



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Kirsi Hannele Björkholm

ANJA-LÄÄKEJAKELU
TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMANA
VAASASSA

Tarkastelun kohteena toimivuus, turvallisuus ja
moniammatillinen yhteistyö

Ylempi AMK- tutkinto

Sosiaali- ja terveysala

2010

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
(Ylempi AMK)

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Kirsi Björkholm
Opinnäytetyön nimi	ANJA-lääkejakelu työntekijöiden kokemana Vaasassa
Vuosi	2010
Kieli	Suomi
Sivumäärä	73+ 5 liitettä
Ohjaaja	Andrew Sirkka

Apteekkariliiton vuonna 2001 aloittaman koneellisen annosjakelun (ANJA) tavoitteena on parantaa lääketurvallisuutta, edistää lääkehoidon onnistumista ja säästää lääkekuluissa. Annosjakelun tavoitteena palvelutaloissa ja kotihoidossa on vapauttaa hoitohenkilökunnan työaika lääkejakelusta muihin tehtäviin. Vaasan kaupungin kotihoito ja palveluasuminen on siirtynyt koneelliseen annosjakeluun kokonaan vuodesta 2007. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin palveluasumisen ja kotihoidon ANJA-lääkejakeluprosessiin osallistuvat.

Tämä tutkimus oli määrällinen ja se toteutettiin postikyselynä. Kysymykset olivat avoimia kysymyksiä, jotka sisällön erittelyn jälkeen kvantifioitiin.

Lääkärien ja apteekkihenkilökunnan mukaan lääkejakelun toimivuudessa oli vielä parannettavaa. Moniammatillisen yhteistyön he kuvasivat jokseenkin toimivaksi, mutta myös haasteita oli. Heidän mukaansa lääkehoidon turvallisuus oli parantunut ANJA-lääkejakelun myötä. Palveluasumisessa ANJA-lääkejakelu on helpottanut eniten hoitajien työtä, mutta sairaanhoitajat kokivat sen tuoneen lisää uusia tehtäviä. Kotihoidon hoitajat ja sairaanhoitajat olivat huolissaan lääkehoitotaidoistaan. Moniammatillisen yhteistyön he kokivat toimivana, mutta sujuvuuden kannalta on vielä kehitettävää, erityisesti lääkemuutoksissa.

Asiasanat	ANJA-lääkejakelu, koneellinen lääkehoito, moniammatillisuus, lääkehoito, lääketurvallisuus
-----------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
(Ylempi AMK)

ABSTRACT

Author	Kirsi Björkholm
Title	Employees` Experiences of ANJA –System for Medicine Administration in Vaasa
Year	2010
Language	Finnish
Pages	73 +5 Appendices
Name of supervisor	Andrew Sirkka

The purpose of the automated dose- dispensing system (ANJA) launched by the Association of Finnish Pharmacies in 2001 is to improve medication safety, promote a successful pharmacotherapy and save on medicine costs. The goal is to use the dose-dispensing system in order to allow the employees to use their working time for doing other tasks. The dose- dispensing system has been used by the home care and sheltered accommodation services in the city of Vaasa since 2007.

The target group includes the employees using this dose- dispensing system. This study was quantitative and carried out as a postal survey. The questions were open ended questions. The contents were first analysed and then the questions quantified.

According to the medical doctors and the pharmacy personnel there is still room for improvement in how well the medicine administration system works. The multiprofessional cooperation was more or less well- functioning but there were also challenges. According to medical doctors and pharmacy personnel the medication safety had improved along with using the ANJA- system. In sheltered accommodation the use of this automated dose- dispensing system had made the work of health care attendants easier but added the workload of the nurses. The home care nurses were concerned about their pharmacotherapy skills. They felt that the multiprofessional cooperation was well- functioning but there were some development needs though, especially if there was a need to make some changes in the medication of some patient.

Keywords	ANJA- Medicine administration, Multiprofessional cooperation, Medication safety, Pharmacotherapy
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1. JOHDANTO	7
2. LÄÄKEHOIDON TARKOITUS JA TOTEUTUS SUOMESSA	9
2.1. Lääkehoidon ohjaus	9
2.2. Lääkehoitosuunnitelma	12
2.3. Lääkehoidon turvallisuus	15
2.4. Palveluasumisen lääkehoitoprosessi ANJA-lääkejakelussa	16
2.5. Kotihoidon lääkehoitoprosessi ANJA-lääkejakelussa	17
3. MONIAMMATILLISUUS LÄÄKEHOIDOSSA	18
3.1. Moniammatillinen yhteistyö	18
3.2. Moniammatillisuus lääkehoidossa	19
4. MUITA TUTKIMUKSIA	21
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
5.1. Tutkimuksen suunnittelu	24
5.2. Tutkimusongelmat	25
5.3. Aineiston keruu ja analyysi	26
6. TULOKSET	29
6.1. Tutkimuksen kohderyhmä	29
6.2. Lääkejakelun toimivuus	30
6.2.1. Lääkärit ja apteekkihenkilökunta	30
6.2.2. Palveluasumisen hoitajat ja sairaanhoitajat	31
6.2.3. Kotihoidon työntekijät	33
6.3. Lääkejakelun yleiset kokemukset	37
6.3.1. Avoterveydenhuollon lääkärit ja apteekkihenkilökunta	38
6.3.2. Palveluasumisen hoitajat ja sairaanhoitajat	39
6.3.3. Kotipalvelun työntekijöiden kokemuksia ANJA-lääkejakelusta	41
6.4. Lääkejakelun turvallisuus	45
6.4.1. Lääkärit ja apteekkihenkilökunta	45
6.4.2. Palveluasumisen hoitajat ja sairaanhoitajat	47

6.4.3.Kotihoidon työntekijät	49
6.5. Lääkejakehun moniammatillinen yhteistyö	53
6.5.1.Lääkärit ja apteekkihenkilökunta	54
6.5.2.Palveluasumisen hoitajat ja sairaanhoitajat	55
6.5.3.Kotihoidon työntekijät	57
7. JOHTOPÄÄTÖKSET	60
7.1. ANJA-lääkejakehun toimivuus	60
7.2. Eri ammattiryhmien kokemukset ANJA-lääkejakehusta	62
7.3. ANJA-lääkejakehun turvallisuus	64
7.4. ANJA-lääkejakehun moniammatillinen yhteistyö	67
8. POHDINTA	69
8.1. Tutkimuksen luotettavuus	69
8.2. Tutkimuksen etiikka	70
8.3. Jatkotutkimuksen aiheita	71
LÄHTEET	73

LIITELUETTELO

LIITE 1. Kyselylomake

LIITE 2. Kyselylomakkeen saatekirje

LIITE 3. Tutkimuslupa- anomus

LIITE 4. Kotihoidon ANJA- lääkehoitoprosessi

LIITE 5. Palveluasumisen ANJA- lääkehoitoprosessi

1. JOHDANTO

Ikärakenteen nopea muutos lisää myös tulevaisuudessa haasteita. Nykypäivänä lääkäreistä ja hoitohenkilökunnasta on pulaa. Tämän vuoksi palveluntuotantoa on tehostettava. Palveluntuotantoa voidaan tehostaa pyrkimällä enemmän asiakaslähtöiseen palvelujen järjestämismalliin nykyisen organisaatio- ja tuotantokeskeisen mallin sijaan. Tehokkuus on hyvin organisoitua ja hyvin johdettua toimintaa sekä uusien innovatiivisten keinojen soveltamista. Keskeistä on saatavuus, laatu ja taloudellisuus. (Brunila, Jokinen, Kerola, Mäkitalo & Putkonen 2003, 19 - 21.)

Suomen apteekkariliitto käynnisti annosjakelun 2001 (Saikkonen 2003, 3). Ennen koneellisen lääkejakelun aloittamista potilaan lääkitys tarkistetaan ja tarpeettomat lääkkeet poistetaan. Konejakelu on hygieenistä ja virheettömämpää kuin lääkkeiden käsin jakaminen. Lääkejakelussa käytetään aina markkinoiden edullisinta lääkettä. (Apteekkariliitto 2006.) Lääkkeet jaetaan koneellisesti annospusseihin Espoonlahden apteekissa ja Ruoholahden apteekissa. Lääkepussit toimitetaan yhdysapteekkiin, jonka välityksellä potilas saa kotiin kahden viikon lääkkeet annospusseissa sekä lääkityskortin.

Vaasan kaupungin kotihoito ja palveluasuminen on siirtynyt koneelliseen annosjakeluun kokonaan vuodesta 2007 (Paloneva, Skjäl & Karvala 2007). Vaasan kaupunki kilpailutti apteekit ja valitsi yhdysapteekiksi Kuninkaanapteekin ja Kirkkoapteekin. Ilman kilpailutusta jokainen asiakas olisi voinut valita itse apteekin, jolloin yhdysapteekkejä olisi ollut useita, eikä tavoiteltua hoitajien työajan säästöä syntyisi. (Sosiaali- ja terveyslautakunta 5.9.2006.)

Nykypäivänä sosiaali- ja terveystoimessa tapahtuu muutoksia ja toiminnoissa pyritään kustannustehokkuuteen. Työntekijöiden työaika pyritään aina käyttämään tehokkaasti. Koneellisen lääkejakelun käyttöönotto on muuttanut lääkkeenjaon työnjakoa. Aikaisemmin lääkkeiden jakaminen on kuulunut sairaanhoitajan tai lähihoitajan tehtäviin. Koneellisessa lääkejakelussa lääkkeen jakamisesta huolehtii

apteekin farmaseutti tai proviisori teknisen lääkejaketulaitteen avulla. (Virkkunen 2008, 171.)

Koneellinen lääkejakelu on suhteellisen uusi lääkkeenjako- muoto, jota suositellaan käytettäväksi Turvallinen lääkehoito- oppaassa. (STM 2006, 100). Koneellista lääkejakelua suositellaan laajennettavan, mutta samalla hoitotiimien työn hallintaa tulee seurata. Koneellinen lääkejakelu ei saa vaikuttaa heikentävästi hoitajien lääkehoito ja seuranta taitoihin (Kivelä 2006, 113). Tällä tutkimuksella selvitetään lääkehoitoprosessin toimivuutta, turvallisuutta ja moniammatillista yhteistyötä. Tutkimus on tärkeä osa muita tutkimuksia, jotka mittaavat mm. työajan käyttöä ja kustannussäästöjen syntyä koneellisessa lääkejaketussa.

2. LÄÄKEHOIDON TARKOITUS JA TOTEUTUS SUOMESSA

Euroopan yhteisön komission potilasturvallisuusjulistuksessa todettiin, että terveyssektori on hyvin riskialtis. On laskettu, että noin puolet ehkäistävässä olevista haittatapahtumista koskettaa lääkehoitoa. Komissio pitää tärkeänä, että virheiden välttämiseksi potilaan tiedot tulisi olla helposti saatavilla terveydenhuollon henkilökunnalle. (STM 2006, 72 - 73.)

Kahden viimeisen sukupolven aikana ihmisen terveys on parantunut ja odotettavissa oleva elinikä on pidentynyt. 1900-luvun alussa oletettavissa oleva elinaika oli poikalapsella 44 vuotta ja tyttölapsella 46 vuotta. (Huttunen 2004, 12.) Nykyään lukemat ovat pojalla 76,3 vuotta ja tyttölapsella 83 vuotta (Tilastokeskus 2009). Elintason noustessa infektiot vähenivät, mutta sydän- ja verisuonitaudit ja syöpätaudit lisääntyivät. Lääkehoidon kustannukset ovat suuret, mutta lääkehoidon avulla saatu työikäisten sepelvaltimokuolleisuus on saatu vähenemään 70 % kolmenkymmenen vuoden aikana. Osittain tämä on tapahtunut elintapojen muutoksen myötä, mutta viime vuosina myös lääkehoidon merkitys on kasvanut. Suomen lääkekustannukset ovat nousseet ja on ennustettu, että vuoteen 2014 mennessä ne jopa kaksinkertaistuvat. Silloin lääkemenot ylittävät koko perusterveydenhuollon kustannukset. Lääkehoito on kuitenkin tärkeä, sillä maat, jotka pystyvät hoitamaan ja parantamaan sairaita kansalaisiaan, voivat hyvin myös kansantaloudellisesti, koska maalla on silloin työkykyisiä kansalaisia. (Huttunen 2004, 12 - 13.)

2.1. Lääkehoidon ohjaus

Sosiaali- ja terveysministeriön alaisena toimii Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Lääkkeiden hintalautakunta HILA, Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto Valvira ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Näiden tehtävänä on valvoa, ohjata ja kehittää lääkehuoltoa. Tehtäviä on myös lääkelaitoksella (LL), kansanterveyslaitoksella (KTL) ja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksella (TEO) sekä lääkehoidon kehittämiskeskuksella (ROHTO). (Huttunen 2008, 29.)

Lääkkeiden antamiseen liittyvää lakia ei suoranaisesti ole olemassa. Lääkehoidon toteutumista ohjaavaa valtakunnallista ohjeistusta ei myöskään ole ollut. Lääkehoidon toteutumista on ohjattu aikaisemmin lääkintöhallituksen yleiskirjeellä 1929/1987. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveysalan toimijat ovat toivoneet selkeää ohjeistusta. Myös terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitukset ovat toivoneet valtakunnallisia ohjeita. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi Turvallinen lääkehoito-oppaan, jonka tarkoituksena on olla valtakunnallinen opas sosiaali- ja terveydenhuoltoalan julkisille ja yksityisille yksiköille. Oppaan tavoitteena on yhtenäistää käytäntöjä, määrittää vähimmäisvaatimukset ja selkeyttää ammattihenkilöiden vastuunjako lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Oppaassa annetaan yksityiskohtainen ohje yksikön lääkehoitosuunnitelman teolle. (STM 2006, 3, 11.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2003 laatinut Lääkepolitiikka 2010 -oppaan, jonka tavoitteena on ollut hahmottaa keinot, joilla saavutetaan sille asetetut tavoitteet vuoteen 2010 mennessä. Turvallisuutta, toimivuutta ja moniammatillista yhteistyötä koskettavia tavoitteita muiden tavoitteiden ohella ovat lääketurvallisuus, lääkkeiden rationaalinen määrääminen, lääkkeiden saanti ja lääkkeiden käyttöön liittyvät tavoitteet. (STM 2003, 14.) Lääkehuoltoa ohjaa myös lääkelaki. Lääkelain tarkoituksena on huolehtia siitä, että lääkkeet valmistetaan asianmukaisesti ja niitä on turvallista käyttää. Lailla pyritään turvaamaan myös kaikkien Suomen kansalaisten mahdollisuudet saada lääkkeitä asuinpaikastaan riippumatta. (L395/1987.)

Lääketurvallisuuden ylläpitämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö pyrkii turvaamaan lääkelaitoksen voimavarat, jotta lääkevalvonta toteutuu. Lääkehoidon kehittämiskeskuksen tavoitteena on ohjata lääkäreitä toteuttamaan järkevää ja tarkoituksenmukaista lääkehoitoa. Tulossa olevan valtakunnallisen sähköisen lääkemääräyksen avulla tarkoituksen mukaista lääkehoitoa voidaan tukea entistä paremmin. Yksityinen apteekkiverkko on Suomessa kattava ja se tukee avohoidon tavoitteita. Muuttoliikkeiden vuoksi kuitenkin tulee huomioida apteekkien mahdollinen väheneminen syrjäseuduilla ja sen tuomat muutokset lääkkeiden saatavuuden suhteen. Terveydenhuollon henkilökunnan koulutuksella pyritään

tukemaan potilaiden lääkkeiden oikeaa käyttöä mm. edistämällä henkilökunnan lääkeasioiden osaamista ja heidän kykyään ohjata ja seurata potilaan lääkehoitoa. Apteekkeja kannustetaan myös kehittämään lääkehoidon arviointia ja seurantaa, jotta lääkehoidon laatu paranee. Tavoitteena on, että väestön tietoisuus lääkkeistä kasvaa. Apuna voidaan käyttää tiedotusvälineitä, potilasjärjestöjä ja kouluja. Sosiaali- ja terveysministeriö suosittaakin, että uusia lääketurvallisuutta parantavia malleja arvioidaan ja kehitetään käytännössä toimiviksi. Yksi uusi oppaassa ehdotettu toimintamalli on koneellinen annosjakelu. (STM 2003, 14 - 16.)

Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla on aloitettu uuden kansallisen lääkestrategian valmistelu. Päätaavoitteena on potilaan hyvinvointi, tarkoituksenmukaisen ja vaikuttavan lääkehoidon edistäminen. (STM 2010.)

Huhtikuun alusta vuonna 2009 on otettu käyttöön viitehintajärjestelmä. Sen tarkoitus on hillitä julkisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän sekä potilaan lääkekustannusten nousua. Tämä tarkoittaa sitä, että apteekin tulee ehdottaa potilaalle vastaavaa, mutta edullisempaa lääkettä, mikäli lääkäri on kirjoittanut reseptin kalliimmasta lääkkeestä. (STM 2009, 2.) Lääkkeiden hintalautakunta määrittelee vastaavat ja korvattavat lääkkeet (L1224/2004). Potilas voi halutessaan kieltäytyä, mutta mikäli lääkäri ei ole katsonut vaihdolle estettä, potilas joutuu maksamaan kalliimman lääkkeen hinnan ja viitehinnan välisen erotuksen itse (STM 2009, 2).

Kotisairaanhoido ja palvelusasuminen ovat osa perusterveydenhuoltoa, ja ne kuuluvat asukasmaksuista annetun asetuksen piiriin (A912/1992). Kotihoidossa ja palveluasumisessa olevat potilaat saavat lääkärin määräämistä lääkkeistä sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen (L1224/2004). Sairausvakuutuslain nojalla potilas on oikeutettu korvaukseen myös koneellisen lääkejakelun aiheuttamista kustannuksista (L1224/2004).

Palveluasumisen ja kotihoidon potilaat ovat riippuvaisia avoapteekkien aukioloajoista ja työntekijöiden mahdollisuuksista hankkia mahdollinen uusi lääke. Sairaalan poliklinikalla tai terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneelle potilaalle voidaan luovuttaa vastikkeetta hoidon välittömäksi aloittamiseksi

tarvittavat lääkkeet siihen asti kunnes, hän saa lääkkeet omasta apteekistaan (L693/1987).

2.2. Lääkehoitosuunnitelma

Vaasan kotihoidossa ja palveluasumisessa on laadittu lääkehoitosuunnitelmat sosiaali- ja terveysministeriön turvallinen lääkehoito oppaan ohjeistusta apuna käyttäen. Palveluasumisessa lääkehoitosuunnitelmat ovat asumispalveluyksikkökohtaisia. Kotihoidon lääkehoito kattaa koko kotipalvelun ja kotisairaanhoidon.

Sosiaali- ja terveysministeriön esittämää lääkehoitosuunnitelmaa tehtäessä tulee huomioida yksikön mahdollisuudet lääkehoidon toteutukseen, koska toteuttamismahdollisuudet voivat vaihdella yksiköittäin. Yksikkökohtainen suunnitelma toimii myös käytännön työvälineenä. Lääkehoidon suunnitelmallisuus lisää myös mahdollisuuksia lääkehoidon laadun kehittämiseen. Lääkehoitosuunnitelman kolmannessa kohdassa esitetään ohjeet siitä, kuka saa osallistua lääkehoitoon ja miten. (STM 2006, 43.) Ohjeistusta on toivottu, koska lääkelaki tai sen nojalla annetut säädökset eivät anna varsinaisia ohjeita lääkehoidon toteuttamiseen käytännössä tai erittele eri ammattiryhmien oikeuksia toteuttaa lääkehoitoa (STM 2006, 11, 18).

Lääkehoitosuunnitelman laatiminen on toimintayksikön johdolla. Suunnitelma päivitetään tarpeen mukaan, vähintään vuosittain. Sairaanhoitopiiri koordinoi alueellisesti lääkehoitosuunnitelman laatimista, ja lääkehoitosuunnitelman laatimisen ja toteuttamisen valvonta kuuluu aluehallintovirastolle. (STM 2006, 44.) Lääkehoitosuunnitelmasta tulee ilmetä myös lääkehoidon toteuttamiseen oikeuttavat lupakäytännöt (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 40). (KUVIO 1.)

Lääkehoitosuunnitelma

1. *Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat*
2. *Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen*
3. *Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako*
4. *Lupakäytännöt*
5. *Lääkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta*
6. *Lääkkeiden jakaminen ja antaminen*
7. *Potilaan informointi ja neuvonta*
8. *Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi*
9. *Dokumentointi ja tiedonkulku*
10. *Seuranta- ja palautejärjestelmät*

KUVIO 1. Lääkehoitosuunnitelman osa-alueet (STM 2006, 43)

Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaan lääkäri vastaa lääkkeen määräämisestä ja huolehtii lääkehoidon kokonaisuudesta. Hänen tulee lääkettä määrätessään huomioida hoidon toteutettavuus moniammatillisessa yksikössä. Laillistetut terveydenhuollon ammattilaiset (mm. sairaanhoitaja, farmaseutti) vastaavat lääkehoidon toteuttamisesta yksikössä. Vastuu tarkoittaa tehtävänjaosta päättämistä, ohjausta, neuvontaa ja valvontaa. Laillistetun terveydenhuollon ammattilaisen vastuulla on myös lääkehuollon toimivuudesta vastaaminen. Jokainen lääkehoitoa toteuttava henkilö kuitenkin vastaa omasta toiminnastaan. (STM 2006, 48 - 49.)

