitaja 9/95 Vol 68, 31-34.
- Raatikainen, R. 1997. Yhteisöllisyys, eettisyys ja hoitotyön kehitys. Teoksessa Parviainen, T. & Pelkonen, M. (toim.) Yhteisöllisyys – avain parempaan terveyteen. Stakes. Raportteja 217. Helsinki, 55-79.

Raatikainen, R. 2002. Terveyden edistämisen tieteelliset lähtökohdat hoitotieteellisestä näkökulmasta. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2003*. Tammi. Helsinki, 9-24.

Rintala, T. & Elovainio, M. 1997. Lähihoitajien työ, ammatti-identiteetti ja hyvinvointi. STAKES, tutkimuksia 86. Helsinki.

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 560. Oulu.

Rissanen, L. & Pietilä, A-M. 2001. Ikääntyvien ihmisten psykososiaalinen terveys ja hyvä olo. *Sairaanhoitaja* 2, vol 74, 8-10.

Roine, K., Tarkka, M. & Kaunonen, M. 2000. Säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien yli 75-vuotiaiden vanhusten kotona selviytyminen. *Hoitotiede* Vol.12, no 6/-00. 312-321.

Ronkainen, R., Ahonen S., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Kotipalvelut kotihoidon kivijalkana. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U.H. (toim.). *Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu*. Stakes. Oppaita 49. Helsinki, 100-105.

Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2003. Iäkkäät omaishoitajat – omaisia vai hoitajia. *Gerontologia* 3/2003, 139-147.

Salo, A-M. 2002. Hoitotyöntekijän voimavarat kotisairaanhoidossa ja yhdistetyssä kotihoidossa. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu –tutkielma.

Sihvo, Sinikka 2000. Utilization and Appropriateness of Self-medication in Finland. Research report 111. STAKES. Gummerus. Helsinki.

Siira, H. 1998. Asiakkaan autonomiaako rakentamassa? Tapaustutkimus kunnallisesta kotipalvelusta asiakkaan suoriutumisen tukijana. *Acta Universitatis Lapponiensis* 17. Rovaniemi.

Sinervo, T. & Elovainio, M. 1998. Työ ja hyvinvointi vanhuspalveluissa. *Gerontologia* 12(1):3-13, 1998. Kirjassa Sinervo, T. 2000. *Work in Care for the Elderly*. Stakes, Research Report 109. Gummerus. Helsinki.

Solante, S. & Leino-Kilpi, H. 1998. Mitä koulutus tuotti? *Hoitotiede* Vol 10, no 2/-98, 87-96.

Sosiaalihuoltoasetus 607/83. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2000. Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 99/2001. Potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Sosiaaliturva 2002:1. Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 1990-2000. Stakes. Gummerus. Helsinki.

Stakes 2002. Tiedonantajapalaute 7/2002. http://www.stakes.info/files/pdf/tiedonantajapalautteet/2002/Tp07_02.pdf

Syrjänen, E. 1999. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyö tiivistyy. Voidaanko uusien toimintamallien suunnittelussa soveltaa liikkeenjohdon teoriaa? Sairaanhoitaja 72:8, 34-37.

Taival, A. 1998. The Older Person's Adaptation and The Promotion of Adaptation in Home Nursing Care. Acta Universitatis Tamperensis 589. Tampere.

Taival, A. 1998b. Vanhan ihmisen mukautuminen ja sen tukeminen kotisairaanhoidossa. Hoitotiede-lehti Vol. 10, no 4/-98, 240-242.

Tedre, S. 1999. Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja Nro 40. Joensuu.

Tedre, S. 2003. Vanhusten avohuollon avaamattomat kysymykset. Gerontologia 2/2003, 98-102.

Tepponen, P. 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Väitöskirjat 1:2003.

Tervo, A. & Pietilä, A.-M. 1995. Vanhusten kotona selviytyminen ”Hyvä olo ihan jokapäiväisistä asioista...” Hoitotiede-lehti Vol. 7, no 5/-95, 214-222.