Lääkehoitosuunnitelmasta tulee selvittää kunkin ammattiryhmän työtehtävät, ja työnjako on suunniteltava. Lääkehoito-oppaassa annetaan ohjeet siitä, miten eri ammattiryhmät voivat nykyisten koulutusvaatimusten perusteella osallistua lääkehoidon toteutukseen. (TAULUKKO 1.)

TAULUKKO 1. Turvallinen lääkehoito -oppaan ohje lääkehoidon toteuttamiseen moniammatillisessa sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä (STM 2006, 53)

Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö	Perustutkintoon johtavan koulutuksen antamat valmiudet	Osaamisen varmistaminen, lisäkoulutus	Vastuu / luvan myöntäminen
Lääkehoitoon koulutettu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden tilaaminen, käyttökuntoon saattaminen ja jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi - luonnollista tietä annettava lääkehoito - injektiot ihonsisäisesti, ihon alle ja lihakseen - rokotteet - suonensisäinen neste- ja lääkehoito - verensiirtohoito - epiduraalitalaan annettavaan lääkehoitoon osallistuminen 	<ul style="list-style-type: none"> - suonensisäinen neste- ja lääkehoito - verensiirtohoito - epiduraalitalaan annettavaan lääkehoitoon osallistuminen, muun muassa kipupumppuun annosteltavat lääkkeet - rokotteet 	Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri Näyttö: Kokenut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö
Lääkehoitoon koulutettu nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi - luonnollista tietä annettava lääkehoito - injektiot ihon alle ja lihakseen 	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden tilaaminen - injektiot ihon alle ja lihakseen - lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatko infuusiopullon tai nestepussin vaihtaminen 	Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö
Lääkehoitoon koulutusta saanut sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> - valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä - jako dosettiin potilaan kotona 	<ul style="list-style-type: none"> - injektiot ihon alle 	Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö
Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö		<ul style="list-style-type: none"> - valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä - injektiot ihon alle - jako dosettiin potilaan kotona 	Sopimukseen perustuvaa - potilas-, läke- ja tilannekohtainen Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö
Opiskelija	<ul style="list-style-type: none"> - opiskelija velvollinen esittämään todistuksen suorittamistaan lääkehoidon opinnoista ja niistä suoriutumisestaan 	<ul style="list-style-type: none"> - koulutuksenjärjestäjän ja harjoitteluyksikön sopimus ohjatun harjoittelun ja työssäoppimisen lääkehoidon sisällöstä 	- työnantajan edustaja (esim. lääkehoidosta vastaava tai osastonhoitaja) arvioi opiskelijan lääkehoidon osaamisen ja siihen osallistumisen

2.3. Lääkehoidon turvallisuus

Lääketurvallisuus voidaan jakaa lääke- ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus tarkoittaa lääkkeiden farmakologisia turvallisuusseikkoja. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan lääkkeen hyödyn suhdetta sen haittoihin. Lääkitysturvallisuus puolestaan tarkoittaa lääkkeiden käyttöön liittyviä turvallisuusseikkoja. (Airaksinen 2005, 31.)

Lääkehoidolla pyritään tukemaan terveyttä ja toimintakykyä. Lääkehoidon tavoitteena on myös ehkäistä ja parantaa sairauksia tai hidastaa niiden etenemistä. Lääkehoidolla pyritään lieventämään sairauden aiheuttamia oireita ja ehkäistä sairauksien aiheuttamia komplikaatioita. (STM 2006, 10.)

Lääketurvallisuutta uhkaavat haitat ovat lääkehaitta, lääkityspoikkeama ja läheltä piti -tilanne. Lääkehaitalla tarkoitetaan potilaalle aiheutunutta haittaa lääkkeen käytöstä. Haitta voi johtua lääkkeen vaikutuksesta tai lääkityspoikkeamasta. Lääkityspoikkeamalla tarkoitetaan lääkkeen käyttövirhettä. Lääkkeen käyttövirhe voi ilmentyä lääkehoidon kaikissa vaiheissa. Lääkepoikkeama voi syntyä lääkkeen määräämisessä, käsittelyssä, koostumuksessa, jakelussa, käyttökuuntoon saattamisessa, neuvonnassa tai käytön seurannassa. Läheltä piti -tilanne tarkoittaa tilannetta, jossa lääkitysvirhe huomataan ajoissa eikä virhe pääse potilaalle asti. (Veräjänkorva ym. 2006, 16 - 17.)

Vaasan sairaanhoitopiirin alueella on otettu käyttöön HaiPro -raportointijärjestelmä. Järjestelmään kirjataan vaaratapahtuma ja sitä tarkastellaan kartoittaen syitä, jotka ovat edesauttaneet vaaran syntyyn. (Kinnunen 2010b, 16 - 17.) Vaasan sairaanhoitopiirissä on huomattu, että potilaan lääketietojen saaminen on epävarmaa, koska tällä hetkellä tietokannat eivät tue toisiaan. Potilaan on myös hyvä tuntee lääkityksensä, vaikka tietokannat saataisiinkin toimimaan. Vaasan sairaanhoitopiirin alueella on otettu käyttöön lääkekortti. Lääkekortti on paperinen ja taiteltavissa esim. lompakkoon sopivaksi. (Kinnunen 2010a, 46 - 47.)

Kehitteillä on elektroninen sairaskertomus -järjestelmä, ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö suosittaa, että se tulee sekä julkisten että yksityisten palvelujen

käyttöön mahdollisimman pian. Kyseisessä järjestelmässä olisi lääkekortti, jossa on näkyvillä potilaan ajankohtainen lääkitys. Tähän järjestelmään tulisi liittää myös lääkkeiden yhteisvaikutuksista ilmoittava ohjelma, jonka käyttäminen on mahdollista kaikissa ammattiryhmissä. (Kivelä 2006, 109.)

2.4. Palveluasumisen lääkehoitoprosessi ANJA-lääkejakeelussa

Palveluasumisen sairaanhoitajat yhdessä hoitajien ja asukkaan kanssa tunnistavat asukkaan lääkeshoidon tarpeen. Sairaanhoitajat ottavat tarvittaessa yhteyttä lääkäriin. Lääkäri arvioi lääkityksen tarpeen ja tarvittaessa määrää asukkaalle lääkkeen. Sairaanhoitajat ottavat vastaan lääkemääräyksen omalta lääkäritä tai muulta lääkäritä esim. osastolta, huolehtivat sen oikeasta merkintätavasta Pegasos-läakelistalla ja ilmoittavat lääkityksestä yhdysapteekkiin. Uuden potilaan kohdalla sairaanhoitaja kirjaa potilaan lääkityksen Pegasos-ohjelmaan, jonka lääkäri tarkistaa ja hyväksyy sekä kirjoittaa vuoden reseptit. ANJA-sopimuksien täytössä potilaita avustavat hoitajat tai sairaanhoitajat. Sairaanhoitaja tai terveysaseman sairaanhoitaja lähettää telefaxin vuoden reseptistä yhdysapteekkiin. Sairaanhoitajat järjestävät lääkkeen palvelutaloon ja varmistavat, että lääke tulee käyttöön ja mahdolliset vanhat lääkkeet poistuvat käytöstä. Sovituista käytännöistä riippuen lääkkeet toimitetaan joko apteekin toimesta tai palvelutalon sairaanhoitaja tilaa ne taksilla. Sairaanhoitajat tekevät lääkemuutokset, jotka eivät ole ehtineet pusseihin ja jotka on kuitenkin aloitettava ennen seuraavan pussijakson alkua. Sairaanhoitajat jakavat muut mahdolliset lääkkeet dosettiin.

Lääkkeenjakeoluvan saaneet hoitajat antavat ANJA-pussitetun ja mahdollisesti dosetissa olevan lääkkeen. Hoitajat antavat myös lääkelistalla olevan tarvittaessa lääkkeen ja mahdolliset ulostuslääkkeet. Hoitajat huolehtivat myös insuliinin pistämisestä, silmätipaista, inhalaatioista, perä- ja emätinpuikoista sekä vaihtavat lääkelaastareita. Hoitajat kirjaavat Pegasos-ohjelmaan hoitotyön lehdelle antamansa lääkkeet.

2.5. Kotihoidon lääkehoitoprosessi ANJA-lääkejakelussa

Kotipalvelun hoitajat ottavat potilaalta reseptit ja lääkelistan, sekä täyttävät yhdessä potilaan kanssa ANJA-sopimuksen. Kotipalvelun hoitajat antavat reseptit kotisairaanhoidon sairaanhoitajille jotka huolehtivat ne Pegasos-lääkelistaan ja lääkäreille. Omalääkäri tarkistaa ja hyväksyy potilaan lääkityksen ja tekee vuoden reseptit lääkkeistä. Sairaanhoitajat toimittavat reseptit yhdysapteekkiin. Kotipalvelun hoitajat jakavat lääkkeitä dosettiin kunnes ne alkavat loppua. Hoitajat ilmoittavat apteekkiin kun jakelu voidaan lääkkeiden puolesta aloittaa. Tavoite on, ettei kotiin jää ylimääräisiä lääkkeitä. Yhdysapteekki toimittaa tiedot jakeluapteekille, joka jakaa kahden viikon lääkepussit ja toimittaa ne yhdysapteekille. Yhdysapteekki toimittaa lääkepussin kotipalvelun taukotupiin, joista hoitajat toimittavat ne potilaiden koteihin. Hoitajat jakavat tarvittaessa pussiin soveltumattomat lääkkeet dosettiin. Kotipalveluohjaaja aloittaa ANJA-maksun saatuaan tiedon ANJA-palvelun aloituksesta. Lääkemuutoksen tullessa kesken jakelun kotipalvelun hoitajat vievät pussit korjattavaksi apteekkiin ja ilmoittaa lääkemuutoksesta kotisairaanhoidon. Lääkemuutoksen tullessa muualta tiedon vastaanottanut pyrkii ilmoittamaan siitä kotisairaanhoidolle, koska he ylläpitävät Pegasos-lääkelistaa. Sairaanhoitajat ilmoittavat muutoksen yhdysapteekille. Sairaanhoitajat välittävät muutostiedot omalääkärille, joka hyväksyy muualta tulleen lääkelistan tai tekee siihen muutoksia ja antaa lääkelistan sairaanhoitajalle apteekkiin toimitettavaksi.

3. MONIAMMATILLISUUS LÄÄKEHOIDOSSA

Lääkehoidon kokonaisuuteen osallistuu usein eri alojen asiantuntijoita. Jokaisella asiantuntijalla on omaa osaamista, jota muilla ei välttämättä ole. Oman erikoisosaamisen ymmärtäminen ja arvossa pitäminen on tärkeää myös hierarkisessa kulttuurissa. Yhteistyön toteutuminen vaatii yhteisen kielen ja sosiaalisia yhteistyötaitoja. (Isoherranen ym. 2008, 41- 42.) Lääkehoito on monivaiheinen kokonaisuus, jota terveydenhuollon henkilökunta toteuttaa. Tavoitteena on, että jokaista ammattiryhmää ja työntekijää hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. (STM 2006, 48.)

3.1. Moniammatillinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillisuus merkitsee eri ammattilaisten tietojen yhdistämistä potilaan parhaaksi. Potilaan tarpeet määritellään moniammatillisesti yhdessä potilaan kanssa ja moniammatillisuudella pyritään mahdollisimman hyvään ja kokonaisvaltaiseen hoitoon. (Isoherranen 2005,14.)

Moniammatillisuus tuo haasteita vuorovaikutukselle. Eri ammattilaisten tulee kyetä kollegiaalisuudesta huolimatta toimivaan vuorovaikutukseen. Jokaisen ammattilaisen rooli ja tehtävä tulee olla selkeä, koska jokaisen jäsenen toiminta vaikuttaa potilaan hyvinvointiin. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttaa myös ryhmän tai tiimin yhteenkuuluvuuden tunteen kokeminen. (Silvennoinen 2004, 16 - 17.)

Työskenneltäessä moniammatillisessa ryhmässä roolien merkitys kasvaa myös työn suunnittelussa. Päällekkäisiä työtehtäviä tulee pyrkiä poistamaan ja huomioimaan mahdolliset ristiriitaiset tavoitteet. Rooleja määriteltäessä saattaa tapahtua myös perinteisien rajojen ylitystä. Tämän tavoitteena on joustavan ja kokonaisvaltaisen työskentelyn onnistuminen. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 36 - 37.)

3.2. Moniammatillisuus lääkehoidossa

Lääkäri määrää tarvittaessa lääkkeen tehtyään diagnoosin. Lääkäri vastaa näin ollen lääkkeen tarkoituksenmukaisuudesta. (STM 2006, 36.) Lääkemääräyksen saa antaa vain laillistettu lääkäri ja hammaslääkäri. Farmaseutit ja proviisorit toimivat apteekeissa lääkehuollon ja lääkehoidon tehtävissä. Avohuollon apteekeissa työskentelevillä on myös lakisääteinen velvollisuus antaa lääkeinformaatiota potilaille ja hoitohenkilökunnalle. Lääkehoidon toteutumisesta käytännössä puolestaan vastaavat terveydenhuollon ammattihenkilöt. (esim. kotisairaanhoidon sairaanhoitajat ja palveluasumisen sairaanhoitajat) Nimikesuojatut ammattihenkilöt, kuten lähihoitajat voivat jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiksi annoksiksi. (Veräjänkorva ym. 2006, 39 - 42.) Lääkehoitoon osallistuvien tahojen kuten muun muassa lääkäreiden, apteekkien ja sairaanhoitajien tulee seurata lääkehoidon vaikuttavuutta ja antaa potilaalle riittävän selkeää tietoa lääkityksestä ja sen oikeasta käytöstä, jotta lääkehoito on tarkoituksenmukaista ja tehokasta (STM 2006, 40). Heidän tulee myös dokumentoida hoidon vaikuttavuus ja mahdolliset sivuvaikutukset (Nurminen 2006, 587).

Ikääntyneillä, joilla on useita kroonisia sairauksia, on usein käytössä myös paljon lääkkeitä. Rauhoittavat lääkkeet saattavat aiheuttaa liikuntakyvyn laskua ja jopa kaatumisia. Moni lääkitys ei ole suositeltavaa, koska se saattaa aiheuttaa taloudellisia, psyykkisiä ja fyysisiä ongelmia potilaille. (Eisenhauer, Nicols, Spencer & Bergan 1998, 192.)

Tämän vuoksi vanhuksen lääkityksen kokonaisarvioinnin tulisi tapahtua vähintään puolen vuoden välein. Lääkkeiden haittavaikutuksia tulee seurata ja raportoida yksiköissä tarkasti. Tämä voisi tapahtua Kivelän mukaan moniammatillisena ja saumattomana tiiminä, jossa lääkärinä toimii geriatri tai geriatriaan perehtyneitä yleislääketieteen erikoislääkäreitä. (Kivelä 2006, 110.) Yhteistyötä voidaan kehittää myös prosessiin osallistuvien ammattihenkilöiden kesken tapahtuvilla neuvotteluilla ja projekteilla. Vanhusten lääkehoitoa parantamaan suositellaan perustettavan moniammatillisia työryhmiä, joiden tarkoitus on kehittää asianmukaista lääkehoitoa, ehkäistä lääkehaittoja ja kehittää lääkkeettömiä

hoitoja. (Kivelä 2006, 109.) Lääkkeettömien hoitojen kehittämisessä tulisi huomioida myös kolmannen sektorin tai seurakunnan toimijat. Työryhmään tulisi kuulua eri ammattiryhmiin kuuluvia työntekijöitä kotisairaanhoidosta, palvelutaloista ja pitkäaikaissosastoilta. (Kivelä 2006, 109.)

Apteekkien tulisi Kivelän selvityksen mukaan laajentaa ja kehittää lääkejakelua. Lääkejakelu ei kuitenkaan saa vaikuttaa siihen, että potilaan hoitotiimi ei hallitse lääkehoidon kokonaisuutta eivätkä osaa tunnistaa lääkkeiden hyöty- ja haittavaikutuksia. (Kivelä 2006, 113.)

4. MUTTA TUTKIMUKSIA

Viikilä (2009) on tutkinut koneellisen annosjakelua Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa 2009. Tutkimus oli laadullinen ja analyysi tehtiin sisällön analyysillä. Tutkimukseen osallistui kolme henkilöä kotihoidosta ja kuusi palvelukeskuksesta. Asiakkaita kyselyyn osallistui 11. Tutkimus toteutettiin kyselynä. Kotihoidon työntekijöiden mielestä koneellinen lääkejaku säästi työaika ja he pitivät sitä turvallisena. Työntekijät halusivat jatkaa koneellista jakelua. Palvelukeskuksen työntekijät pitivät koneellista jakelua turvallisena, mutta muutokset heikensivät sitä. Osa vastaajista koki, että työaika säästyy, osa taas koki, että säästynyt työaika käytettiin muutosten tekemiseen ja kadonneiden lääkkeiden etsimiseen. Tutkimuksesta kävi ilmi, että annospusseja avattiin dosetteihin ja hoitajat kokivat, etteivät he tunnista lääkkeitä ulkonäön perusteella kuten ennen. Palvelukeskuksen hoitajat halusivat palata vanhaan käytäntöön, jossa lääkkeet jaettiin yöllä, jolloin aika ei ollut pois potilaalta.

Läkelogistista mallia on tutkittu myös Itä-Helsingin palveluasumisyksiköissä vuosina 2005 ja 2006. Koneellinen lääkejaku vähensi sairaanhoitajien ja hoitajien työajan käyttöä lääkehuollossa. Välitön hoitotyö seurantajakson aikana väheni myös. Välillisen hoitotyön osuus kasvoi merkittävästi. Ennakkoletuksena oli, että koneellinen lääkejaku lisää välittömän hoitotyön mahdollisuutta, näin ei kuitenkaan tapahtunut. Lääkehuoltoon käytetty työaika väheni keskimäärin 21 min viiden vuorokauden aikana. Lääkehuollon muuttaminen koneellisen lääkejakuun ei lisännyt hoitajien työaika toimintakykyä ylläpitävään hoitotyöhön. (Näkki 2007, 20, 41 - 42.)

Kelan tutkimuksessa Saikkonen (2003, 11 - 16, 19) tutki koneellisen lääkejakelun vaikutuksia lääkkeiden kustannuksiin. Tarkastelun kohteena oli koneelliseen lääkejakuun siirtyminen, hävikin merkityksen ja suurten pakkausten vaikutus lääkekustannuksiin. Tutkimukseen osallistui 120 potilasta. Koneellinen lääkejaku vähensi lääkekustannuksia keskimäärin 6 %. Tutkimuksessa ei huomioitu mahdollista annosjakelumaksun vaikutusta lopullisiin lääkekustannussäästöihin. Tutkimuksen johtopäätöksissä suositellaan, että

palvelun vaikutuksia tulisi selvittää laajemmin siinä vaiheessa, kun palvelu on laajentunut.

Amerikassa vuosittain kuolee 48 000, jopa 98 000 ihmistä lääkkeiden vuoksi. Nämä olisivat To Err Is Human - Building a Safer Health System -tutkimuksien mukaan estettävissä olevia. Tutkimuksen mukaan suurin syy virheille ei ole vain yksilön tekemät virheet vaan organisaation suunnittelun heikkous. Järjestelmää ei ole suunniteltu siten, että virheitä on helppo välttää. (Kohn, Corrigan & Donaldson 1999, 1-5.)

Koneellisen lääkejakelele on tutkittu vähentävän lääkkeen jakamiseen ja toimittamiseen liittyviä virheitä. Koneellinen lääkejakele lisää terveydenhuollon henkilökunnan ja apteekin henkilökunnan yhteistyötä. Yhteistyö lisää potilaan lääkityksen tarkempaa seurantaa. Ammattilaisten käyttäessä yhteistä lääkityskorttia lääkitysvirheet vähenivät merkittävästi ja lääkehoidon vaikuttavuus parantui. (Wilson ym. 1997.)

Veräjänkorvan (Veräjänkorva 2003, 55, 119.) tutkimuksessa verrattiin perusterveydenhuollon sairaanhoitajien ja lääkehoitotaitoja erikoissairaanhoidon sairaanhoitajien lääkehoitotaitoihin. Molemmat ryhmät edustivat pitkäaikaissairaanhoidoa. Oleellisin ero ryhmässä oli, että perusterveydenhuollon koeryhmän toimipaikoissa oli enemmän käytössä keskitettyä lääkkeen annostelua manuaalisen lääkkeen jakamisen lisäksi. Keskitetty lääkkeen annostelu tapahtui koneellisesti sairaala-apteekin automaattisella ATC-laitteella.

Saarikettu (2007) on tutkinut apteekkihenkilöstön ja vanhustenhuollon hoitajien näkemyksiä koneellisen annosjakelun käyttöönotosta ja sen vaikutuksista. Tutkimuksessa kysyttiin hoitajilta mielipidettä sen hetkisestä, perinteisestä lääkejakelesta ja siitä, mitä he olettivat koneellisen annosjakelun vaikuttavan lääkehoitoon. Molemmat pitivät nykyistä mallia hyvänä, mutta uskoivat koneellisen annosjakelun olevan tarpeellinen uudistus. Hoitajat näkivät nykytilan farmaseutteja parempana. Molemmat ammattiryhmät uskoivat monilääkityksen vähenevän koneellisen jakelun myötä. Koneellisen lääkejakelelele uskottiin tuovan

positiivisia ja negatiivisia asioita. Farmaseutit epäilivät sen tuovan lisätyötä, hoitajat taas olivat huolissaan lääketuntemuksen ja lääkevaikutusten seuraamisen heikentymisestä. Apteekin väki uskoi koneellisen jakelun tuovan uusia mahdollisuuksia työn kehittämiseen ja hoitajat uskoivat säästävänsä työaika. Muutosvastarintaa koneellisen lääkejakelun käyttöönoton yhteydessä voi esiintyä molemmilla ammattiryhmillä. Apteekeissa saatetaan kohdata lisäpaineita ja tiedon puutetta. Hoitajille taas manuaalinen lääkejakelu on ollut olennainen osa omaa työtä.

Laitinen (2006) on tutkinut koneellista annosjakelua Lahden kaupunginsairaalassa. Tutkimuksessa tutkittiin lääkekuluja, työajan käyttöä ja lääkäreiden kokemuksia koneellisesta lääkejakelusta sekä apteekin interaktiopalvelusta. Tutkija piti ajanjaksoa liian lyhyenä, jotta taloudelliset vaikutukset olisivat tulleet esiin. Sairaanhoidajien lääkkeiden käsittelyaika väheni 17,5 % ja yhteisvaikutusvaarat vähenivät 23,8 %.

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1. Tutkimuksen suunnittelu

Tutkimuksen aihetta valittaessa tulee pohtia, täyttääkö aihe hyvän aiheen kriteerit ja soveltuuko se omalle tieteenalalle. Tutkimuksen aiheen tulee olla myös kiinnostava, jotta se innosta tutkijaa kuukausia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 67 - 68.)

Ammattikorkeakoulussa tehtävän tutkimuksen aiheen valinnassa tulee huomioida myös ammattikorkeakoulun tutkimukselle asetetut tavoitteet. Ammattikorkeakoululain (L351/2003) mukaan ammatillisissa korkeakouluissa tapahtuvan tutkimuksen tulee palvella korkeakouluopetusta, tukea aluekehitystä ja työelämää. (L351/2003.) Aiheen on siis noustava työelämän tarpeesta ja sen tulee tuottaa työelämälle käytännön hyötyä. (Vilka 2005, 44.)

Tämän tutkimuksen aihe oli tutkijaa kiinnostava ja työelämää palveleva. Tutkimus oli myös toteutettavissa ajallisesti taloudellisesti, ja tutkimuksen kohderyhmä oli käytännössä valmiiksi selvillä, sillä tutkimus haluttiin tehtävän Vaasan kaupungin kotihoidossa ja palveluasumisessa. ANJA-työryhmä antoi suuntaa tutkimukselle, mutta tutkimusongelmat ja metodologiset valinnat päätettiin itsenäisesti. Tutkimusongelmien asettamista auttoi tutkijan omakohtainen kokemus koneellisesta lääkejakelestusta. Tutkimuksen haluttiin tuottavan käytännön ja työntekijälähtöistä tietoa lääkehoidon tämänhetkisestä tilanteesta Vaasan kotihoidossa ja palveluasumisessa.

5.2. Tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuoda esiin työntekijöiden näkemys koneellisen lääkejake­lun vaikutuksesta turvallisuuteen, toimivuuteen ja moniammatilliseen yhteistyöhön.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää seuraavat asiat:

1. Miten Vaasan kotihoidon ja palveluasumisen lääkehoitoprosessiin osallistuvat henkilöt kokevat koneellisen ANJA-lääkejake­lun toimivan?
2. Mitkä seikat Vaasan kotihoidon ja palveluasumisen lääkehoito- prosessiin osallistuvat näkevät koneellisen ANJA- lääkejako­järjestelmän etuina ja haittoina?
3. Miten Vaasan kotihoidon ja palveluasumisen lääkehoitoprosessiin osallistuvat kokevat koneellisen ANJA-lääkejake­lun vaikuttavan lääketurvallisuuteen?
4. Miten Vaasan kotihoidon ja palveluasumisen lääkehoitoprosessiin osallistuvat kokevat moniammatillisen yhteistyön koneellisessa lääkejake­lussa?

Tutkimus lähti liikkeelle aiheen saamisena Vaasan kaupungilta. Vaasan kaupungin henkilökunnasta ja yhdysapteekin henkilökunnasta koostuva ANJA-työryhmä esitti toiveen tämän tutkimuksen tekemisestä.

Kotihoidossa palvelunsaajasta käytetään yleensä nimitystä asiakas. Palveluasumisessa taasen käytetään asukas-nimitystä. Tässä tutkimuksessa palvelunsaajasta eli ANJA-lääkepussia käyttävästä henkilöstä käytetään potilas-nimikettä, koska lääkehoito on lääkärin aloittamaa hoitoa ja lääkettä käytetään yleensä sairauden hoitoon tai sen oireiden lievittämiseen. Lääkkeen jakamisesta käytetään kahta ilmaisua, koneellinen lääkejake­lu tai käsin tehtävä lääkejake­lu. Koneellinen lääkejake­lu tarkoittaa Vaasassa käytössä olevaa ANJA- lääkejake­lu järjestelmää. Yhdysapteekki-nimitystä käytettäessä tarkoitetaan apteekkia, joka toimii Vaasassa ja on yhteydessä Etelä-Suomessa oleviin jakelukeskuksiin.

Lääkejakelukeskuksella tarkoitetaan apteekkia, joka jakaa lääkkeet koneellisesti lääkepusseihin. Pegasos on Vaasassa käytössä oleva potilastietojärjestelmä.

5.3. Aineiston keruu ja analyysi

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin palveluasumisessa ja kotihoidossa toimivat työntekijät, jotka osallistuvat ANJA-lääkejakeluun. Havaintoyksikköinä olivat Vaasan kaikkien terveysasemien lääkärit, kotisairaanhoidon- ja palveluasumisen lähihoitajat, vastaavat ohjaajat ja sairaanhoitajat sekä koneellisen lääkejakelun yhdysapteekkien henkilökunta. Hoitaja- nimikkeellä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan työntekijää, joka työskentelee nimikkeellä lähihoitaja, kodinhoitaja, mielenterveyshoitaja, kotiavustaja tai perushoitaja. Yhdysapteekeista havaintoyksiköiksi valittiin apteekista koneelliseen lääkejakeluun osallistuva henkilökunta. Havaintoyksiköksi kutsutaan tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen täyttävää henkilöä (Vilkkä 2005, 92).

Lomake pyrittiin muotoilemaan kaikkia ammattiryhmiä palvelevaksi ja se pyrittiin muotoilemaan selkeästi ymmärrettävään muotoon. Lomake lähetettiin luettavaksi palveluasumisen johtajalle, kotihoidon johtajalle ja sairaanhoidon palveluyksikön johtajalle. Saatekirjeet ja kyselylomakkeet lähetettiin ohjaavan opettajan tarkastuksen jälkeen maaliskuussa 2010.

Tämän tutkimuksen menetelmänä oli kysely. Kyselylomakkeen kysymykset olivat strukturoimattomia eli avoimia kysymyksiä. Survey-kyselyssä kysytään kaikilta samat asiat. Survey-kysely valittiin tutkimusmenetelmäksi, koska se soveltui vakioituna kaikille ammattiryhmille. Kyselylomake valittiin myös, koska tutkija ei ole läsnä lomaketta täytettäessä.

Tutkimus toteutettiin postikyselynä. Lomakkeet lähetettiin tai vietiin yksiköihin tai heidän esimiehilleen jaettaviksi. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirja ja palautuskuori. Kyselylomakkeessa oli kaksi taustatietokysymystä ja viisi avointa kysymystä. Kysymykset vastasivat tutkimuskysymyksiä. Avoimiin kysymyksiin päädyttiin, koska avoimien kysymysten avulla saatiin tutkittua vastaajan omakohtaisia kokemuksia koneellisen lääkejakelun moniammatillisen prosessin

toiminnasta. Avoimia kysymyksiä suunniteltaessa huomioitiin niiden järjestys. Järjestyksessä pyrittiin yleisestä yksityiskohtaisempaan ja positiivisesta negatiivisempaan -linjaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tutkittu lähinnä hoitajien työaikaa ja taloudellisia säästöjä. Tällä tutkimuksella kysymystenasettelussa painotettiin käytännön työntekijän kokemuksia arjen työstä.

Vastausaikaa oli kolme viikkoa. Aineistoa palautui kolmen viikon aikana tasaisesti. Viimeisen palautuspäivän jälkeen odotettiin muutama päivä sisäisen ja ulkoisen postin kulun vuoksi. Karhuamista ei tehty, koska jokaisesta ammattiryhmästä saatiin riittävästi vastauksia.

Kotipalvelun hoitajien ja palveluasumisen hoitajien vastausprosentit jäivät mataliksi, mutta määrällisesti vastauksia tuli riittävästi. Kylläntymispistettä on kuitenkin vaikea määrittää tutkimuksessa, jossa selvitetään työntekijöiden kokemuksia. Tutkimusaineisto alkoi kuitenkin jo toistaa itseään eikä lisäaineisto olisi välttämättä tutkijan mielestä tuonut merkittävää lisätietoa ryhmien kokemuksista.

Aineistoa selattiin ja luettiin jo palautusvaiheessa. Yleisesti ottaen lomakkeet olivat hyvin täytettyjä ja vain kuusi lomaketta jouduttiin hylkäämään. Lomakkeet jaoteltiin palautusvaiheessa analyysiä varten ammattiryhmittäin. Lomakkeet numeroitiin ammattiryhmiä loogisesti muistuttavalla juoksevalla numeroinnilla. Juoksevan numeroinnin jälkeen havaintoyksikön eli lomakkeen kaikki tiedot syötettiin ja tallennettiin havaintomatriisiin. Tutkimuksessa käytettiin apuna Excel-taulukkoa. Vaakariveille syötettiin eri ammattiryhmien lomakkeille annetut juoksevat numerot, jotta tietyn vastaajan tiedot ovat tarkistettavissa myöhemmin. Pystyriveille syötettiin vastaukset eli tiedot. Yhdessä kysymyksessä saattoi olla useampi vastaus. Kaikki tiedot tallennettiin tässä vaiheessa sellaisinaan havaintomatriisiin. Tässä vaiheessa ei vielä tehty aineiston luokittelua tai ryhmittelyä.

Tämä tutkimus toteutettiin kokonaisotantana. Kokonaistutkimukseen päädyttiin, koska lääkäreiden ja sairaanhoitajien määrä oli pieni. Kotihoidon lähihoitajista

olisi voitu valita esimerkiksi vain lääkevastaavat, mutta otos olisi ollut liian pieni luotettavuuden ja yleistettävyyden kannalta. Kotihoidon lähihoitajat on jaettu Vaasan kotihoidossa alueellisen sijaintinsa mukaan kolmeen alueeseen, mutta palveluasumisen lähihoitajat työskentelevät kahdeksassa eri palvelutalossa. Mahdollisten alueellisten ja talokohtaisten erojen vuoksi mitään aluetta tai palvelutaloa ei haluttu rajata pois. Kokonaistutkimukseen päädyttiin myös, koska se oli myös teknisesti mahdollista toteuttaa.

Havaintomatriisin tietoja luokiteltiin ryhmiin asiasisältöjen mukaan, ja ryhmistä pyrittiin tekemään toisistaan poikkeavia. Ryhmittelyn jälkeen vastaukset koodattiin eli muutettiin numeraaliseen muotoon. Tutkimuskirjallisuudesta ilmeni, että sisällön analyysin ja sisällön erittelyn eroista käytiin keskustelua. Tämän tutkimuksen avoimien vastausten esittämistä määrällisessä muodossa voidaan pitää sisällön erittelynä. Tätä tutkimusta voidaan pitää myös määrällisenä, koska tuloksissa lasketaan määriä.

Sisällön analyysin ja erittelyn luokittelut voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti tai sitä voi ohjata jokin ulkoinen teoria tai teema. Tässä tutkimuksessa vastausten alustavaa luokittelua ohjasivat tutkimusongelmien kautta teemat, joten voidaan puhua deduktiivisesta analyysistä. Teemat olivat toimivuus, turvallisuus ja moniammatillinen yhteistyö. Näiden teemojen sisään muodostettiin yläkategorioita eli ryhmiä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Aineistolähtöisesti muodostettiin myös jokaisen eri ammattiryhmän omaa työtään kuvaava ryhmä.

6. TULOKSET

Kyselylomakkeita lähetettiin kaikkiaan 341. Kyselyyn vastasi yhteensä 109 henkilöä (N=109), joten vastausprosentiksi saatiin 32 %. Tuloksien prosentit ja frekvenssit lasketaan ja ilmoitetaan kuitenkin vastausten lukumäärästä, koska vastaaja saattoi kertoa useamman kokemuksen yhteen kysymykseen. Vastaajien jakauma eritellään tarkemmin taulukossa 2.

6.1. Tutkimuksen kohderyhmä

Kotihoidon palvelualueelle lähetettiin 152 lomaketta. Kotihoidosta vastasi 52 henkilöä (n=52). Kotihoidon palvelualueeseen kuului kotipalvelun hoitajat, kotisairaanhoidajat ja kotipalveluohjaajat. Kotihoidon vastausprosentti oli 34 %.

Palveluasumisyksikköihin jaettiin 155 lomaketta, joista palautui 43 (n=43). Palveluasumiseen kuului palveluasumisessa työskentelevät hoitajat, sairaanhoitajat ja vastaavat ohjaajat. Vastaavien ohjaajien vastaukset käsitellään kotipalveluohjaajien kanssa. Palveluasumisen vastausprosentti oli 28 %.

Avoterveydenhuollon lääkäreille ja apteekkihenkilökunnalle lähetettiin yhteensä 34 lomaketta, joista palautui 14 (n=14). Vastausprosentiksi saatiin 41 %.

TAULUKKO 2. Tutkimukseen vastanneiden jakautuminen

	Avoterveys	Apteekit	Kotihoito	Palveluasuminen	N
Lääkärit	9				9
Sairaanhoitajat			11	8	19
Hoitajat			35	34	69
Apteekin työntekijät		5			5
Vastaavat ohjaajat			6	1	7
N	9	5	52	43	109

6.2. Lääkejakelun toimivuus

Työntekijät kuvasivat ANJA-lääkejakelun toimivuutta oman kokemuksensa perusteella. Toimivuudella tarkoitetaan työntekijän kokemusta, jolla on vaikutusta työn sujuvaan toimivuuteen. Varauksellisuus tarkoitti sitä, että ANJA-lääkejakelun toimivuudessa oli jokin ongelma, joka estää sitä toimimasta hyvin.

6.2.1. Lääkärit ja apteekkihenkilökunta

Toimivuutta kuvaavia vastauksia tuli yhteensä 37 (N=37; kuvio 2). Lääkärit ja apteekkihenkilökunta kuvasivat ANJA-lääkejakelun toimivuutta haasteellisena ja toimivuudessa oli vielä parannettavaa. Lääkäreiden ja apteekkihenkilökunnan vastauksista toimivuutta varauksellisesti kuvasi (51 %; n=19). Lääkärit kuvasivat toimivuutta heikentävänä tekijänä erityisesti lääkemutokset ja ANJA-lääkejakelun aloitukseen liittyvät hankaluudet. Apteekkihenkilökunta kuvasi kokonaisuuden toimivuutta heikentäviä seikkoja ja yhteistyön haasteita toimivuuteen.

”Mutokset heikentää toimivuutta”

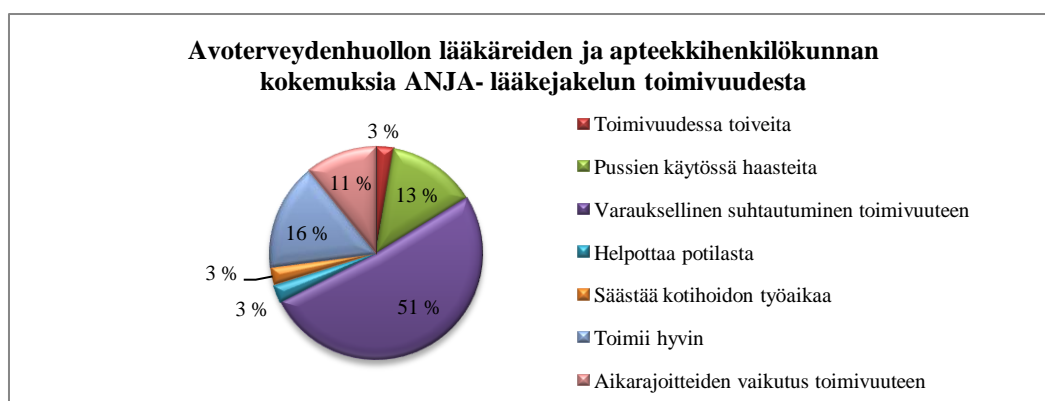
”Kokonaisuutena ANJA ei mielestäni toimi vielä sujuvasti”

”Käyntiin saaminen raskas prosessi”

Lääkärit ja apteekkihenkilökunta kuvasivat ANJA-lääkejakelun toimivan hyvin (16 %; n=6). Kuvaukset olivat lyhyitä, eivätkä sisältäneet selityksiä tai perusteluja. ANJA-lääkejakelun kuvattiin helpottavan potilaan arkea (3 %; n=1). Kotihoidon työtaakkaan sen uskottiin keventävän (3 %; n=1).

Lääkärit kuvasivat lääkepussien avaamisen olevan potilaille hankalaa. ANJA-lääkepussista huolimatta potilailla oli kuitenkin mahdollisuus halutessaan syödä muitakin lääkkeitä tai he saattoivat ottaa pusseja väärin. Pussien käytössä kuvattiin haasteita (13 %; n=5).

Apteekkihenkilökunnan työtä haittasi ANJA-jakelusta johtuvat aikarajoitteet. Lääkepussit tuli tilata viikkoa ennen toimitusta ja sen jälkeen lääke muutokset eivät enää ehtineet pusseihin. Kahden viikon jaksoa pidettiin lyhyenä, mutta silti siinäkin ajassa muutoksia tuli. Annospussin lääkkeet säilyvät kuukauden ja jos potilas oli pitkään sairaalassa, ei vanhoja pusseja voitu välttämättä enää hyödyntää. Aikarajoitteiden vaikutusta työn toimivuuteen kuvattiin (11 %; n=4). Toimivuuden kannalta mahdollisesti oleellisesti vaikuttava toive tuli lääkäreiltä. Vuosittaiset reseptien uusimistilanteet toivottiin järjestettävän porrastetusti, jotta lääkäri ehtii perehtyä potilaan lääkitykseen kunnolla. Toivetta toimivuuden parantamiseksi kuvattiin (3 %; n=1).



KUVIO 2. Avoterveydenhuollon lääkäreiden ja apteekkihenkilökunnan kokemuksia ANJA-lääkejake­lun toimivuudesta

6.2.2. Palveluasumisen hoitajat ja sairaanhoitajat

Hoitajilta toimivuutta kuvaavia vastauksia tuli yhteensä 87 (N=87; kuvio 3). Hoitajat kuvasivat ANJA-lääkejake­lun toimivan hyvin (19 %; n=17). Pussien toimivuutta kuvattiin eniten. Pussin käyttäminen koettiin helpoksi ja hygieeniseksi ja niiden käyttämistä pidettiin toimivana (31 %; n=27). Hoitajat kuvasivat pusseja kuitenkin myös herkästi aukeaviksi, säilytyslaatikon olevan liian pieni ja pussin tekstin olevan epäselvää. Lääkepussien kuvattiin heikentävän toimivuutta (15 %; n=13).

Lääkemuutokset hoitajien kokemuksen perusteella koettiin haastavina. Vain 1 % (n=1) vastauksista kuvasi niiden sujuvan hyvin. Lääkemuutoksien kuvattiin tuovan lisää työtä sairaanhoitajille ja lisää tarkistustyötä lähihoitajille (14 %; n=12). ANJA-pussien rinnalla doseteissa ja purkeissa olevat lääkkeet aiheuttivat toimivuutta heikentäviä seikkoja, koska lääkkeiden ottaminen yhteen monesta paikasta koettiin hankalana (9 %; n=8). Hoitajat toivoivat lääkkeiden toimitusta aikaisemmaksi ehtiäkseen tekemään lääkemuutokset ja tarkistukset (5 %; n=4). Hoitajat kuvasivat lääkepussien tulevan ajallaan (6 %; n=5).

Sairaanhoitajilta toimivuutta kuvaavia vastauksia tuli yhteensä 28 (N=28; kuvio 3). Lääkepussien mukana tulevan lääkelistan koettiin olevan ajan tasalla ja uudistuksen jälkeen selkeä. Aseptiikan koettiin parantuneen ja säilytyksen helpottuneen ANJA-lääkejakele myötä. Lääkepussisiin oli mahdollista saada enemmän ottamisajankohtia kuin dosettiin ja niissä oli päällä selkeästi nimi, päivä ja lääkkeet. Lääkepussia pidettiin hyvinä (25 %; n=7).