Thome, B. & Dykes, A.-K. & Hallberg, I. 2003. Home care with regard to defenition, care recipient, content and outcome: systematic review. Journal of Clinical Nursing, Vol 12(6), 2003, 860-872.

Töyry, E. & Sonninen, A. & Meriläinen, P. 1999. Ihmisläheinen hoito –mittarin kielteisesti ja myönteisesti ilmaistujen väittämien yhteys niihin vastaamiseen ja mittarin luotettavuuteen. Hoitotiede Vol. 11, no 4/-99, 163-182.

Uusitalo, H. 1995. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. WSOY. Juva.

Vaarama, M. & Hakkarainen, A. & Voutilainen, P. & Päivärinta, E. 2000. Vanhusten palvelut. Teoksessa Uusitalo, H. & Parpo, A. & Hakkarainen, A. 2000. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. STAKES. Raportteja 250. Gummerus. Helsinki, 75-98.

Vaarama, M. & Kainulainen, S. & Sinervo, T. 1999. Hoidon laatua ja kustannuksia selittävät tekijät sekä yleisarvio vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tilasta. Teoksessa: Vaarama, M. & Perälä, M-L: & Sinervo, T. (toim.) Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Stakes, Aiheita 46/1999. Helsinki, 92-114.

Vaarama, M. & Luomahaara, J. & Peipponen, A. & Voutilainen, P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelujen kehittämiseen. STAKES. Raportteja 259. Gummerus. Helsinki.

Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Omaiset tukena arjen areenoilla. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U.H. (toim.). Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Stakes. Oppaita 49. Helsinki, 77-83.

Vaarama, M. & Voutilainen, P. & Kauppinen, S. 2002. Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Parpo, A.(toim.) 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. STAKES. Raportteja 268. Gummerus. Helsinki, 76-105.

Vainikainen 2002. Turussa etsitään lääkkeitä lääkehoidon osaamisen kehittämiseen. Tehy 2/2002, 20-22.

Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksenmetodiikka. 1.-2. painos. WSOY. Juva, 26-34.

Veräjäkorpä, O. & Leino-Kilpi, H. 1998. Lääkehoito ja sen opetus: empiirinen tutkimus hoito-opin opettajien näkemyksistä valmiuksistaan ja toteutuneesta opetuksesta. Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Veräjäkorpä, O. & Leino-Kilpi, H. 2003. Lääkehoidon opetus hoitotyön opettajien arvioimana. Hoitotiede Vol. 15, no 1/-03, 29-37.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. & Peipponen, A. 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Uusitalo, H. & Parpo, A. & Hakkarainen, A. 2000. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. STAKES. Raportteja 250. Gummerus. Helsinki, 38-41.

Välämäki, M. & Leino-Kilpi, H. & Anttila, M-L. & Myllylä, B-M. & Dassen, T. & Gasull, M. & Lemonidou, C. & Scott, P. A. & Arndt, M. & Kaurila, T. 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä. Hoitotiede Vol 13, no 3/-01, 155-166.

Walker, A. 2001. Ageing in Europe and Social Services for Older People. Julkaisussa Routasalo, P. & Suhonen, H. (toim.) ”Kyllä minä tiedän, mitä minä haluan!” Ikäihminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen viidakossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:34/2001, 8-35.

Wilder, G.L. 2003. Medication Safety in Home Infusion Care. Journal of Infusion Nursing. Volume 26(5). September/Oktober 2003, 311-318.

Tiina Pietikäinen

30.9.2003

Liite 1.

Huhtamäentie 107

09810 NUMMI

Puh. työ 019-36961, koti 019-373361

Sähköposti: tiina.pietikainen@dnainet.net

Johtava hoitaja XXXX

XXXXX

XXXXXXXXXXXX

Asia: TUTKIMUSLUPAPYYNTÖ

Opiskelen terveystieteiden maisterintutkintoa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Opintoihin kuuluu pro gradu –tutkielman tekeminen. Tarkoituksena on tutkia kotihoidossa olevan asiakkaan lääkehoitoa hoitotyöntekijän näkökulmasta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kotihoitotyössä tapahtuvan lääkehoidon suunnittelussa ja opetuksessa. Tutkielmaa ohjaa VTT, THT, dosentti Ritva Raatikainen.