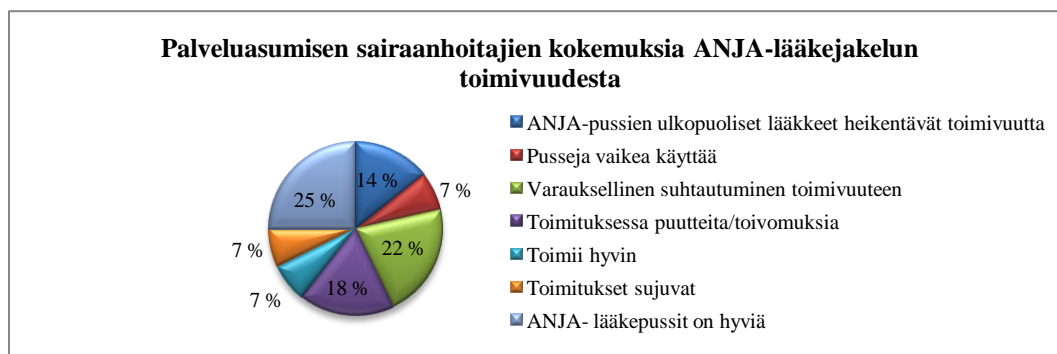
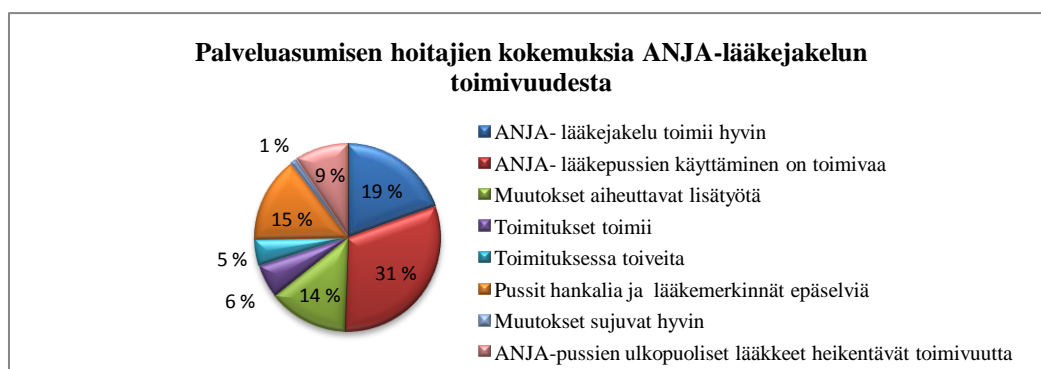
Sairaanhoitajista ANJA-lääkejakeleä pidettiin toimivana (7 %; n=2). Toimivuutta heikensivät kuitenkin lääkemuutokset, eikä ANJA-lääkejakele uskottu olevan pienessä potilasmäärässä perinteistä jakelua toimivampi. Sairaanhoitajat kuvasivat toimivuutta heikentäviä seikkoja (22 %; n=6).

”Jos asiakkaalla lääkkeet pysyvät samoina viikosta toiseen, on ANJA mitä toimivin systeemi: lääkkeet selkeästi pakattuina pusseihin kaikkine tarvittavine tietoineen, helppovaivaton systeemi, MUTTA!”

Toimivuutta heikensi sairaanhoitajien vastausten mukaan myös se, ettei kaikkia lääkkeitä saatu jakelun piiriin (14 %; n=4). Sairaanhoitajat kuvasivat pussien rikkoutuvan ja lääkelaatikoiden olevan ahtaita. Lääkkeet saattoivat pudota ja silloin potilas jäi ilman lääkettä. Pussit koettiin haastavina (7 %; n=2).

Toimituksien koettiin tulevan ajallaan (7 %; n=2), mutta oheistilaustuotteiden ja tai lääkemuutoksen aiheuttamien lääkkeiden toimittamisessa taloon kuvattiin puutteita ja toivomuksia (18 %; n=5). Kahden viikon toimitusväli koettiin liian pitkänä. Oheistilauksissa oli ollut myös puutteita.

Lähihoitajat pitivät ANJA-jakelua toimivampana kuin sairaanhoitajat. Hoitajat pitivät myös pussien toimivuutta parempana. Molemmat ryhmät kokivat muutosten aiheuttavan lisää työtä, sairaanhoitajat lähes kaksinkertaisesti enemmän. Toimitukset vastaajaryhmät näkivät toimivuuden kannalta lähes samoin, sairaanhoitajilla oli enemmän toivomuksia toimituksien suhteen. Molemmat vastaajaryhmät kokivat lääkepussien rinnalla olevat dosetit ja purkit toimivuutta heikentävinä tekijöinä.



KUVIO 3. ANJA-lääkejake- luku toimivuus palveluasumisen hoitajien ja sairaanhoitajien kokemana

6.2.3. Kotihoidon työntekijät

Kotipalvelun hoitajilta tuli toimivuutta kuvaavia vastauksia yhteensä 110 (N=110; kuvio 4). Yleistä toimivuutta hoitajat kuvasivat lyhytsanaisesti. ANJA-lääkejake- luku kuvattiin toimivan hyvin (13 %; n=14). Yhteistyötahojen tietämättömyys ANJA-lääkejake- luksesta ja alussa esiintyvät käynnistämisen hankaluudet heikensivät toimivuutta. Toimivuutta varauksellisesti kuvattiin (11

%; n=12). Varauksellisuus tarkoitti sitä, että vastaajat kuvasivat ANJA-lääkejakelun toimivuudessa olevan jokin seikka, joka estää sitä toimimasta hyvin. ANJA-lääkejakelu koettiin hoitajien mielestä toimivaksi, kunnes lääkitykseen tuli muutos. Lääkitysmuutos toi ongelmia silloin kun tieto siitä ei tavoittanut kaikkia osapuolia. Vastausten perusteella lääkemuutoksia tehtiin itse pusseihin tai lääkelisäyksen kohdalla pussin rinnalle haettiin lääkepurkki. Vastauksista ilmeni, että tietoa siitä miten lääkemuutokset tehdään, ei ollut riittävästi. Potilaan joutuessa sairaalaan pussien peruminen ei onnistu nopeasti. Hoitajat kuvastivat lääkemuutosten aiheuttavan lisätyötä ja epävarmuutta (35 %; n=39). 1 % (n=1) kuvasi muutoksia sujuvaksi.

”Miten intervalliasiakkaiden ANJA jakelu järjestetään?”

”Lääkärit määräävät asiakkaalle lääkkeitä, antavat reseptit suoraan asiakkaille, ei tietoa ANJAAN”

”Kun lääkäri tk: ssa tai osastolla tekee muutokset liian myöhään ettemme ehdi niitä hakea”

”Joskus ANJA muutokset tehdään apteekissa, se on kaukana ja siihen menee aikaa”

Pussien toimivuutta kuvattiin sen käyttämiseen liittyvillä seikoilla. Pusseja pidettiin toimivana ja helposti käytettävänä (8 %; n=9), mutta pusseja kuvattiin myös vaikeaksi avata, käyttää ja hävittää. Pussien käyttämisessä kuvattiin ongelmia (28 %; n=31). Lääkepussien toimituksen koettiin toimivan hyvin (4 %; n=4).

”Helppo antaa asiakkaalle”

”Jotkut asiakkaat pärjäävät hyvin kun saavat rauhassa ottaa itse pusseista lääkkeitä”

”Pussit on leikattava, jotta ei sos. Tunnukset ja asiakkaan nimi jäisi näkyviin”

”Monelle pussit pitää silti jakaa dosettiin”

”Meillä on vain muutama asiakas joka osaa ottaa lääkkeitä pussista”

”Tabletit leviää helposti lattialle”

”Lähihoitajat joutuvat seuraamaan ANJA pussin ulkopuolisia lääkkeitä, ettei tarvitse itse välillä hakea niitä apteekista”

Kotisairaanhoitajilta tuli toimivuutta kuvaavia vastauksia yhteensä 36 (N=36; kuvio 4). Sairaanhoitajat kokivat, että reseptien uusiminen apteekin kautta oli helpottanut heitä, hoitajia, potilaita ja heidän omaisiaan apteekkiasioinnin vähentymisen vuoksi (14 %; n=5). ANJA-lääkejaketun kuvattiin helpottavan työtä silloin kun asiakkaan lääkitys pysyy pitkään samana. Muutokset ja moniammatillinen yhteistyön koettiin heikentävän toiminnan sujuvuutta. Varauksellisesti toimivuutta kuvattiin (33 %; n=12). Varauksellisuus tarkoitti sitä, että vastaajat kuvasivat ANJA-lääkejaketun toimivuudessa olevan jokin seikka, joka estää sitä toimimasta hyvin. Lääkemuutokset aiheuttivat haasteita lääkehoidon toteuttamiselle. Kotipalvelun hoitajille muutokset aiheuttivat lisätyötä. Haasteita lääkemutoksissa kuvattiin (33 %; n=12).

”Monilla vanhuksilla lääkitys muuttuu tosi usein eli muutokset työllistävät ja tulee turhia apteekkireissuja”

”Pienikin muutos vaatii monen toimenpiteen ja menee monen ihmisen kautta”

”Luulen omaisten ja potilaiden pitävän siitä, että reseptien uusiminen on vähentynyt”

”Joskus tulee mieleen, että vanha konsti oli parempi”

Hoitajien kaltaisesti myös sairaanhoitajat kuvasivat pussien olevan helposti rikkoutuvia ja potilaiden oli niitä vaikea avata (11 %; n=4). Lääketoimitukset koettiin varmoina (3 %; n= 1). Toimituksissa kuvattiin puutteita (6 %; n=2).

”Lääkepussien toimitukset myös edelleen kangertelee, menevät väärin taukotupiin ym. Ja niiden perään saa sitten soitella ja sopia”

Kotipalveluohjaajilta tuli toimivuutta kuvaavia vastauksia yhteensä 30 (N=30;kuvio 4). Kotipalveluohjaajat kuvaavat ANJA-lääkejaketun toimivan kohtalaisen hyvin (23 %; n=7) ja hyvin toimivana (17 %; n=5).

”Järjestelmä toimii monimutkaisuuteensa nähden yllättävän hyvin”

”Selkeyttää lääkehoidon toteutusta, seurantaa”

”Kokonaisuus toimiva, mutta prosessin sisällä eri osa-alueet vaativat edelleen työstämistä, parantamista”

Kotipalveluohjaajat kokivat, että hoitajien työaika kuluu edelleen apteekkiasiointiin lääkemuutosten vuoksi sekä lääkkeiden jakamiseen dosettiin. Hoitajien työajan käyttöä lääkehoidossa kuvattiin (26 %; n=8). Kuitenkin 17 % (n=5) vastauksista kuvasi ANJA-lääkejakelun säästävän hoitajien työaika. Ohjaajat olivat saaneet palautetta siitä, etteivät potilaat saa itse otettua lääkkeitä pusseista. Pussien tyhjäminen dosetteihin potilaista johtuvista käytännön syistä tiedostettiin. Pussien käytön hankaluutta kuvattiin (17 %; n=5).

”Kotihoidon henkilöstön aikaa kuluu paljon apteekissa käyntiin, odottelua, lääkejakeluvirheiden selvittämisiin”

”Lääkejakelu säästää hoitajien aikaa kun lääkkeet jaettu valmiiksi”

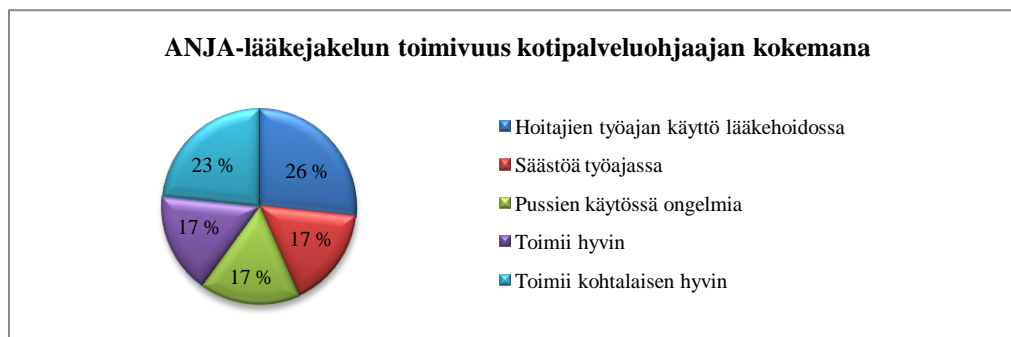
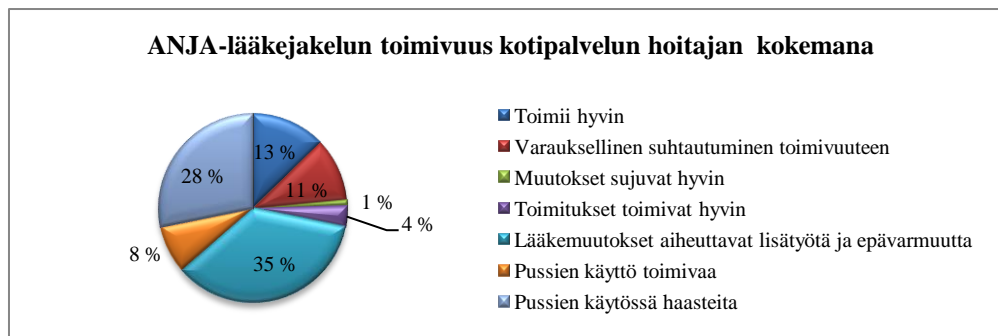
”Työtä riittää lääkehuollossa silti, koska kuureja ja Marevania ei pusseihin saada”

Kaikkien vastaajaryhmien suurimpana toimivuutta kuvaava ryhmä oli lääkemuutokset. Kotipalvelun hoitajat kuvasivat muutoksen tekemisen käytännön hankaluutta. Sairaanhoitajat sen sijaan kertoivat muutoksien määrästä ja siihen kuluvaan työajasta. Kotipalveluohjaajien vastaukset painottuivat muutosten osalta kotipalvelun hoitajien työajan käyttöön.

Kotipalvelun työntekijät ja heidän esimiehensä näkivät pussien käyttämisen samankaltaisina. Tämä saattaa johtua osin hoitajan esimiehelleen antamasta palautteesta. Sairaanhoitajat kertoivat myös pussien käytön ongelmista, mutta selkeästi lähihoitajia vähemmän. Tähän saattaa vaikuttaa se, että he eivät anna lääkkeitä yhtä usein kuin hoitajat.

Sairaanhoitajien ryhmässä oli suurin varauksellisuus toimivuuteen. Kotipalvelun lähihoitajat ja ohjaajat kuvasivat varauksellisuutta yhdellä tai kahdella sanalla, kun taas sairaanhoitajat kuvailivat tarkemmin varauksellisuutta hieman tarkemmin.

Kotipalvelun hoitajat ja sairaanhoitajat ottivat kantaa toimitusten toimivuuteen, kun taas kotipalveluohjaajien vastauksissa siitä ei ollut mainintoja.



KUVIO 4. ANJA-lääkejakelelun toimivuus kotipalvelun työntekijöiden kokemana

6.3. Lääkejakelelun yleiset kokemukset

Yleiset kokemukset koskettavat työntekijöiden oman ammattiryhmänsä kannalta merkittäviä asioita. Työntekijät pohtivat myös taloudellisia seikkoja. He miettivät myös miten ANJA-lääkejakelelun on vaikuttanut heidän tai muiden ammattiryhmien työhön.

6.3.1. Avoterveydenhuollon lääkärit ja apteekkihenkilökunta

Lääkäreiden ja apteekkihenkilökunnan yleisiä vastauksia ANJA-lääkejakelesta tuli yhteensä 34 (N=34). (KUVIO 5.)

Lääkärit ja apteekkihenkilökunta kuvasivat työhönsä vaikuttavia tai työtä lisääviä seikkoja (35 %; n=12). Lääkärien vastaukset koskettivat lääkityksen aloittamista ja sen muuttamista. Apteekkihenkilökunnan työtä kuvasi muutoksien tekeminen ja yhteistyön runsaus.

”Kotipalvelun pussit tuodaan apteekkiin muutettavaksi, tämä vie aikaa 15- 60 min muutoksen laajuudesta riippuen”

”Vaatii valtavasti yhteistyötä eri toimijoiden kanssa”

”Vain omalääkäri saa hyväksyä lääkelistan”

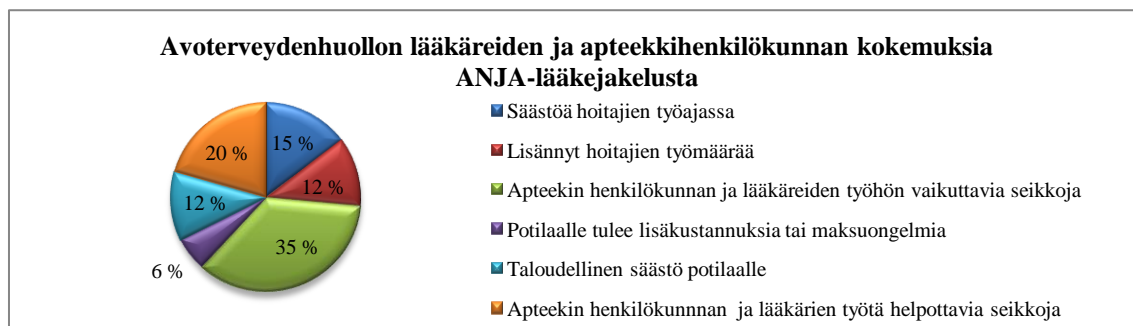
”Rinnakkaisvalmisteet aih. Joskus ongelmia lääkelistan ylläpitämisessä”

Lääkärien työtä helpotti vastausten mukaan reseptien kirjoittamisen väheneminen. Apteekkihenkilökunnalle oli muodostunut työhön rutiineja jolla työtä oli pystytty helpottamaan. Apteekin työtä helpottaa myös lääkelistan selkeys ja lääkelistan uusiminen kerran vuodessa. Työtä helpottavia seikkoja kuvattiin (20 %; n=7).

Apteekkihenkilökunta kuvaili myös hoitajien työajan käyttöä. Säästöä työajassa kuvattiin syntyvän, koska kotipalvelun hoitajan ei tarvitse jakaa lääkkeitä eikä asioida apteekissa kuten aikaisemmin. Toisaalta kotipalvelun hoitajien työaika kuvattiin kuluvan apteekissa käynteihin lääkemuutosten vuoksi. Apteekkihenkilökunta huomioi myös, että palveluasumisen sairaanhoitajat tekivät lääkemuutoksia itsenäisesti. Säästöä hoitajien työajassa kuvattiin (15 %; n=5). Työmäärän lisääntymistä kuvattiin (12 %; n=4).

Lääkärit ja apteekkihenkilökunta kuvasivat potilaan säästöjen syntyvän siitä, että ANJA-lääkejakelesta lääkkeitä ei jää hukkaan ja potilas maksaa vain syömistään lääkkeitä. Taloudellista säästöä kuvattiin (12 %; n=4). Apteekkihenkilökunnan

vastauksista ilmeni myös huoli potilaan maksuvaikeuksista ANJA-lääkejake-
lun laskutuksen vuoksi. Laskutus tapahtuu 84 päivän erissä ja summa saattoi olla
potilaalle liian suuri maksettavaksi. Apteekkihenkilökunnan vastausten perusteella
myös kesken pussijakson lopetetut lääkkeet jäivät kuitenkin potilaan
maksuttavaksi. Lisäkustannuksia tai maksuvaikeuksia kuvasi (6 %; n=2).



KUVIO 5. Avoterveydenhuollon lääkäreiden ja apteekkihenkilökunnan
kokemuksia ANJA-lääkejake-
lusta

6.3.2. Palveluasumisen hoitajat ja sairaanhoitajat

Palveluasumisen hoitajilta tuli yleisiä vastauksia yhteensä 62 (N=62; kuvio 6).
ANJA-lääkejake-
lun koettiin heikentävän ammattitaitoa ja passivoivan. Lääkkeiden tunnistamisen ja lääkehoidon seurannan kuvattiin kärsineen (47 %;
n=29). Hoitajat kuvasivat työn kuitenkin helpottuneen vapauttavan työaika-
a ja olevan tasapuolinen kaikille hoitajille (35 %; n=22). ANJA-lääkejake-
lun ei koettu tuovan mitään haittoja (3 %; n=2), mutta ei myöskään merkittävää etua (2 %;
n=1). Lääkejake-
lun lisäksi vastuun siirtyminen apteekeille koettiin hyvänä (3 %;
n=2). Hoitajien vastausten perusteella reseptien koettiin olevan apteekin vastuulla
ja hoitajien ei tarvinnut miettiä lääkärin tavoitettavuudesta.

”Hoitajana koen, että tiedän asukkaiden lääkityksestä nyt vähemmän kun en ole konkreettisesti niiden kanssa niin paljon tekemisissä”

”Helpottanut paljon työtämme, ennen oli kova työ jakaa lääkkeet käsin dosetteihin”

Lääkekustannukset jakoivat mielipiteet tasan. Hoitajat kuvasivat ANJA-lääkejakelun säästävän potilaan ja yhteiskunnan rahoja, koska siinä käytetään aina edullisinta lääkettä (5 %; n=3). Lisäkustannuksia kerrottiin tulevan silloin kun jokin potilaan jo maksama lääke poistettiin pussista ja tilalle lisättiin uusi apteekista erikseen ostettu lääke. Lisäkustannuksia kuvattiin (5 %; n=3).

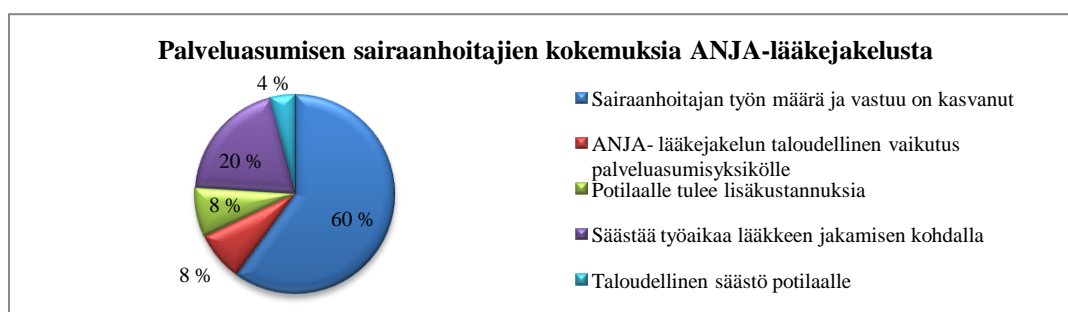
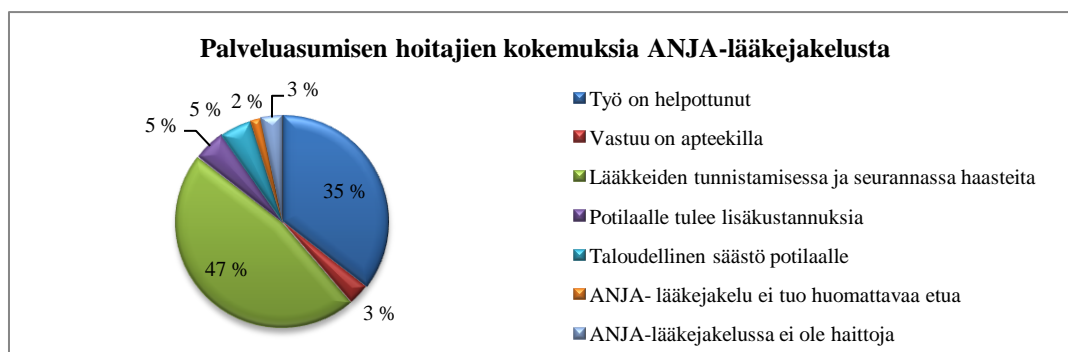
Palveluasumisen sairaanhoitajilta tuli yleisiä vastauksia yhteensä 25 (N=25; kuvio 6). Sairaanhoitajat kuvasivat työmääränsä lisääntyneen. Lisääntyntä työtä kuvattiin erityisesti tulevilla lääkemuuoksilla, jotka sairaanhoitajat tekivät pusseihin kunnes muutos saatiin järjestymään ANJA-lääkejakelun kautta. Sairaanhoitajat jakoivat tarvittaessa myös dosetit. Työn lisääntymistä ja vastuun lisääntymistä kuvattiin (60 %; n=15). Sairaanhoitajat kuvasivat, että dosettien jakamisesta on kuitenkin säästynyt aikaa (20 %; n=5).

Sairaanhoitajat pohtivat ANJA-lääkejakelun taloudellisia vaikutuksia potilaalle ja palveluasumisyksikölle. Taxikuljetusten taloudellista vaikutusta kuvasi (8 %; n=2). Vastauksista ei selvinnyt, oliko kyse juuri ANJA-lääkejakelun aiheuttama kulu vai olisiko kulu syntynyt myös perinteisessä lääkejakelussa. 4 % (n=1) vastauksista kuvasi, että ANJA-jakelu säästää potilaan lääkekustannuksia. Sairaanhoitajat kuitenkin olivat kokeneet, että lopetetun lääkkeen poistuminen pussista saattaa kestää kauan ja potilas joutuu kuitenkin kyseisestä lääkkeestä maksamaan. 20e palvelumaksun katsottiin myös olevan suuri. Mahdollisia lisäkustannuksia pohdittiin (8 %; n=2).

Oman työn kannalta hoitajat pitivät suurimpana haittana lääkkeiden tuntemisen ja hoidon seurannan vaikeutumista. Sairaanhoitajien suurin haitta oli työmäärän ja vastuun lisääntyminen ANJA-lääkejakelun myötä, koska he tekevät lääkemuuokset itse ANJA-pusseihin ja jakavat tarvittaessa rinnalla käytettävät dosetit.

Molemmat ryhmät kokivat, että työaika säästyy. Sairaanhoitajat tarkensivat sitä nimenomaan lääkkeen jakamisen osalta syntyvään säästöön. Kumpikaan ryhmä ei maininnut miten säästynyt työaika käytettiin. Molemmat ammattiryhmät kertoivat

taloudellisia seikkoja potilaan kannalta samansuuntaisesti. Sairaanhoidajat pohtivat asiaa myös oman yksikkönsä kannalta.



KUVIO 6. Palveluasumisen hoitajien ja sairaanhoitajien kokemuksia ANJA-lääkejakelestä

6.3.3. Kotipalvelun työntekijöiden kokemuksia ANJA-lääkejakelestä

Kotipalvelun hoitajilta tuli yleisiä vastauksia yhteensä 69 (N=69; kuvio 7). Hoitajat olivat huolissaan lääkejaon ja hoidon seurannan vaikeutumisesta ANJA-lääkejakelelön myötä. Lääkejaon ja seurannan vaikeutumista kuvattiin (40 %; n=28). Vaikka hoitajat olivat huolissaan lääkejakotaidoistaan ja hoidon seurannan vaikeutumisesta, he pitivät hyvänä vastuun siirtymistä apteekille hyvänä (51 %; n=35). Kotipalvelun hoitajat kuvasivat, että ANJA-lääkejakele säästää potilaan lääkekuluja (6 %; n=4), mutta sen uskottiin toisaalta jopa lisäävän lääkekuluja (3 %; n=2).

”Hoitajana et välttämättä enää tiedä mihin ja miten lääke vaikuttaa”

”Kun käymme vain viemässä toisille vain lääkepussit, emme pysty seuraamaan asiakkaan terveyden tilaa”

”Oma lääketietämys kyllä laskee. Ennen tiesi enemmän lääkkeitä, koska halusi tietää mitä dosettiin jakaa.”

”Tärkein etu on se että lääkkeet on annosteltu valmiiksi ja hoitaja säästyy niiden jakamiselta verrattuna pusseista lääkkeiden laittamiseen dosettiin”

”Hyvä asia, ei tarvitse vastata lääkkeitä ja niiden muutoksista”

”Hoitajilta säästyy vähän aikaa kun ei tarvitse jakaa dosettiin”

”Kotiavustaja/ kh ei ole lääkejakolupaa, ANJA: n avulla lähihoitajan työtaakka ei kuormitu lääkejaolla”

Kotisairaanhoidajilta tuli yleisiä vastauksia yhteensä 43 (N=43; kuvio 7). Sairaanhoidajat olivat huolissaan kotipalvelun hoitajien ja oman lääketuntemuksen heikkenemisestä. Sairaanhoidajat kuvasivat, että lääketaidoissa oli ilmentynyt puutteita. Lääketuntemuksen heikentymisen vuoksi lääkkeiden jakaminen oli hankaloitunut. Lääkejako ja tunnistamisongelmia kuvattiin (39 %; n=17). Lääketuntemuksen lisäksi sairaanhoidajien vastaukset kuvasivat huolta lääkehoidon seurannan heikentymisestä (5 %; n=2).

”Kauppanimiä muutellaan koko ajan, hoitajat saaticka itse potilaat eivät tiedä mikä lääke on kyseessä”

”Hoitajat eivät perehdy potilaan lääkitykseen koska vievät vain pussin”

Turhat lääkkeet ja isot lääkepaketit ovat poistuneet kotoa ANJA-lääkejakelun myötä. Sairaanhoidajat kuvasivat potilaiden maksavan syömistään lääkkeitä (9 %; n=4). Sairaanhoidajat kuvasivat työajan säästyneen (12 %; n=5) vastauksista, mutta 35 % (n= 15) vastauksista kuvasi sairaanhoidajan työn ja vastuun lisääntyneen ANJA- lääkejakelun myötä.

”Ajansäästö lääkejaossa kotona”

”Sairaanhoidaja joutuu seuraamaan, että lääkäri toimii oikein”

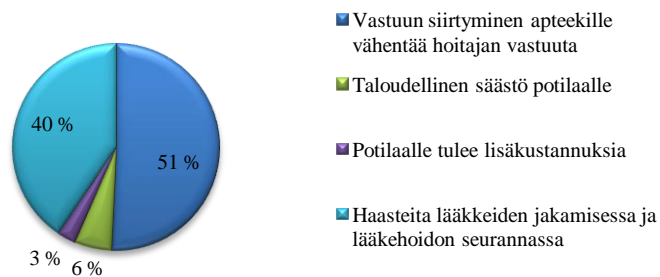
”Rinnakkaislääkkeet muuttuvat jatkuvasti Espoossa, ensin aluksi ja usein myös kesken jakelua -> Pegasoksen lääkelista mahdoton pitää ajan tasalla / Pegasoksen lääkelistasta vaikea katsoa vaikuttavan aineen mukaan mitä lääkettä potilaalla menee!”

Kotipalveluohjaajilta tuli yleisiä vastauksia yhteensä 14 (N=14; kuvio 7). Kotipalveluohjaajien vastauksista kuvasi, että tieto uuden ANJA-lääkejakelun aloituksesta ei tullut heille riittävän varmasti ja he eivät voineet tehdä maksupäätöstä ANJA-maksusta potilaalle. Toivomuksena oli, että kuukauden lopussa kotipalveluohjaajat saisivat listan potilaista, joille oli aloitettu ANJA-lääkejakelu. Kotipalveluohjaajan työtä haittasi puutteet aloitustietojen saamisessa (43 %; n=6). Kotipalveluohjaajien vastauksista kuvasi ongelmia potilaan hoidon järjestämisessä silloin kun asiakas siirtyy palveluseteli asiakkaaksi ja ANJA palvelu puretaan (29 %; n=4).

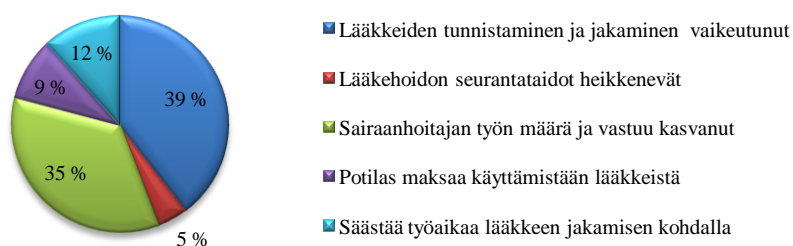
Lääkekorvaukset koettiin sujuvat mutkattomammin kuin aikaisemmin ja potilaan uskottiin saavan markkinoiden edullisimmat lääkkeet. Myös lääkehävikin uskottiin jäävän pieneksi ANJA-lääkejakelussa. Taloudelliseksi ANJA-lääkejakelua kuvattiin (28 %; n=4).

Kotipalvelun hoitajien ja sairaanhoitajien kokemukset työajan säästöstä olivat sisällöllisesti samankaltaisia. Heidän vastauksistaan korostui, että käsin tapahtuvaa jakelua on nyt vähemmän kuin aikaisemmin ja siitä tulee työajan säästöä. Sairaanhoitajat kokivat, että heille oli siirtynyt paljon tehtäviä ja vastuuta, kun taas kotipalvelun hoitajat kokivat hyvänä lääkejakeluvastuun siirtymisen apteekille. Lähihoitajat kuvasivat työn helpottuneen myös sillä, että kaikki ammattiryhmät ovat tasa-arvoisessa asemassa. Kotipalveluohjaajien vastauksista korostui työn tekemisen hidastuminen tiedon puutteiden vuoksi tai asiakassuhteiden muutosten vuoksi. Kaikki ammattiryhmät huomioivat taloudellisia asioita, kotipalveluohjaajat muita ryhmiä eniten.

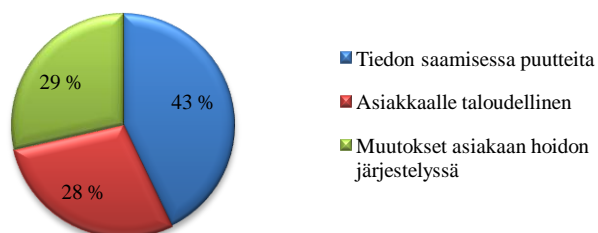
Kotipalvelun työntekijöiden kokemuksia ANJA-lääkejakeelusta



Kotisairaanhoidon työntekijöiden kokemuksia ANJA-lääkejakeelusta



Kotipalveluohjaajien kokemuksia ANJA-lääkejakeelusta



KUVIO 7. Kotipalvelun työntekijöiden kokemuksia ANJA-lääkejakeelusta

6.4. Lääkejakelelu turvallisuu

Työntekijät kuvasivat kokemuksiiaan ANJA-lääkejakelelu turvallisuudesta. Työntekijät kuvasivat turvallisuuu oman työn kautta, mutta myös miten he olivat kokeneet moniammatillisen yhteistyön vaikuttaneen turvallisuuu. Turvallisuuu koettiin vaikuttavan myös joitain yleiseen toimivuuteen liittyviä seikkoja.

6.4.1. Lääkärit ja apteekkihenkilökunta

Lääkäreiden ja apteekkihenkilökunnan vastauksia ANJA-lääkejakelelu turvallisuuu uoli yhteensä 55 (N=55; kuvio 8). ANJA-lääkejakelelu kuvattiin lisäävän turvallisuuu (42 %; n=23). Lääkärit kokivat, että lääkitys tulee tarkistettua varmemmin, pussien avulla nähdään onko lääkkeet otettu ja lääkelistojen avulla nähdään mitä potilaan tulisi syödä. Lääkärit kokevat, että annospussit vähentävät potilaiden erehtymistä lääkkeissä, erityisesti muistisairaiden kohdalla. Apteekkihenkilökunnan vastauksien perusteella lääkituksen turvallisuuu on lisännyt lääkehoidon seurannan keskittäminen yhteen apteekkiin. Lääkepussit koettiin myös hyväksi selvien merkintöjen vuoksi sekä siksi, ettei niissä ollut dosettien kaltaista aukeamisvaaraa. Molemmat ammattiryhmät pitivät kotona olevien lääkevarastojen pienenemistä ANJA-lääkejakelelu myötä turvallisuuu edistävänä tekijänä. Kotilääkkeiden vähentymistä pidettiin turvallisuuu edistävänä tekijänä (13 %; n=7).

Lääkärit ja apteekkihenkilökunta kuvasivat samanlaisia ongelmia pussien käyttämisessä. Potilaat saattoivat säästää pusseja tai ottaa niitä useamman kerralla. Lääkärit kuvasivat näiden lisäksi, että tarvittavat lääkkeet saattoivat olla ongelma, ja psyykkisesti sairaat potilaat epäilivät ANJA-lääkejakelelu käytettäviä rinnakkaislääkkeitä. Lääkkeiden käytössä kuvattiin pusseista johtuvia ongelmia (11 %; n=6). Lääkepussien oikeellisuus lääkemuuuosten jälkeen mietitytti lääkäreitä ja apteekkihenkilökuntaa. Apteekkihenkilökunta huomioi virheellisestä tilauksesta johtuvia jakovirheitä konejakelelu sekä käsin tehtäviä lääkejakovirheitä muuosten yhteydessä. Lääkärit puolestaan olivat kokeneet, että muuokset toteutuivat viiveellä ja pohtivat, toteutuivatko muuokset varmasti.

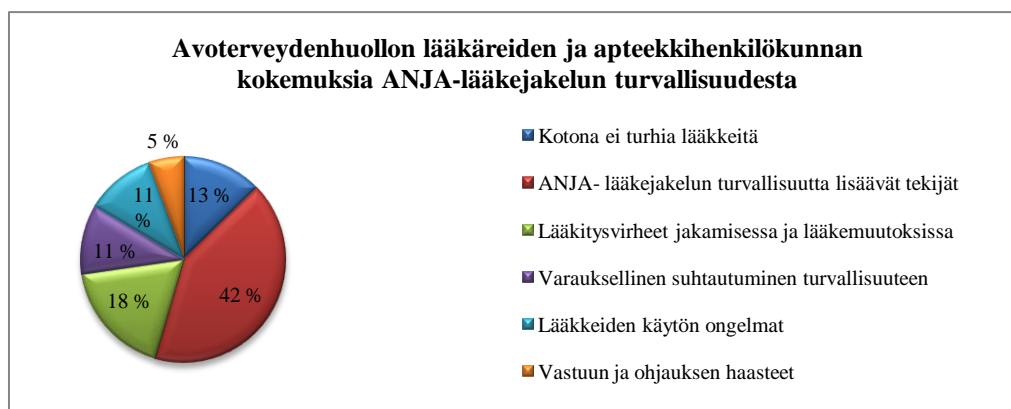
Lääkärit pohtivat myös lääkemuuostosten toteutumista silloin kun lääkemuuostus tuli esimerkiksi Vaasan keskussairaalaasta tai yksityislääkäriltä. Lääkitysvirheitä jakamisessa ja lääkemuuoksissa kuvattiin (18 %; n=10). Apteekkihenkilökunnan vastauksista kävi ilmi, että vastuuseen ja ohjaukseen liittyvät seikat olivat vielä epäselviä. Potilaan saadessa lääkemuuoksen oli epäselvää kuka tarkisti yhteensopimattomuudet. Ongelmien ilmentyessä ei myöskään koettu olevan selvillä taho/henkilöä johon voisi ottaa yhteyttä. Vastuukysymyksiä ja työntekijöiden perehdytyksen puutteita kuvasi (5 %; n=3). Varauksellisesti ANJA-lääkityksen turvallisuutta kuvattiin epäilemällä turvallisuutta toimivuutta heikentävien seikkojen vuoksi (11 %; n=6). Varauksellisuus tarkoitti sitä, että vastaajat kuvasivat ANJA-lääkejakeelussa olevan asioita, jotka saattoivat heikentää turvallisuutta.

”Jos yhteistyö sujuu, toimii hyvin”

”Periaatteessa parantaa, käytännössä ei välttämättä”

”Turvallisuus hyvä jos pot. ottaa lääkkeet oikein”

”Periaatteessa lisää turvallisuutta, virhemahdollisuudet vähenevät”



KUVIO 8. Avoterveydenhuollon lääkäreiden ja apteekkihenkilökunnan kokemuksia ANJA-lääkejakeelun turvallisuudesta

6.4.2. Palveluasumisen hoitajat ja sairaanhoitajat

Palveluasumisen hoitajilta tuli turvallisuutta kuvaavia vastauksia yhteensä 55 (N=55; kuvio 9). ANJA-lääkejake- luvun turvallisuuden koetaan lisääntyneen, koska ihmisten virheiden koettiin vähentyneen koneellisen jakelun myötä (45 %; n=25). Lääketurvallisuutta edistäväksi seikaksi mainittiin se, että kotona tai palvelutalossa ei ole turhia lääkkeitä (6 %; n=3). Lääkkeiden antamisessa ja seurannassa koettiin silti olevan ongelmia. Pussien auki saaminen koettiin haastavana ja lääkkeen tipahtaessa lattialle ei tilalle ollut uutta lääkettä. Pusseja kuvattiin turvallisuutta heikentävänä tekijänä (18 %; n=10). Hoitajat kuvasivat, että heidän oli sokeasti luotettava pussin sisältöön ja siihen, että mahdolliset muutokset oli tehty. Hoitajat kokivat myös, että heidän tuli koneellisesta lääkejake- luvusta huolimatta tarkastaa pusseja ja seurata muutosten oikeellisuutta. Myös koneellisia lääkejake- luvun virheitä oli huomattu. Turvallisuuteen vaikuttavia puutteita lääkehoidon seurannassa ja lääkkeiden jakamisessa kuvattiin (31 %; n=17).

”ANJASSA ollut virheitä mm. tänä aamuna puuttui lääkkeitä, piti olla 50mg, oli vain 25mg, mistä otat puuttuvan lääkkeen”

Palveluasumisen sairaanhoitajilta tuli turvallisuutta kuvaavia vastauksia yhteensä 25 (N=25; kuvio 9). Lääkemuutokset ilmaantuivat pusseihin hitaasti ja vastausten mukaan niistä ei riittävästi ilmoitettu sairaanhoitajille. Koneellisen jakelun lääke- muutosten seurannassa koettiin haasteita (36 %; n=9). Lääkkeiden tiheä vaihtuminen heikensi sairaanhoitajien lääketuntemusta ja lääke- muutosten teko heikensi turvallisuutta. Myös ANJA-lääkepussien rinnalla käytettävät dosetit koettiin turvallisuutta heikentävänä tekijänä. Turvallisuutta heikentäviä puutteita kuvattiin lääkkeenjaossa ja seurannassa kuvattiin (28 %; n=7).

”Kiireellisissä lääke- muutoksissa tehtäessä saa olla tarkkana geneeristen nimien ja pillereiden samannäköisyyden takia”

”Lääkkeitä saattaa olla tilapäisesti loppu ANJA- jakelusta eikä asiasta aina ilmoiteta tai toimiteta lääkettä tilalle”

Sairaanhoitajat kuvasivat lääkejaketun olevan turvallinen, mikäli lääkitys pysyy samana, pussit eivät repeile ja ne annetaan oikealle potilaalle (8 %; n=2). Lääkkeiden haettaminen taksilla kuvattiin turvallisuutta heikentävänä tekijänä (4 %; n=1). ANJA-lääkejaketua ei pitänyt turvallisena (4 %; n=1). Lääkepussien heikon materiaalin kuvattiin olevan turvallisuusriski ja aiheuttavan turvallisuusriskin lääkkeenannossa (4 %; n=1). Lääkejakovirheiden uskottiin vähentyneen ANJA-lääkejaketun myötä (8 %; n=2). Turhien lääkkeiden poisjäämisen kotoa kuvattiin turvallisuutta edistävänä tekijänä (4 %; n=1). ANJA-lääkejaketun koettiin opettavan uusista lääkkeistä (4 %; n=1).