Pyydän kohteliaimmin lupaa suorittaa kysely XXXXX kaupungin kotihoidon työntekijöille lokakuussa 2003. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäinen vastaaja tai työyksikkö ole tunnistettavissa tutkimusraportista.

Toivon myönteistä suhtautumista kotihoidon näkökulmasta tärkeän aiheen tutkimiseksi.

Tiina Pietikäinen

Terveystieteiden yo

Liitteenä tutkimussuunnitelma sekä kyselylomake

Lupa myönnetty

Ei myönnetty

Päiväys

ARVOISA KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÄ

Opiskelen terveystieteiden maisterintutkintoa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Opintoihin kuuluu pro gradu –tutkielman tekeminen. Tarkoituksena on tutkia kotihoidossa olevan asiakkaan lääkehoitoa hoitotyöntekijän näkökulmasta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kotihoitotyössä tapahtuvan lääkehoidon suunnittelussa ja opetuksessa. Tutkielmaa ohjaa dosentti Ritva Raatikainen.

Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen vastaamalla kyselylomakkeessa oleviin kysymyksiin. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksessa jokainen vastaus on tärkeä ja olen kiitollinen osallistumisestasi.

Palauta täyttämäsi lomake sulkemalla se oheiseen kirjekuoreen ja jätä se 20.10.2003 mennessä _____ . Palauta lomake, vaikka et olisi täyttänyt kaikkia kohtia. Jos et osallistu lainkaan asiakkaiden lääkehoitoon ja palautat siksi vastaamattoman lomakkeen, ole ystävällinen ja merkitse lomakkeeseen, ettet osallistu lääkehoitoon. Vastaan mielelläni mahdollisiin kysymyksiin.

Osallistumisestasi etukäteen kiittäen

Tiina Pietikäinen

Terveystieteiden yo

Huhtamäentie 107

09810 NUMMI

Puh. työ 019-36961, koti 019-373361

Sähköposti: tiina.pietikainen@dnainternet.net

Tiina Pietikäinen

KYSELY KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖILLE LÄÄKEHOIDOSTA

Ole hyvä ja vastaa seuraaviin kysymyksiin rengastamalla sopivin vastaus tai kirjoittamalla vastauksesi sille varattuun tilaan

1. Mikä on ammatillinen koulutuksesi?

1. Perushoitaja
2. Lähihoitaja
3. Sairaanhoidaja
4. Terveystenhoitaja
5. Jokin muu, mikä _____

2. Kuinka pitkä työkokemus Sinulla on kotihoidossa? _____ vuotta

3. Kuinka monen asiakkaan kanssa työskentelit edellisen työvuorosi aikana? _____

4. Asiakkaittesi lääkkeiden käyttö edellisen työvuorosi aikana:

1. Moniko asiakas ei käyttänyt lääkkeitä? _____
2. Moniko asiakas hoiti lääkkeiden annostelun ja nauttimisen itsenäisesti? _____
3. Monenko asiakkaan lääkkeet hoitaja annosteli dosettiin tai annosmukiin ja asiakas otti itse lääkkeensä? _____
4. Monelleko asiakkaalle hoitaja sekä annosteli että antoi lääkkeet? _____
5. Monenko asiakkaan omainen tai muu läheinen hoiti lääkehoidon? _____
6. Monenko asiakkaan lääkehoito oli huolehdittu jotenkin muuten? _____, miten _____

5. Kenen antama ja missä muodossa oleva lupa Sinulla on lääkkeiden käsittelyyn ja -jakamiseen?

	Kirjallisena ja suullisena	Vain kirjallisena	Vain suullisena	Ei ole	En tiedä
1. Johtavan lääkärin lupa	1	2	3	4	5
2. Työyksikön lääkärin lupa	1	2	3	4	5
3. Yli-/johtavan hoitajan lupa	1	2	3	4	5
4. Sairaanhoidajan lupa	1	2	3	4	5

5. Osallistumisesi asiakkaan lääkehoitoon on määritelty muuten, miten:

6. Montako kertaa olet viimeisen vuoden aikana osallistunut lääkehoitoon liittyviin**koulutustilaisuuksiin?**

	En kertaakaan	Yhden kerran	Kaksi kertaa	Kolme kertaa	Useammin, montako kertaa?
1. Työpaikalla tarjottaviin koulutuksiin	0	1	2	3	—
2. Työpaikan ulkopuolisiin koulutuksiin	0	1	2	3	—

7. Jos olet osallistunut lääkehoitoon liittyviin koulutustilaisuuksiin, niin mitä asioita koulutuksissa käsiteltiin? (Voit jatkaa vastaustasi sivun kääntöpuolelle. Merkitse tällöin kysymyksen numero vastauksen eteen.) _____

_____**8. Kuinka usein työhösi liittyy seuraava lääkemääräyksiin liittyvä tehtävä?**

	Ei koskaan	Muutaman ker- ran vuodessa tai harvemmin	Joka tai lähes joka kuukausi	Joka tai lähes joka viikko	Päivittäin tai lähes päivittäin
1. Lääkityksen annosteluohjeen (lääkelistan) tekeminen	1	2	3	4	5
2. Ohjeenmukaisen muutoksen tekeminen lääkelistaan	1	2	3	4	5
3. Lääkehoitoon liittyvä lääkelaskenta	1	2	3	4	5
4. Lääkityksen muuttaminen hoitajan aloitteesta	1	2	3	4	5
5. Lääkityksen muuttaminen asiakkaan tai omaisen aloitteesta	1	2	3	4	5
6. Muu, mikä _____		2	3	4	5

9. Kuvaile edellisen työvuorosasi lääkemääräyksiin liittyneitä tehtäviä. (Jos jatkat vastaustasi sivun kääntöpuolelle, merkitse kysymyksen numero) _____

_____**10. Kuinka usein annat lääkettä seuraavalla tavalla?**

	En koskaan	Muutaman ker- ran vuodessa tai harvemmin	Joka tai lähes joka kuukausi	Joka tai lähes joka viikko	Päivittäin tai lähes päivittäin
1. Suun kautta	1	2	3	4	5
2. Peräsuoleen	1	2	3	4	5
3. Ruiskeena ihon alle (subkutaanisesti, s.c., esim. insuliini-injektio)	1	2	3	4	5
4. Ruiskeena lihakseen (intramuskulaarisesti, i.m.)	1	2	3	4	5
5. Iholle paikallisesti (voiteet, emulsiot) tai ihon kautta (esim.lääkelaastari)	1	2	3	4	5
6. Inhalaationa (hengitysteiden kautta)	1	2	3	4	5
7. Emättimeen	1	2	3	4	5
8. Silmään (tipat, voiteet)	1	2	3	4	5
9. Nenään (tipat, sumutteet)	1	2	3	4	5
10. Korvaan (tipat, voiteet)	1	2	3	4	5
11. Muu antomuoto, mikä _____		2	3	4	5

11. Kuvaile, millä eri tavoin annoit asiakkaillesi lääkkeitä edellisen työvuorosi aikana? (Jos jatkat vastaustasi sivun kääntöpuolelle, merkitse kysymyksen numero)

12. Kuinka usein huolehdit asiakkaiden lääkkeiden hankinnasta tai säilyttämisestä seuraavasti?

	En koskaan	Muutaman ker- ran vuodessa tai harvemmin	Joka tai lähes joka kuukausi	Joka tai lähes joka viikko	Päivittäin tai lähes päivittäin
1. Uusimalla lääkereseptin	1	2	3	4	5
2. Hakemalla lääkkeen asiakkaalle, esim. apteekista	1	2	3	4	5
3. Varmistamalla lääkehoidon taloudellisuuden	1	2	3	4	5
4. Tarkastamalla lääkkeiden säilyttämisen oikein	1	2	3	4	5
5. Hävittämällä tarpeettomia tai vanhentuneita lääkkeitä	1	2	3	4	5
6. Muuten, miten _____		2	3	4	5