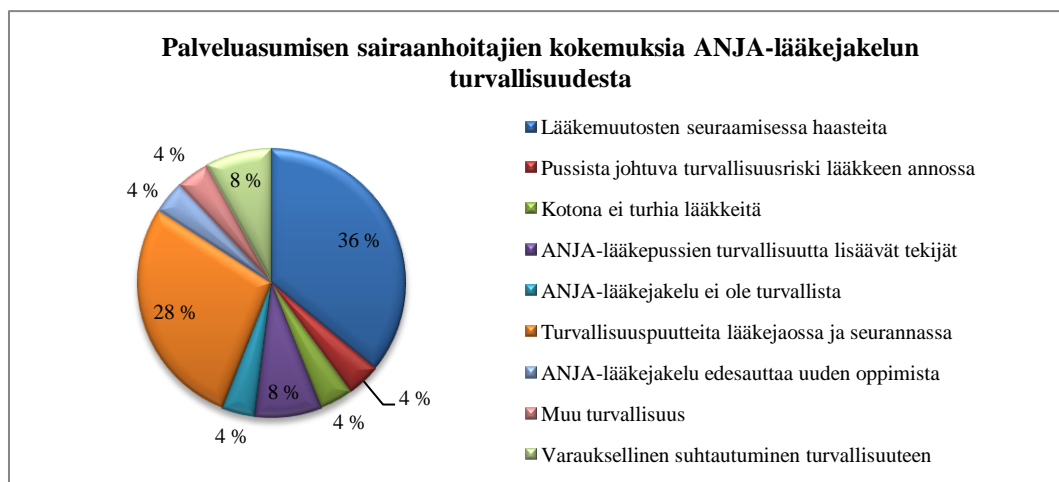
”Jos lääkkeet pysyvät samana ja pussit eivät repeile liian helposti on systeemi turvallinen”

”Jakamisessa tapahtuneet virheet vähentyneet”

Hoitajat pitivät pusseja turvallisena, mutta olivat huomanneet niissä virheitä. He luottivat, että joku on tarkastanut pussit. Sairaanhoitajien vastauksista kävi ilmi, että he pyrkivät tarkastamaan pussien sisällön, mutta lääkkeiden tiheä vaihtuminen heikensi sairaanhoitajien lääketuntemusta ja vähensi turvallisuutta tarkastusta tai lääkemuutosta tehdessä.

Suurin ero ryhmien välillä oli se, miten ryhmät kokivat lääkevirheiden vähentyneen. Lähihoitajat uskoivat inhimillisten virheiden vähentyneen sairaanhoitajia huomattavasti enemmän.

Lääkepussien repeytymisestä ja lääkkeiden häviämisestä molemmat ryhmät puhuivat samansuuntaisesti. Turvallisuutta parantavana tekijänä molemmat ryhmät pitivät turhien lääkkeiden poistumista palvelutaloista.



KUVIO 9. Palveluasumisen hoitajien ja sairaanhoitajien kokemuksia ANJA-lääkejake- luku turvallisuudesta.

6.4.3. Kotihoidon työntekijät

Kotipalvelun hoitajilta tuli turvallisuutta kuvaavia vastauksia yhteensä 58 (N=58; kuvio 10). ANJA-lääkepussuja pidettiin turvallisina, koska ihmisten virheiden määrän uskottiin vähentyneen. Lääkepussien kuvattiin lisäävän turvallisuutta (47 %; n=27). Ylimääräisten lääkkeiden poistumista kotoa kuvattiin myös turvallisuutta edistävänä tekijänä (14 %; n=8). Lääkepussien merkintöjä pidettiin selkeinä ja hyvinä (10 %; n=6).

”Asiakkaat ottavat paremmin lääkkeitä ja me huomaamme heti jos otettu väärin”

”Tosi hyvin koska lääkkeiden yhteisvaikutukset tarkistetaan ANJA:ssa”

”Pusseissa lukee selkeästi asiakkaalle kuuluvat lääkkeet, päivämäärä ja kellonaika”

Rinnalla käytettävät dosetit ja pussien rikkoutumiset sekä käyttövaikeudet aiheuttivat haasteita lääkkeiden jakamisessa ja antamisessa. (29 %; n= 17).

”Kaikki asiakkaat eivät ymmärrä kuinka pusseja otetaan”

”Pussista ottaminen vaikeaa, pussi repeää ja lääke voi pudota tai jäädä pussiin pieni tabletti.”

”Tietenkin pitää aina kuitenkin tarkistaa pussien sisältö, virheitäkin siellä joskus”

”Kaikki lääkkeet eivät voi olla ANJA: ssa, että osa jaetaan edelleen käsin”

Kotisairaanhoidajilta tuli turvallisuutta kuvaavia vastauksia yhteensä 41 (N=41; kuvio 10). Koneen lääkkeiden tunnistamiskykyä pidettiin ihmisistä parempana eikä häiriötekijöiden uskottu vaikuttavan konejakeluun kuten lääkkeiden käsin jakeluun. ANJA- lääkepussia pidettiin turvallisuutta edistävinä (15 %; n=6). Turvallisuutta lisäsi sairaanhoidajien mielestä myös se ettei kotona ollut suuria lääkevarastoja (14 %; n= 6). ANJA-lääkejakelun uskottiin vähentävän lääkkeiden väärinkäyttöä, koska potilaat eivät saaneet itse reseptejä tai lääkelistoja (5 %; n=2).

Sairaanhoidajat olivat huolissaan siitä, että lääkkeiden tunnistaminen on heikentynyt ja samalla lääkepussien tarkastaminen oli vaikeutunut. Sairaanhoidajat myös epäilivät koneellisen jakelun turvallisuutta, koska konetta ohjaa ihminen. Koneelliseen lääkejakelun tai lääkepussien tarkastamiseen liittyviä turvallisuuspuutteita kuvattiin (39 %; n=16). Vastauksissa epäiltiin myös, että kotipalvelun apteekkikäynnit olivat turvallisuusriski. Lääkemuutoksien toteutuminen koettiin myös epävarmaksi. Muutosilmoituksen ei uskottu tavoittavan aina kaikkia osapuolia ja vanha lääkitys saattoi jäädä päälle (15 %; n=6). Sairaanhoidajat kuvasivat ongelmia pussien avaamisessa. Lääkkeitä putosi ja uutta lääkettä ei ollut tilalle. Pussien avaamisesta ja lääkkeiden putoamisesta johtuvia turvallisuuspuutteita kuvattiin (10 %; n=4). ANJA- lääkejakelun ei uskottu parantavan turvallisuutta (2 %; n=1).

”Joskus joudumme avaamaan pussit ja laittamaan dosettiin, sitten voi mennä taas sekaisin”

”Potilaat luottavat, että lääkkeet on oikein jaettu ja valitettavasti on myös ilmentynyt virheitä (esim. unilääke aamussa/ lääkkeitä puuttuu kokonaan”

”Kotona useita lääkelistoja, vanha voi tulla mukaan sairaalaan joutuessa”

”Anja pusseissa olevat virheet huomataan sattumalta”

”Lääkäriin hyväksyttävä esim. Vks lääkelistat ilman epikriisiä, koska niitä on vaikea saada.”

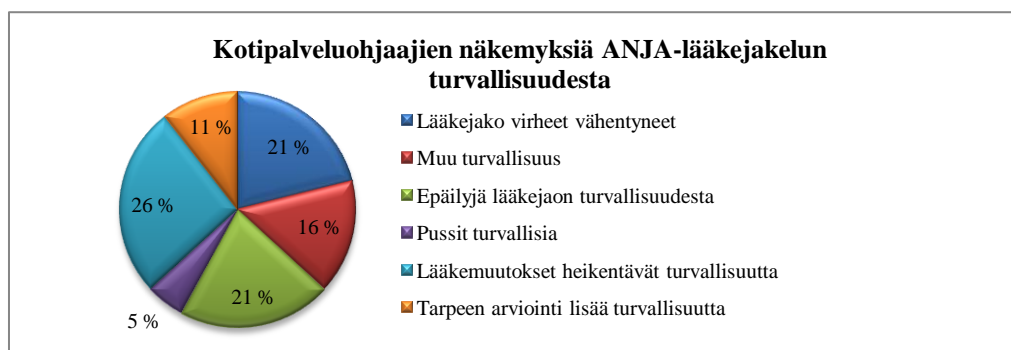
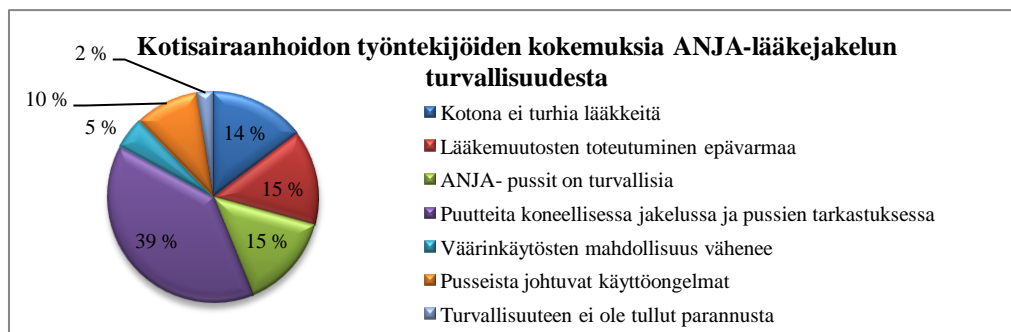
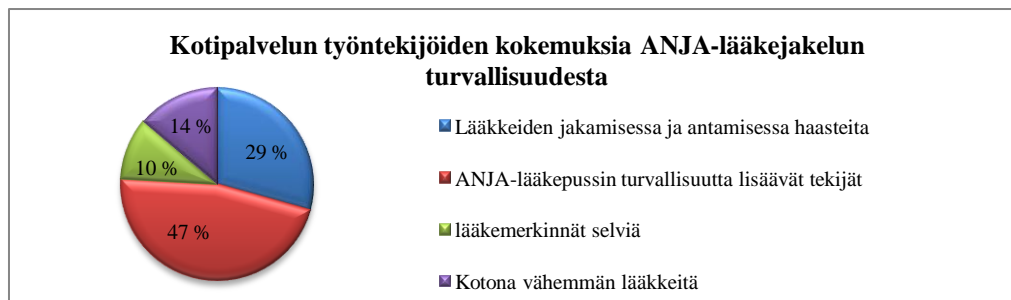
Kotipalveluohjaajilta tuli turvallisuutta kuvaavia vastauksia yhteensä 19 (N=19; kuvio 10). Kotipalveluohjaajat kertoivat, että hoitajia oli ohjattu tekemään lääkemutoksia pusseihin ja heidän mielestään se oli turvallisuusriski. Turvallisuusriskin kuvattiin nousevan, koska hoitajat eivät välttämättä tunnistanee lääkkeitä, eivätkä he pystyneet tarkistamaan lääkelistan avulla lääkepussien sisältöä, vaikka he antoivat lääkkeet potilaalle. Lääkemutoksien koettiin heikentävän turvallisuutta (26 %; n=5). Turvallisuutta epäiltiin myös siksi, että virheitä oli lääkepussissa ollut. Ilmaantuneiden virheiden vuoksi turvallisuutta epäiltiin (21 %; n=4). Lääkejakovirheiden uskottiin vähentyneen ANJA-lääkejakelun myötä (21 %; n=4). Turvallisuutta heikentävinä seikkoina kuvattiin myös yksityislääkäreillä käynnit sekä lääkekuljetusten turvallisuus. Kotona säilytettävien lääkepussien sijainti lukitsemattomassa tilassa kotona koettiin voivan olla turvallisuusriski. Yksityislääkärillä käynti saattoi heikentää turvallisuutta, koska kokonaislääkitykseen saattoi tulla muutos. Lääkepussien kuljetusten turvallisuutta ja kotilääkkeiden säilytyspaikan turvallisuuteen liittyviä seikkoja pohdittiin. Muita turvallisuutta heikentäviä seikkoja kuvattiin (16 %; n=3).

Lääkkeiden yhteensopimattomuuksien tarkistamisen ANJA- jakelussa kuvattiin lisäävän turvallisuutta (11 %; n=2). Myös pussien selkeitä merkintöjä pidettiin turvallisuutta edistävänä tekijänä (5 %; n=1).

Kotipalvelun hoitajien suurimpana huolena oli lääketurvallisuuden, lääketuntemuksen ja lääkehoidon seurannan heikentyminen. Tästä olivat huolissaan myös kotisairaanhoidon sairaanhoitajat. Kotipalveluohjaajatkin tiedostivat tämän turvallisuutta heikentävänä ongelmana. Kotipalvelun hoitajat kokivat eniten turvallisuuden parantuneen ANJA-lääkejakelelun myötä.

Kotisairaanhoidon sairaanhoitajat kokivat turvallisuutta heikentävinä tekijöinä muista ryhmistä poikkeavia asioita. Näitä olivat esimerkiksi kotona säilytettävät useat vanhat lääkelistat ja pussien lääkevirheiden huomaaminen sattumalta. Sairaanhoitajien vastaukset poikkesivat myös siinä, että he epäilivät lääkemuuostosten toteutumista moniammatillisen yhteistyön vuoksi. Kotipalveluohjaajien vastauksissa moniammatillisuuden tuoma haaste näkyi yhteistyötä kuvaavissa vastauksissa. Ohjaajat olivat huolissaan myös siitä, että hoitajia oli ohjattu tekemään muutoksia itse.

Lähihoitajat kokivat eniten ongelmia lääkkeen annossa. Lääkkeitä putosi ja hävisi varsinkin, jos potilaat itse avasivat pusseja. Sairaanhoitajat kuvasivat samaa ongelmaa, mutta vähemmän. Tämä selittyy sillä, että kotipalvelun hoitajat antoivat enemmän lääkkeitä.



KUVIO 10. Kotipalvelun työntekijöiden kokemuksia ANJA-lääkejake-
lun turvallisuudesta

6.5. Lääkejake- lun moniammatillinen yhteistyö

ANJA-lääkejake-
lun osallistuu monta eri ammattilaista. Työntekijät kuvasivat yhteistyön sujuvuutta ammattilaisten välillä. He kuvasivat myös oman ammattiryhmänsä läheisempiä yhteistyötahoja ja sitä kuinka yhteistyö sujui.

6.5.1. Lääkärit ja apteekkihenkilökunta

Moniammatillista yhteistyötä kuvaavia vastauksia tuli yhteensä 32 (N=32; kuvio 11). Apteekkihenkilökunta kuvasi yhteistyön toimivan palveluasumisen kanssa hyvin, koska heillä oli yhdyshenkilöinä samat sairaanhoitajat. Lääkärit kokivat, että yhteistyö oli prosessin alussa haastavaa, mutta myöhemmin helpompaa. Yhteistyön kuvattiin sujuvan hyvin (28 %; n=9). Apteekkihenkilökunta kuvasi yhteistyössä haasteita, koska kokonaisuutta hoitaa moni taho ja sen ei aina koettu toimivan joustavasti. Yhteistyössä oli haasteita kotihoidon kanssa, koska heillä oli monta yksikköä ja tiedon ei koettu kulkevan. Lääkärit kokivat, etteivät he saa lääkemuuutoksista tietoa ja yhteistyö koettiin aikaa vieväksi. Yhteistyössä kuvattiin työtä haittaavia haasteita (31 %; n=10). Yhteistyö koettiin molempien ammattiryhmien mielestä tärkeäksi. Apteekin henkilökunta tarkensi, että nimenomaan yhteistyön toimivuus ja jokaisen työpanos on tärkeä kokonaisuudelle. Yhteistyötä pidettiin tärkeänä (13 %; n=4). Molempien ammattiryhmät toivoivat yhteistyötä toistensa kanssa enemmän. Apteekin henkilökunnassa oli halukkuutta myös tiimimuotoiseen yhteistyöhön. Yhteistyötä toivottiin lisää (9 %; n=3). Lääkärit kuvasivat apteekin henkilökunnasta poiketen yhteistyön etäiseksi (10 %; n=3).

Apteekkihenkilökunta oli vastausten perusteella kokenut, että kaupungin johdon ja työntekijöiden välillä on näkemys ero ANJA-lääkejakelelun työllistävyydestä. Suuren työmäärän vuoksi muutokset tapahtuivat hitaasti, eivätkä ohjeet tavoittaneet työntekijöitä nopeasti. Tämän vuoksi toiminnan ei koettu olevan tehokasta. Työntekijöiden perehdytykseen ja tukemiseen vastausten perusteella kaivataan lisää tukea (9 %; n=3).



KUVIO 11. Avoterveydenhuollon lääkäreiden ja apteekkien henkilökunnan kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä

6.5.2. Palveluasumisen hoitajat ja sairaanhoitajat

Palveluasumisen hoitajilta tuli moniammatillista yhteistyötä kuvaavia vastauksia yhteensä 41 (N=41; kuvio 12). Puolet hoitajista jätti vastaamatta moniammatillista yhteistyötä koskevaan kysymykseen. Hoitajien vastausten määrään suhteutettuna se oli 41 %. (n=17). Lääkemuutokset ja yhteistyö koettiin olevan sairaanhoitajien vastuulla (22 %; n=9). Jokaisen ammattiryhmän tehtävä lääkehoidon prosessissa kuvattiin tärkeänä (10 %; n=4). Yhteistyö kuvattiin hyvänä (7 %; n=3). Hoitajat kuvasivat yhteistyön sujuvan apteekin kanssa hyvin (15 %; n=6). Monitoimijuuden kuvataan kuitenkin haittaavan yhteistyötä (5 %; n=2).

”En osaa sanoa mikä yhteistyö”

”Sh hoitaa”

”Ammatillinen yhteistyö on mielestäni melko joustavaa ja esim. muutokset ovat hoituneet melko hyvin.”

”Jokainen prosessiin osallistuva on tärkeä ja homma toimii kohtuullisen hyvin”

Palveluasumisen sairaanhoitajilta tuli moniammatillista yhteistyötä kuvaavia vastauksia yhteensä 16 (N=16; kuvio 12). Yleisesti sairaanhoitajat kuvasivat yhteistyön kaikkien osapuolien kanssa hyvänä (12 %; n=2). Apteekkien kanssa yhteistyön kuvattiin sujuvan hyvin (44 %; n=7). Haasteita apteekin ja sairaanhoitajien välisessä yhteistyössä kuvattiin (19 %; n=3). ANJA- reseptien saaminen kotiutustilanteessa koettiin vielä puutteelliseksi. Tiedon välitys esim.

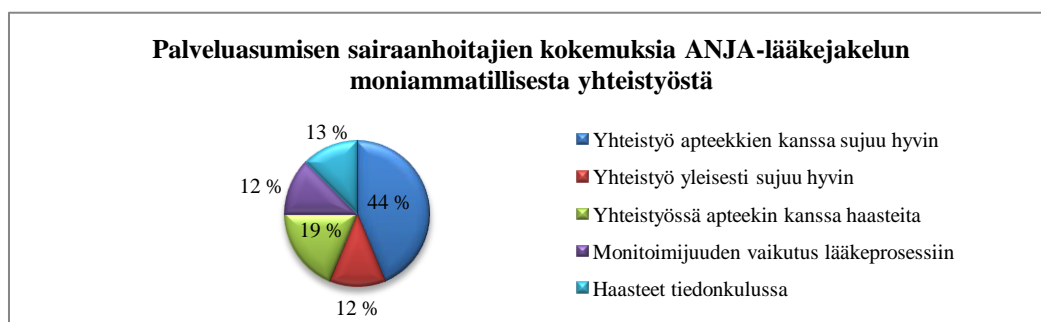
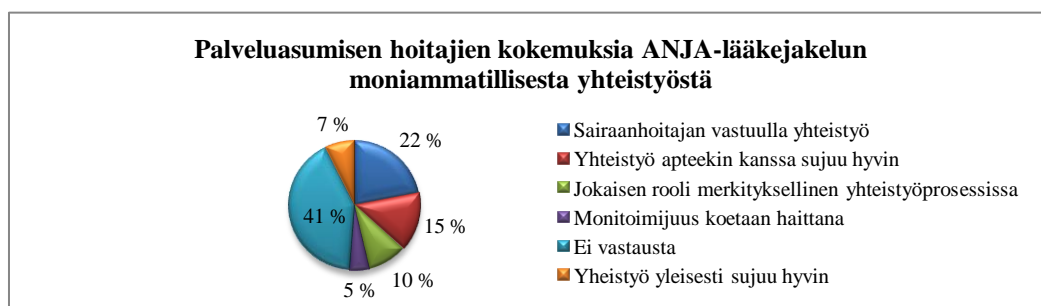
kaupunginsairaalaista ja Vaasan keskussairaalaista kotiutumistilanteessa koettiin vielä haastavaksi. Tiedonkulussa kuvattiin haasteita (13 %; n=2). Monitoimijuuden yleisiä vaikutuksia lääkeprosessiin kuvattiin (12 %; n=2).