13. Kuvaile, millä tavoin huolehdit asiakkaittesi lääkkeiden hankinnasta ja säilyttämisestä edellisen työvuorosi aikana. (Jos jatkat vastaustasi sivun kääntöpuolelle, merkitse kysymyksen numero)

14. Kuinka usein suunnittelet lääkehoitoa seuraavasti?

	En koskaan	Harvoin	Usein	Erittäin usein
1. Kysymällä, minkä verran asiakas itse haluaa huolehtia lääkehoidostaan	1	2	3	4
2. Kirjaamalla tavoitteita asiakkaan lääkehoidolle	1	2	3	4
3. Ennakoimalla lääkehoidon vaikutuksia asiakkaan päivittäiseen elämään	1	2	3	4
4. Suunnittelemalla lääkehoidon käytännön toteuttamista yhdessä asiakkaan kanssa	1	2	3	4
5. Suunnittelemalla lääkehoitoa omaisen kanssa	1	2	3	4
6. Suunnittelemalla muuten, miten _____		2	3	4

15. Kuvaile, miten suunnittelit asiakkaittesi lääkehoitoa edellisessä työvuorossasi?
(Jos jatkat vastaustasi sivun kääntöpuolelle, merkitse kysymyksen numero)

16. Kuinka usein arvioit lääkehoitoa seuraavasti?

	En koskaan	Harvoin	Usein	Erittäin usein
1. Kirjaamalla asiakkaan <u>kyvyn osallistua</u> lääkehoitoonsa	1	2	3	4
2. Kirjaamalla asiakkaan <u>tyytyväisyyden</u> lääkehoitoonsa	1	2	3	4
3. Kirjaamalla, kuinka lääkehoito <u>vaikutti</u> asiakkaan päivittäiseen elämään	1	2	3	4
4. Kirjaamalla, kuinka turvallisesti lääkehoito onnistui	1	2	3	4
5. Arvioimalla yhdessä asiakkaan kanssa	1	2	3	4
6. Arvioimalla yhdessä omaisen kanssa	1	2	3	4
7. Arvioimalla muuten, miten _____		2	3	4

17. Kuvaile, miten arvioit asiakkaittesi lääkehoitoa edellisessä työvuorossasi?

(Jos jatkat vastaustasi sivun kääntöpuolelle, merkitse kysymyksen numero)

18. Kuinka usein asiakkaalle antamasi ohjauksen sisältö on seuraava?

	Ei koskaan	Muutaman ker- ran vuodessa tai harvemmin	Joka tai lähes joka kuukausi	Joka tai lähes joka viikko	Päivittäin tai lähes päivittäin
1. Reseptilääkkeiden käyttö	1	2	3	4	5
2. Omahoitolääkkeiden (käsikauppalääkkeiden) käyttö	1	2	3	4	5
3. Rohdosvalmisteiden käyttö	1	2	3	4	5
4. Ravitsemuksen ja ruokailun vaikutus lääkehoitoon	1	2	3	4	5
5. Lääkehoidon taloudellisuus	1	2	3	4	5
6. Lääkityksen muuttaminen omatoimisesti	1	2	3	4	5
7. Omaisen ohjaus lääkehoidossa	1	2	3	4	5
8. Muu lääkehoitoon liittyvä asia, mikä _____		2	3	4	5

19. Kuvaile, miten ohjasit asiakkaitasi lääkehoidossa edellisen työvuorosasi aikana?

(Jos jatkat vastaustasi sivun kääntöpuolelle, merkitse kysymyksen numero)