”Apteekin kanssa asiat hoituvat hyvin”

”Apteekki sanoo, että ei ole saanut reseptejä/lääkemuutoksia vaikka kaikki sinne ajallaan faxataan”

”Olen ketju lääkejeluprosessissa, en voi vaikuttaa, pitää luottaa, että lääkkeet ovat oikein”

Moniammatillisen yhteistyön kuvaamisessa oli eroja. Puolet hoitajista ei vastannut. Ne jotka vastasivat, kokivat, että sairaanhoitaja huolehtii yhteistyöstä ja lääkemuuotoksista. Sairaanhoitajien vastauksista kävi ilmi, että eniten yhteistyötä tehdään apteekkien kanssa. Vastausten perusteella sairaanhoitajat kokivat olevansa osa prosessia, jossa yhteistyötahoja on useita.



KUVIO 12. Palveluasumisen hoitajien ja sairaanhoitajien kokemuksia ANJA-lääkejakehun moniammatillisesta yhteistyöstä

6.5.3. Kotihoidon työntekijät

Kotipalvelun hoitajilta tuli moniammatillista yhteistyötä kuvaavia vastauksia yhteensä 44 (N=44; kuvio 10). Alkuvaikeuksien koettiin jääneen taakse ja yhteistyön koettiin toimivan hyvin. Lääkemuutosten ilmoittamisen koettiin onnistuvan hyvin. Muutokset onnistuivat telefaxin ja puhelimen välityksellä hyvin. Yhteistyö koettiin toimivana (27 %; n=12). Erityisesti apteekin kanssa yhteistyötä kuvattiin hyvin sujuvaksi (25 %; n=11).

Hoitajat kokivat, että terveyskeskusten ja Vaasan keskussairaalan lääkärit eivät vielä tunteneet ANJA-jakelua riittävästi ja tiedon kulku ei aina toiminut apteekin, kotihoidon ja laitosten välillä. Poikkeamaa tiedon välityksessä ja kirjaamisessa kuvattiin (32 %; n=14).

Palveluasumisen lähihoitajien kaltaisesti myös kotipalvelun hoitajat jättivät vastaamatta yhteistyökysymykseen (16 %; n=7).

Kotisairaanhoidajilta tuli moniammatillista yhteistyötä kuvaavia vastauksia yhteensä 27 (N=27; kuvio 13). Sairaanhoidajat kuvasivat yhteistyön sujuvan hyvin apteekkien kanssa (15 %; n=4). Sairaanhoidajat kokivat moniammatillisen toiminnan muuten ilmeisen hankalana. Yhteistyössä kuvattiin ongelmia tiedon kulussa ja yhteisten ohjeiden noudattamisessa (48 %; n=13). Sairaanhoidajat kuvasivat, etteivät he saaneet potilaiden lääketietoja (30 %; n=8). Monitoimijuuden kuvattiin vaikeuttavan prosessin toimivuutta (7 %; n=2).

”Vks :ssä lääkärit ja hoitajat ei täysin ymmärrä, että lääkkeitä ei saada heti, voisivat joustavammin antaa lääkkeitä mukaan kotiin”

”Saumaton yhteistyö olisi tärkeää, että tieto kulkisi lääkityksestä ja kaikki tietäisi tehtävänsä. On kurjaa soitella ja selvitellä erikseen kun kaikki voisi toimia sujuvammin”

”Lääkemuutoksista ei aina ilmoiteta ksh: lle, Pegasoslista jää päivittämättä. Apteekki ja kp saa kuitenkin tiedon.”

”Yhteistyökumppaneita mielestäni liian paljon, infon kulku tosi vaativaa”

Kotipalveluohjaajilta tuli moniammatillista yhteistyötä kuvaavia vastauksia yhteensä 16 (N=16; kuvio 13).

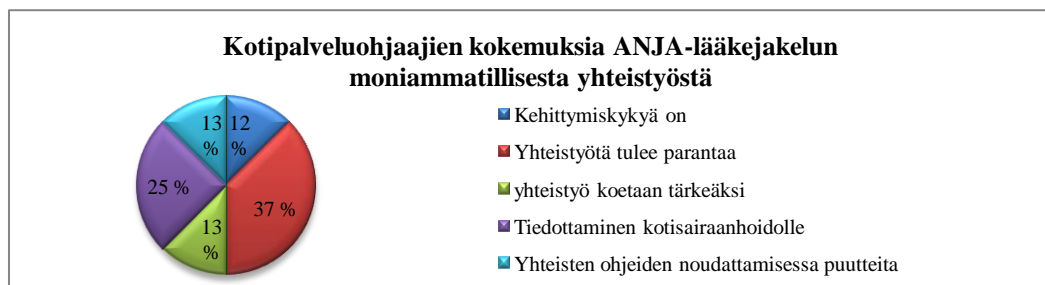
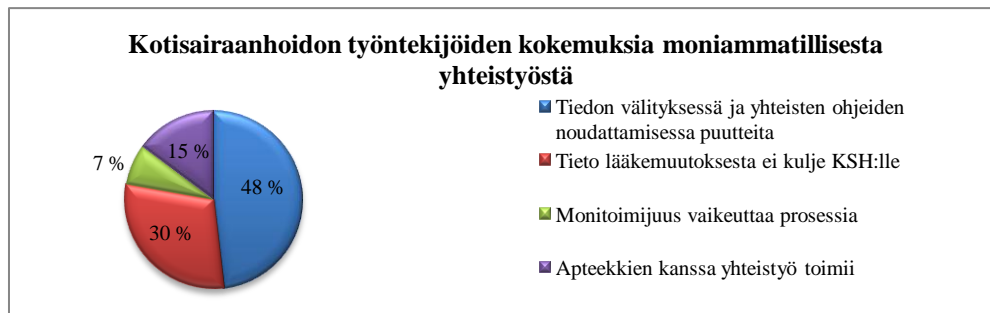
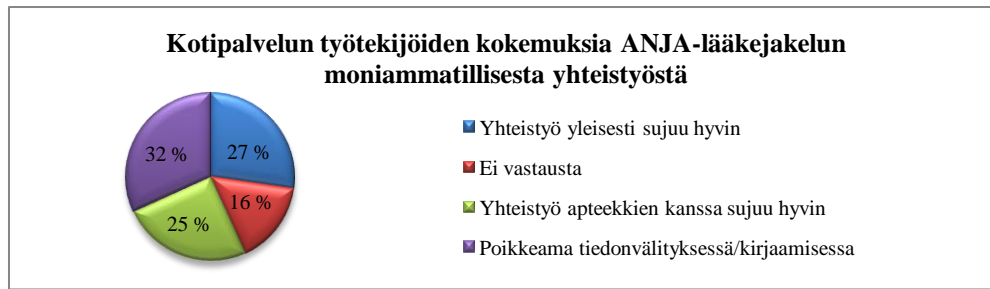
Kotipalveluohjaajat kokivat ANJA-lääkeprosessin yhteistyön raskaaksi ja lisäävän työmäärää (37 %; n=6). Kotipalveluohjaajat kertoivat, että kotisairaanhoido ei saanut osastoilta tai kotipalvelun hoitajilta riittävän luotettavasti potilaiden lääkitystietoja (25 %; n=4). Kotipalveluohjaajien vastauksista ilmeni, ettei yhteisiä sääntöjä noudateta sataprosenttisesti (13 %; n=2). Yhteistyö koettiin välttämättömäksi (13 %; n=2). Yhteistyön kehittymiseen uskottiin, sillä ohjeet kuvattiin selkeästi laadituiksi (12 %; n=2).

”Ennen lääkäri kirjoitti reseptin -> hoitaja haki lääkkeet ja jakoi dosettiin. Nyt tarvitaan todella monen henkilön työpanos samaan asiaan -> työmäärä on lisääntynyt huomattavasti”

”Voisiko selkiyttää työnjako ja mm. apteekki panostaa enemmänkin siihen että aina on henkilö tavattavissa kun kotihoidosta ollaan yhteyksissä, vältetään turhaa odottelua”

Kotipalvelun hoitajat ja kotisairaanhoidajat kuvasivat yhteistyön toimivan apteekin kanssa, mutta keskinäisestä yhteistyöstä puhuttiin vähän. Ongelmallisiksi he kokivat kuitenkin samat yhteistyökuviot.

Suurin ero ammattiryhmien välillä oli yhteistyön kokeminen. Hoitajat kokivat ANJA-lääkejakelun moniammatillisen toiminnan positiivisemmin kuin sairaanhoitajat ja kotipalveluohjaajat.



KUVIO 13. Kotipalvelun työntekijöiden kokemuksia ANJA-lääkejaketun moniammatillisesta yhteistyöstä

7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä tutkimus antoi tietoa ANJA-lääkejake-lun toimivuudesta ja turvallisuudesta. Tutkimuksessa selvitettiin myös moniammatillista yhteistyötä ja sen toimivuutta. Osittain tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa. tutkimuksella saatiin työntekijöiden arvokkaita ja omakohtaisia kokemuksia ANJA-lääkejake-lusta.

7.1. ANJA- Lääkejake-lun toimivuus

Lääkäreiden ja apteekkihenkilökunnan mielestä ANJA-lääkejake-lun käyntiin saaminen oli haastavaa, muutokset olivat haastavia toteuttaa eikä kokonaisuus toiminut sujuvasti. ANJA- lääkepussien koettiin olevan hankalia avata, eivätkä pussit estäneet lääkkeenottovirheitä. Apteekkihenkilökunnan työtä haittasivat aikarajoitteet, jotka eivät riippuneet heistä vaan toisella paikkakunnalla tehtävästä lääkejake-lusta. Sen vuoksi heräsi kysymys, olisiko yhdysapteekin kannalta helpompi tehdä lääkejako yhdysapteekissa? Tähän osaa vastata luonnollisesti vain apteekkihenkilökunta. Tämä saattaisi edesauttaa myös muutosten saamista pusseihin nopeammin. Vastauksissa kuitenkin kerrottiin ANJA-jake-lun toimivan hyvin, joten syntyy epäily, onko jollain alueella/palvelutalolla muita parempi yhteistyö tai hyvin kehittyneet rutiinit.

Palveluasumisen hoitajat pitivät pussien käyttämistä toimivana ja he kuvasivat ANJA-lääkejake-lun toimivan hyvin. Hoitajat kuvasivat kuitenkin pussien olevan materiaaliltaan helposti repeäviä. Hoitajat kokivat lääkemutosten lisäävän heidän työtään ja ANJA-lääkepussien rinnalla mahdollisesti olevien dosettien koettiin heikentävän arjen toimivuutta, koska lääkkeitä tuli ottaa kahdesta paikasta. Palvelutaloissa tulisi järjestää lääketilat siten, että dosetit ovat ANJA-lääkepussien yhteydessä ja lääkitystiedot ovat samassa paikassa. Tilan tulisi olla lähellä paikkaa, jossa lääkkeet annetaan potilaalle. Kaapissa olisi oltava myös tilat mahdollisille nestemäisille lääkkeille, insuliineille ja muille tarvittaessa käytettäville lääkkeille.

Palveluasumisen sairaanhoitajat kuvasivat pusseja hygieenisinä ja selkeinä, ja lääkkeiden säilytyksen koettiin parantuneen ANJA-lääkejakelelun myötä. Lääkejakelelun kuvattiin toimivan hyvin silloin kun lääkemutoksia ei tullut tai pussin rinnalla ei tarvittu dosettia. Lääkemutoksia kuvattiin kuitenkin tulevan usein. Sairaanhoitajien työtä haittasi myös se, että lääkkeitä toimitettiin palvelutaloon kerran viikossa tai harvemmin. Talokohtaisia eroja kuitenkin oli esimerkiksi antibiottien toimittamisen suhteen.

ANJA-lääkejakelelun koettiin toimivan kotipalvelussa aika hyvin. Kotipalvelun hoitajien kannalta lääkemutokset olivat kuitenkin työllistäviä. He veivät pusseja apteekkiin, odottivat korjausta tai hakivat pussin myöhemmin ja palauttivat sen potilaan kotiin. Käytännössä on myös ongelmia silloin kun potilas joutuu sairaalaan tai kotiutuu. Kotihoidon ja apteekin kannalta olisi suotavaa, että potilaan mukana annettaisiin epikriisi, lääkelista ja lääkkeet muutamaksi päiväksi, jotta kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja apteekin henkilökunnalle jää aikaa hoitaa lääkitys valmiiksi ja päivittää Pegasos-lääkelista.

Kotihoidon potilaat saattavat olla palveluasumisen potilaita fyysisesti paremmassa kunnossa ja pussien avaamisen onnistumismahdollisuuden tulisi olla parempi. Vastausten perusteella kotihoidossa pusseja siirrettiin dosetteihin, koska pusseista ottaminen oli potilaille hankalaa. Jatkossa tulisikin pohtia sitä, miten pussien avaamiseen ja siirtämiseen dosettiin jatkossa suhtaudutaan. Hoitajien ja sairaanhoitajien vastausten perusteella ANJA-lääkepussin käyttämisessä tarvitaan hoitajan apua tai potilaalla on oltava näppärät sormet ja hyvä näkö. Tämän tutkimuksen mukaan pussien avaaminen oli suurelle osalle potilaista vaikea, minkä vuoksi pusseja avattiin dosetteihin. Viikilän (Viikilä 2009.) tutkimuksen tuloksissa kävi myös ilmi, että lääkepussseja avattiin dosetteihin.

Vastauksista näkee myös sen, että myös hoitajat tekivät muutoksia lääkepussisiin. Johtuiko tämä siitä, että muutoksen tekeminen itse oli helpompaa ja säästi aikaa? Tähän ei saatu tällä tutkimuksella vastausta. Varmuutta ei myöskään saatu siihen, johtuiko muutosten teko ohjeiden sisäistämisen puutteesta.

Kotisairaanhoidajien mukaan reseptien käsittely on vähentynyt paljon, koska ANJA-lääkejakelua varten lääkäri kirjoittaa vuoden lääkereseptin. Kotisairaanhoidajat epäilivät kuitenkin ANJA-lääkejakelun toimivuutta, koska käytännössä lääkemutoksia tuli paljon. Kotisairaanhoidajien työtä haittasi myös tiedonkulun puute. He eivät saaneet tietoja riittävän varmasti, että olisivat pystyneet pitämään huolen Pegasos-lääkelistan ajankohtaisuudesta. Kotipalvelussa toimii lääkevastaavia hoitajia, ja voisi olla mahdollista kehittää heidän ja kotisairaanhoidajien välistä yhteistyötä siten, että lääkevastaavat hoitajat informoisivat sairaanhoidajia muutoksista. Tämä vaatisi luonnollisesti myös lääkevastaavan olevan arkisin tavoitettavissa.

Kotipalveluohjaajat pitivät ANJA-lääkejakelua suhteellisen toimivana. He kuitenkin kuvasivat, että hoitajien työaikaa kuluu edelleen lääkeasioiden hoitoon. He kuitenkin uskoivat ANJA-lääkejakelun myös säästävän hoitajien työaikaa.

Vastauksista ilmeni, että lääkemutokset olivat suuri toimivuutta heikentävä tekijä. Kaikkien ammattiryhmien vastauksista ilmeni, että ANJA-lääkejakelu toimii hyvin silloin kun lääkitys pysyy samana ja kaikki ovat tietoisia tehtävistään. Toimivuuden kannalta olisi jatkossa kannattavaa pohtia, miten muutoksien tekeminen saadaan käytännön työssä toimivammaksi, ja kiinnittää samalla huomiota kotihoidon ja palveluasumisen sairaanhoidajien työmäärään ja ANJA-lääkejakelun tuomiin uusiin työtehtäviin. Viikilän (2009) tutkimuksen tulokset olivat tämän tutkimuksen suuntaisia ja sen vuoksi voidaan todeta, että ANJA-lääkejakelun haasteet eivät välttämättä johdu paikkakunnasta tai työntekijöistä vaan rakenteellisista haasteista.

7.2. Eri ammattiryhmien kokemukset ANJA-lääkejakelusta

ANJA-lääkejakelu lisäsi apteekkihenkilökunnan työtä. He olivat löytäneet kuitenkin jo työtä helpottavia rutiineja, mutta muutokset ja moniammatillinen yhteistyö vie paljon aikaa. Lääkäreiden työ ruuhkautuu ANJA-lääkityksen aloituksessa ja vuosittaisissa uusimistilanteissa. Lääkärien työtä lisäsi myös se, että vain omalääkäri sai hyväksyä lääkelistan ANJA-jakeluun. Lääkelistan tullessa esimerkiksi Vaasan keskussairaalaan oli mahdollista, että epikriisiä ei tullut

potilaan kotiutuessa. Lääkäri joutui hyväksymään lääkelistan ilman epikriisiä. Reseptien kirjoittaminen on vähentynyt ANJA-jakelun myötä, koska lääkärin on mahdollista tulostaa Pegasos-lääkelista ja allekirjoittaa se. Allekirjoitettu lääkelista toimii reseptinä listan lääkkeille. Tämä kuitenkin heikentää hoitajien ja sairaanhoitajien mahdollisuutta seurata lääkitystä atk:lta.

Lääkäreiden ja apteekkihenkilökunnan kokemukset työajan säästöstä olivat ristiriitaiset. ANJA-jakelun uskottiin vähentävän tai lisäävän työtä. ANJA-lääkejakelua he kuitenkin pitivät taloudellisena, mutta lääkemuutoksissa ja laskutuksessa saattoi kustannukset nousta. Saikkosen (2003) tutkimuksessa suositeltiin, että kun ANJA-lääkejakelu on vakiintunut, tulisi asiaa uudelleen tutkia. ANJA-palvelumaksu ja lääkemuutoksien aikana poistetut, mutta maksettavaksi jääneet lääkkeet tulisi myös huomioida kustannuksia tutkittaessa.

Palveluasumisen hoitajat olivat huolissaan lääkehoitotaidoistaan. He epäilivät, etteivät kyenneet enää seuraamaan lääkehoiton vaikutusta kuten ennen, koska lääkkeet ja potilaiden lääkitykset ovat jääneet tuntemattommiksi ANJA-lääkejakelun myötä. Toisaalta hoitajat kuitenkin pitivät hyvänä sitä, että ANJA-lääkejakelu on tasapuolinen ja on vähentänyt heidän työaikaan lääkehoitossa. ANJA-jakelun vaikutukset kustannuksiin jakoivat mielipiteet tasan. Kustannuksia arveltiin tulevan muutostilanteissa. Muutostilanteiden kustannusten hillitsemiseksi tulisi jokainen lääkemuutostilanne suunnitella yhdessä lääkärin, apteekin ja potilaan kanssa, jotta lääkehävikki jäisi mahdollisimman pieneksi, mutta ei aiheuta vaaraa potilaalle.

Palveluasumisen sairaanhoitajat kuvasivat työmäärän ja vastuun lisääntyneen. Tämän olivat huomioineet myös apteekkihenkilökunta. ANJA-lääkejakelu oli vähentänyt dosettien jakamiseen kuluvaan työaikaan, mutta tilalle oli tullut muita lääkehoitoon liittyviä tehtäviä. Jatkossa olisikin syytä yksikkökohtaisesti pohtia, miten esim. sairaanhoitajien tekemät lääkemuutokset tulisi tehdä.

Kotipalvelun hoitajat kuvasivat ANJA-lääkejakelun vaikutuksia palveluasumisen hoitajien kaltaisesti. He olivat huolissaan lääkehoitotaidoistaan, mutta kuitenkin he pitivät hyvänä vastuun siirtymistä apteekille. Hoitajat uskoivat ANJA-

lääkejakelun säästävän potilaan lääkekuluja. Saariketun (2007) tutkimuksessa saatiin samankaltaisia tuloksia siinä, että hoitajat epäilivät lääkehoitotaitojensa heikkenevän, mutta työaikaa säästyvän.

Kotisairaanhoitajat olivat huolissaan kotipalvelun hoitajien ja omien lääkehoitotaitojensa heikkenemisestä ANJA-lääkejakelun myötä. Heidän mielestään huolestuttavaa oli myös se, että virheet huomattiin sattumalta. Heidän mielestään lääkehoidon seuranta vaikeutuu silloin kun hoitaja vie vain lääkkeet potilaalle. Sairaanhoitajat kuvasivat työajan säästyneen lääkkeiden jakamisen osalta, mutta sen kuvattiin lisääntyneen esimerkiksi yhteistyön lisääntymisen vuoksi. He kokivat, että heidän tulee huolehtia siitä, että kaikki toimivat oikein.

Hoitajat ja sairaanhoitajat olivat huolissaan lääkehoidon osaamisestaan. Sirkka-Liisa Kivelän (2006) mukaan annosjakelu ei saa heikentää hoitohenkilöstön lääkehoitotaitoja. Kivelän ja tämänkin tutkimuksen tulosten perusteella tiimityöskentelyä voi jatkossa suositella kehitettävän.

Kotipalveluohjaajien työtä haittasi tiedonsaantipuutteet. He eivät saaneet tietoonsa potilaiden nimiä, joille ANJA-lääkejakelu oli aloitettu. Ilman sitä he eivät voineet laskuttaa potilaalta ANJA-maksua. Palvelusetelillä toimivat yritykset eivät käytä ANJA-lääkejakelupalvelua. Kotihoidosta siirtyy potilaista palveluseteliyrittäjille ja tuolloin mahdollisesti jo aloitettu ANJA-lääkejakelu puretaan. Tämä toi kotipalveluohjaajille haasteita. Kotipalveluohjaajat uskoivat, että ANJA-lääkejakelun myötä potilaan lääkekustannukset ovat laskeneet.