20. Kuinka usein tiedotat asiakkaittesi lääkehoidosta seuraavasti?

	En koskaan	Harvoin	Usein	Erittäin usein
1. Lääkehoitoon liittyvistä kirjauksistasi asiakkaalle	1	2	3	4
2. Lääkehoidon vaikutuksista muille hoitoon osallistuville työntekijöille	1	2	3	4
3. Lääkehoidon vaikutuksista omaiselle tai läheiselle	1	2	3	4
4. Jätät tiedottamatta tietosuojan (salassapito) vuoksi sellaisesta asiakkaan lääkehoitoon liittyvästä asiasta, josta olisit halunnut tiedottaa	1	2	3	4
5. Tiedotat muuten, miten _____		2	3	4

21. Kuvaile, miten tiedotit asiakkaittesi lääkehoidosta edellisen työvuorosi aikana?

(Jos jatkat vastaustasi sivun kääntöpuolelle, merkitse kysymyksen numero)

22. Kuinka usein toimit asiakkaan lääkehoidossa seuraavasti?

	En koskaan	Harvoin	Usein	Erittäin usein
1. Suostuttelet asiakasta ottamaan lääkkeensä	1	2	3	4
2. Etsit lääkehoitoon ratkaisuja, jotka lisäävät asiakkaan omatoimisuutta (apuvälineet, ohjaus, jne.)	1	2	3	4
3. Tuet asiakasta osallistumaan voimavarojensa ja kykyjensä mukaan lääkehoitoonsa, vaikka asiakas haluaisi Sinun hoitavan lääkehoitonsa	1	2	3	4
4. Teet asiakkaan kanssa sopimuksia lääkehoidosta	1	2	3	4
5. Kerrot asiakkaalle mielipiteesi hänen lääkehoidostaan	1	2	3	4
6. Puolustat asiakkaan omia näkemyksiä lääkehoidostaan muille hoitoon osallistuville työntekijöille	1	2	3	4
7. Rohkaiset omaista osallistumaan asiakkaan lääkehoitoon	1	2	3	4
8. Lisäät asiakkaiden ja omaisten osallistumista lääkehoitoa koskevaan keskusteluun <u>työyksikössäsi</u>	1	2	3	4

23. Kuvaile yhteistyötäsi asiakkaiden kanssa lääkehoidossa. (Jos jatkat vastaustasi sivun kääntöpuolelle, merkitse kysymyksen numero)

24. Kuvaile yhteistyötäsi omaisten kanssa lääkeshoidossa? (Jos jatkat vastaustasi sivun kääntöpuolelle, merkitse kysymyksen numero)

25. Kuinka hyvin seuraavat väittämät kuvaavat työyksikkösi lääkeshoidon käytäntöjä?

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En osaa sanoa	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Lääkehoitoa koskevat säännökset ja ohjeet ovat selkeät ja helposti saatavissa	1	2	3	4	5
2. Lääkehoitoon on käytettävissä riittävästi aikaa	1	2	3	4	5
3. Lääkehoitoa koskeva työnjako on sovittu	1	2	3	4	5
4. Tiedonsaanti asiakkaan lääkeshoidosta on vaivatonta ja nopeaa	1	2	3	4	5
5. Lääkehoitoon järjestetään riittävästi koulutusta	1	2	3	4	5
6. Työntekijöiden lääkeshoidon osaamista arvioidaan säännöllisesti	1	2	3	4	5
7. Lääkeshoidon virheitä seurataan suunnitellusti	1	2	3	4	5
8. Lääkehoitoon liittyvistä vaikeistakin asioista (esim. virheistä, laiminlyönneistä) keskustellaan avoimesti	1	2	3	4	5
9. Työyksikössäni on sovittu, miten asiakkaan lääkeshoitoon osallistuvia omaisia tai muita läheisiä tuetaan	1	2	3	4	5

26. Kuvaile lääkeshoidon merkitystä työyksikkösi toiminnassa. (Jos jatkat vastaustasi sivun kääntöpuolelle, merkitse kysymyksen numero)

27. Miten näet oman osuutesi kotihoitoasiakkaiden lääkeshoidossa? (Jos jatkat vastaustasi sivun kääntöpuolelle, merkitse kysymyksen numero)

Kiitos vastaamisestasi !