7.3. ANJA-lääkejakelun turvallisuus

Lääkärit ja apteekkihenkilökunta pitivät ANJA-lääkejakelua turvallisena. Turvallisuutta edisti kokonaislääkityksen tarkistaminen, kotilääkkeiden väheneminen ja lääkityksen säännöllinen seuranta. Turvallisuutta saattoi kuitenkin heikentää lääkkeen ottamiseen liittyvät ongelmat ja lääkemuutosten aiheuttamat tilanteet.

Palveluasumisen hoitajat pitivät konejakelua turvallisena. Koneen uskottiin olevan ihmistä tarkempi. Kuitenkin lääkevirheitä oli huomattu. Hoitajat pitivät turvallisuutta edistävänä tekijänä turhien lääkkeiden poistumisen potilaan kotoa tai palvelutalosta. Ongelmana he kuitenkin kokivat sen, että lääkkeen pudotessa lattialle tilalle ei ole uutta.

Palveluasumisen sairaanhoitajat eivät maininneet koneellisen lääkejakelun luotettavuudesta kuten muut ammattiryhmät. Tähän saattoi vaikuttaa se, että he tekevät itse lääkemuutoksia pusseihin. ANJA-pussit eivät siten ole aina pelkästään koneen jakamia, vaan muutoksia niihin tekevät myös ihmiset. Sairaanhoitajat kokivat, etteivät he saaneet riittävän luotettavasti tietoa muutosten ilmaantumisesta pussiin. Lääkkeiden ulkonäön ja nimen vaihtuminen koettiin myös heikentävän turvallisuutta lääkemuutoksia tehtäessä, mikäli sairaanhoitaja ei tunnistanut lääkkeitä. Turvallisuutta edisti sairaanhoitajien mielestä turhien lääkkeiden poistuminen palvelutaloista. Sairaanhoitajat kokivat, että mikäli potilaan lääkitys pysyi samana, pussit eivät repeile ja ne annetaan oikealle potilaalle, ANJA-jakelu on turvallinen.

Kotipalvelun hoitajat pitivät koneellista lääkejakelua turvallisena. Pussien merkinnät koettiin selvinä. Turvallisuutta edisti heidän mielestään myös ylimääräisten lääkkeiden poistuminen kotoa. Lääkepussien avaamisessa ja käyttämisessä kuvattiin kuitenkin ongelmia. Potilaat eivät osanneet ottaa pusseja tai pussin sisältö tipahti helposti lattialle, koska pussi repeytyi helposti.

Kotisairaanhoitajat ilmaisivat vastauksissaan lääkäreiden lailla huolensa siitä, että lääkemuutos ei aina toteutunut sovitulla tavalla ja vanha lääkitys saattoi jäädä päälle. Ilmaantuneiden lääkevirheiden vuoksi kotisairaanhoitajat epäilivät lääkemuutosten toteutumista. Tutkimuksen vastausten perusteella hoitajat ja sairaanhoitajat saattoivat pitää virheenä myös sitä, että mahdollinen muutos ei ollut toteutunut. Tämänkaltaiset virheet eivät johdu lääkejakelulaitteesta vaan inhimillisistä seikoista ja tiedon kulun puutteesta. Kotisairaanhoitajat uskoivat lääkejakelukoneen jakavan oikein, mikäli koneelle oli syötetty oikeat tiedot. He pitivät myös kotilääkkeiden vähentymistä turvallisuutta lisäävänä tekijänä.

Joidenkin potilaiden kohdalla koettiin hyvänä, että reseptit olivat apteekin hallussa. Tämä vähensi lääkkeiden väärinkäytön riskiä.

Kotipalveluohjaajat olivat huolissaan siitä, että hoitajia oli ohjattu tekemään lääkemuutoksia pusseihin. Turvallisuuden parantuminen koneellisen jakelun myötä jakoi mielipiteet tasan. Konetta pidettiin luotettavana, mutta ilmentyneiden virheiden vuoksi sitä myös epäiltiin. Kokonaislääkityksen tarkastamista ja lääkepussien merkintöjä pidettiin turvallisuutta edistävänä tekijänä.

Turvallisuuden kannalta tarkastelua vaatii myös käytännössä tilanne, jossa ANJA-pussien rinnalla on dosetti. Miten lääkettä antava hoitaja pystyy tarkistamaan lääkkeenantotilanteessa potilaan kokonaislääkityksen lääkekortin/lääkelistan, lääkepussien ja dosetin avulla. ANJA-lääkekortissa tulee olla potilaan kokonaislääkitys. Dosetin takaa tulee ilmetä siinä olevat lääkkeet, vahvuudet ja määrät. Mikäli lääkepussuja siirretään lääkedosetteihin, tulisi huomioida myös lääketietojen siirto lääkedosetin taakse. Lääkkeiden tunnistamisen apuna olisi mahdollista hyödyntää terveystietojen kautta selattavissa olevaa Pharmaca Fennican tuotteen kuvaus -osiota. Kotihoidon hoitajat ja kotisairaanhoidajat voisivat käyttää sitä kotikäynneillään matkapuhelimien kautta ja palveluasumisen hoitajat ja sairaanhoitajat atk:n avulla. Kotoa tulisi myös poistaa vanhat ANJA-lääkekortit.

Lääkehoidon lupakäytäntöä voisi ANJA-lääkejakelelun myötä uudistaa. Tällä hetkellä käytössä on perinteinen lääkenäyttökoe, jonka sairaanhoitaja vastaanottaa ja antaa lähihoitajalle luvan lääkehoidon toteutukseen. Lääkenäyttöön voisi lisätä koneellisen lääkejakelelun prosessin esittelyn käytännössä eri ammattilaisten näkökulmasta. Kokonaistoimivuuden, turvallisuuden ja yhteistyön kannalta olisi oleellista, että jokainen työntekijä tietäisi muidenkin prosessiin osallistuvien työntekijöiden päätehtävät ja niiden merkityksen lääkehoidon kokonaisuudelle. Prosessin esittely voisi tapahtua esimerkiksi DVD tallenteen avulla tai kotisairaanhoidon ja palveluasumisen sairaanhoitajien pitämien sisäisten koulutusten avulla ja se voisi olla osa työntekijän perehdytystä. ANJA-lääkejakelelun prosessit voisivat olla Vaasan kaupungin intranet- sivustolla, mutta

myös Vaasan keskussairaalan työntekijöiden luettavissa. Prosessien pääkohdat voisivat olla avattavissa. Avautuvista kohdista voisi saada lisätietoa ja esimerkiksi yhteystietoja työntekijöille ja yhdysapteekeille.

7.4. ANJA-lääkejake-lun moniammatillinen yhteistyö

Lääkärit kokivat yhteistyön olevan haastavaa ANJA-lääkejake-lun alussa ja yhteistyön koettiin vievän aikaa. Lääkärit kokivat, etteivät he saaneet tietoa lääkemutoksista riittävän luotettavasti. Apteekkihenkilökunnan työtä vaikeutti yhteydenpito useaan tahoon. Heidän kokemuksensa mukaan tieto ei kulkenut riittävästi. Lääkäreiden mielestä yhteistyön sujuvuus parani alun hankaluuksien jälkeen, ja he pitivät yhteistyötä tärkeänä, mutta etäisenä ja aikaa vievänä. Apteekkihenkilökunnan mukaan palveluasumisen kanssa yhteistyö toimi parhaiten, koska tiedon siirto tapahtui sairaanhoitajien kanssa. Kotihoidossa voisi pohtia kotipalvelun lääkevastaavien, kotisairaanhoidon ja apteekin välisen yhteistyön kehittämistä.

Palveluasumisen hoitajien vastauksista voi päätellä, ettei heillä ollut juurikaan yhteistyötä kuin palvelutalon sairaanhoitajan kanssa. He kokivat moniammatillisen yhteistyön olevan sairaanhoitajien vastuulla. Heillä oli ollut kuitenkin jonkin verran yhteistyötä apteekin kanssa, ja sen kuvattiin toimivan hyvin. Monitoimijuuden koettiin toimivan hyvin, mutta myös haittaavan työtä. ANJA-lääkejake-lu näyttäisi helpottaneen palveluasumisen hoitajien työtä huomattavasti muita ryhmiä enemmän.

Palveluasumisen sairaanhoitajien vastausten mukaan yhteistyö toimi hyvin apteekkien kanssa. Jonkin verran haasteita kuitenkin esiintyi apteekin ja muiden tahojen kanssa. Tiedon kulku koettiin haastavana.

Kotipalvelun lähihoitajien vastauksissa oli yhteistyön kannalta muista ryhmistä poikkeava tilanne. He kokivat yhteistyön toimivana ja sitä oli apteekin kanssa, mutta silti useat vastaajat eivät ottaneet kantaa yhteistyöhön liittyviin seikkoihin. Tällä tutkimuksella ei voida vahvistaa sitä, jakaantuivatko kotipalvelun hoitajien kesken lääkehoidolliset tehtävät silti kuitenkin tietyille hoitajille. Vastausten

poikkeamien vuoksi sitä voi kuitenkin epäillä. Kotipalvelun hoitajat kokivat, että tiedonkulussa oli puutteita kotihoidon ja kaupunginsairaalan välillä.

Kotisairaanhoitajat kokivat, etteivät he saa potilaiden lääketietoja ja tiedon kulussa koettiin ongelmia. He kokivat kuitenkin yhteistyön sujuvan apteekin kanssa. Tällä hetkellä on siis mahdollista, että ANJA-lääkejakelulista on eriävä Pegasos- listan kanssa, koska niitä ylläpitävät eri tahot. Yhtenäinen tietojärjestelmä lisäisi turvallisuutta.

Kotipalveluohjaajat kokivat yhteistyön raskaaksi ja työmäärää lisääväksi. Heidän vastauksistaan ilmeni myös huoli tiedonkulun haasteista. Vaikka ANJA-ohjeet oli selkeästi laadittu, niitä ei aina noudatettu.

8. POHDINTA

Tämän tutkimuksen aihe on ajankohtainen, sillä ANJA-lääkejakelu on laajentunut viimevuosina. Aikaisempia tutkimuksia on aiheeseen liittyen tehty, mutta ei näin monen ammattilaisen kokemana. Tutkimuksen tekemisen haasteena on ollut opiskelun, työ- ja perhe-elämän yhteen sovittaminen. Opinnäytetyöprosessi on ollut mielenkiintoinen ja opettava.

8.1. Tutkimuksen luotettavuus

Validiteetti tarkoittaa sitä, onko mittari hyvä ja toimiva mittaamaan haluttuja asioita. Mittaria tulee käyttää myös oikeaan aikaan, oikeille kohdehenkilöille. (Vilka 2005, 161.) Tässä tutkimuksessa avoimien kysymysten sisällön erittely oli toimiva menetelmä ja tutkimusongelmiin saatiin kohdehenkilöiden omakohtaisia kokemuksia ANJA-lääkejakelun toimivuudesta, turvallisuudesta ja moniammatillisesta yhteistyöstä. Avoimet kysymykset antoivat kuitenkin vastaajalle mahdollisuuden kertoa myös muita seikkoja, vaikka ne eivät olleet tutkimusongelmia. Näitä seikkoja oli tässä tutkimuksessa mm. hoitajien työajan käytön kokemukset ja ANJA-lääkejakelun taloudellinen vaikutus. (Menetelmäopetuksen tietovaranto 2010.)

Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että toistettaessa tutkimus saadaan sama tulos. (Hirsjärvi ym. 2001, 213). Tämän tutkimuksen avoimien vastausten luokittelu voi muuttua jos tutkija vaihtuisi, mutta tuloksiin sen ei pitäisi vaikuttaa. Tutkijan omakohtaisen kokemuksen vaikutus tutkimusaiheeseen sen sijaan saattaa vaikuttaa reliabiliteettiin. Omakohtainen kokemus auttaa vastausten ymmärtämisessä. Toisaalta tämä asetti haasteen tulkinnalle, omia ajatuksia ja kokemuksia ei saanut sekoittaa vastauksiin niiden tulkinnan aikana. Lääkäreiden työn tuntemattomuus ja lääkäreiden lyhyet vastaukset vaikeuttivat niiden ymmärtämistä ja tulkintaa. Muutama vastaus jouduttiin hylkäämään, koska vastausta ei kyetty tulkitsemaan luotettavasti. Apteekin henkilökunnan kohdalla vastaavaa haastetta ei ollut, vaikka työ sinänsä oli tutkijalle vierasta, koska apteekkihenkilökunnan vastaukset olivat pitkiä ja kuvailevia.

Kysymyksen asettelu olisi voinut olla tarkempi kysyttäessä toimivuutta, koska käsite on laaja. Turvallisuusnäkökulma lääkehoidossa on selkeä ja siihen osattiin hyvin vastata. Moniammatilliseen yhteistyöhön vastattiin osittain eri tavoin kuin tutkija odotti. Kysymyksen muotoilussa olisi ollut viisasta tehdä tarkennusta, jotta tutkija olisi saanut enemmän työntekijöiden välisiä yhteistyömuotoja ja tilanteita esiin. Kyselylomakkeen esitestaus oli puutteellinen, mutta kehittämistarpeista huolimatta saatiin tutkimusongelmiin riittävät vastaukset.

Osa vastaajista vastasi toisen ammattiryhmän puolesta. Osittain vastauksia voidaan pitää luotettavana, mutta jokaisen omakohtainen vastaus omasta työstään on todellisempi. Tässä tutkimuksessa ei hylätty toisen ammattiryhmän puolesta puhumisesta kertovia vastauksia, sillä tutkimusongelmien ohella tällä tavoin saatiin selville myös vastaajien olettamuksia toisten vastaajien töistä.

Kokonaisvastausprosentit jäivät mataliksi, koska isoimmissa vastaajaryhmissä kato oli suuri. Heiltä kuitenkin saatiin riittävästi vastauksia, koska vastaukset alkoivat toistaa itseään. Kysely toteutettiin eri ammattilaisilla ja heiltä saatu aineisto antoi laajemman kuvan lääkejakelesta kuin se, että kysely olisi tehty vain yhdelle ammattiryhmälle. Suoria lainauksia pyrittiin käyttämään monipuolisesti siten, että ne kuvasivat mahdollisimman laajasti luokitteluryhmiä.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan soveltaa toisissa samantyyppisissä olosuhteissa, koska myös aikaisemmissa tutkimuksissa saatiin samankaltaisia tuloksia (Viikilä 2009, Saarikettu 2007).

8.2. Tutkimuksen etiikka

Tässä tutkimuksessa käytettiin eettisesti hyväksyttäviä tiedonhankintatapoja, ja toimeksiantajaa sekä kohderyhmän henkilöitä kohdeltiin eettisesti oikein. Kohderyhmän henkilöiden henkilöllisyydet suojattiin ja he saivat täyttää tutkimuslomakkeen omassa rauhassa. Tässä tutkimuksessa pyrittiin tuomaan esiin vastaajan omat kokemukset, eikä vastausten tulkinnoissa ollut suuria ongelmia. Ulkopuoliset tahot eivät vaikuttaneet tämän tutkimuksen tekoon tai tuloksiin. Ammattikorkeakoulussa tutkimuksen tulee hyödyntää työelämää, mutta tutkijan

tulee voida itsenäisesti asettaa tutkimusongelmat ja menetelmät sekä raportoida tulokset (Mäkinen 2006, 154). Tämän tutkimuksen aihe saatiin Vaasan kaupungin ANJA-työryhmältä, mutta tutkijalle kuitenkin annettiin mahdollisuus toteuttaa tutkimus täysin itsenäisesti. Tässä tutkimuksessa tiedot kerättiin ja analysoitiin itse. Lomakkeet koodattiin palautumisen jälkeen ja syötettiin tietokoneohjelmaan. Aineiston analyysi tapahtui ohjatusti, ja tutkija pysyi tarvittaessa palaamaan jokaisessa analyysin vaiheessa tietyn vastaajan vastauslomakkeeseen. Kyselylomakkeita ei koodattu lähetyvaiheessa, vastaaminen oli vapaaehtoista ja palautus tapahtui suljetussa kirjekuoressa nimettömänä suoraan tutkijalle postin välityksellä. Kyselylomakkeita ja atk-tiedostoja käsiteltiin luottamuksellisesti ja ne hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan näistä syistä pitää luotettavana, ja työ on tehty eettisesti hyväksyttävästi. Tuloksia voidaan hyödyntää ANJA-lääkejakeleluu kehittämissä.

8.3. Jatkotutkimuksen aiheita

Tutkijan oman työn kannalta kiinnostavaa olisi tutkia muistisairaiden lääkehoidon toteutumista ja sen seurannan tilaa osana yksilön kokonaisuhoitoa Vaasassa.

Hoitajien työaikaa ei tällä tutkimuksella ollut tarkoitus tutkia, mutta vastauksissa työajasta puhuttiin. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla myös työajan seuranta ANJA-lääkejakeleluryhmässä ja verrokkiryhmässä, jossa lääkehoito tapahtuu aikaisemman käytännön mukaisesti.

Tässä tutkimuksessa kaikki ammattiryhmät kertoivat muutosten hankaluudesta, mutta niiden määrä ei tullut ilmi. Mielenkiintoista olisi tutkia, kuinka paljon lääkemutoksia vanhuksilla esiintyy ja painottuvatko muutokset johonkin tiettyyn potilasryhmään ja miten heidän lääkitystään ja hoitoaan tulisi kehittää.

Hoitajat ja sairaanhoitajat olivat huolissaan siitä, että lääkehoito jää tuntemattomaksi, koska he eivät ole lääkkeiden kanssa enää niin paljon tekemisissä. Tämän he kokivat vaikuttavan heikentävästi potilaan lääkehoidon seurantaan. Jatkotutkimus aihe voisi olla myös, miten hoitajien kuvaama

heikentynyt kokonaislääkityksen seuranta vaikuttaa potilaan lääkitykseen ja sairauksien hoitoon.

LÄHTEET

Airaksinen, M. (toim.) Hoitona lääke. 1 p. 2005 Helsinki: Edita Prima Oy.

Apteekkariliitto. 2006. Lääkkeet annospusseissa apteekista. Esite.

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. 912/1992

Brunila, A. , Jokinen, H. , Kerola, H. , Mäkitalo, R. & Putkonen, C. 2003. Hyvinvointipalvelujen turvaaminen. Valtionvarainministeriön julkaisuja, nro 4. Helsinki: Valtionvarainministeriön kansantalousosasto.

Eisenhauer, L., Nicols, L., Spencer, R. & Bergan, F. 1998. Clinical pharmacology & nursing management. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Hirsjärvi, S. , Remes P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita.6 - 7.p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, J. 2004. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Lääkkeet & Terveys – Medicines & Health 2004, Lääketietokeskus Oy, Helsinki 2004. Saatavilla www-muodossa:

http://www.laaketeollisuus.fi/tiedostot/Jussi_Huttunen.pdf .Viitattu 4/2010.

Huttunen, J. 2008. Lääkehuollon keskushallinnon kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 1 p. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K. , Rekola, L.a & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. 1 p. Helsinki: WSOY.

Kinnunen, M. 2010a. Lääkekortti lisää potilasturvallisuutta. Sairaanhoitaja Vol. 83 nro 3, 46 - 47.

Kinnunen, M. 2010b. Potilasturvallisuus strategia käytäntöön: Esimerkkinä Vaasan sairaanhoitopiirin toteutus. Pro terveys. nro 2, 16 - 17.

Kivelä, S- L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki.

Kohn, L. ,Corrigan, J. & Donaldson, M. 1999. To Err Is Human. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, D.C: National academy press.

L395/1987. Lääkelaki. 10.4.1987.

L 351/2003. Ammattikorkeakoululaki. 9.5.2003.

L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki 21.12.2004.

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

Lääkeasetus. 24.7.1987. 693/1987

Novek, J & Rudinick W. 2000. Automatic drug dispensing help or hindrance? Abbreviated Source Can Nurse. 96(4):29-33. Institution Sociology Department, University of Winnipeg.

Nurminen, M- L. 2006. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.

Näkki, T. 2007. Lääkelogistisen palvelumallin tuoma muutos hoitohenkilökunnan työajankäytössä Itä-Helsingin palvelutaloissa. Helsingin ammattikorkeakoulu. Saatavilla www-muodossa: <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6754/stadia-1177348200-8.pdf?sequence=1> Viitattu 5/ 2010.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Paloneva, M. , Skjäl, C. & Karvala, I. 13. 4. 2007. Hyvä kotihoidon ja palveluasumisen asiakas. Vaasan kaupunki. Kirje.

Saarikettu, E. 2007. Apteekkihenkilöstön ja vanhustenhuollon hoitajien näkemyksiä koneellisen annosjakelun käyttöönotosta ja sen vaikutuksista. Helsingin yliopisto. Sosiaalifarmasian laitos. Pro gradu- tutkielma.

Saikkonen, E-L. 2003. KELA. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 29/2003. Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/110903114226PB/\\$File/annosjakelu.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/110903114226PB/$File/annosjakelu.pdf?OpenElement) Viitattu 5/2010.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum oyj

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Lääkepolitiikka 2010. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:11.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 32.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Lääkkeiden viitehintajärjestelmä. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2009: 3. Saatavilla [www- muodossa](http://www.muodossa):

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7932.pdf Viitattu 4/2010

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Lääkepolitiikka 2020. Saatavilla [www- muodossa](http://www.muodossa):

<http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/laakepolitiikka2020> Viitattu 4/2010.

Tilastokeskus 2009. Elinajanodote. Saatavilla [www- muodossa](http://www.muodossa):

<http://www.stat.fi/org/historia/elinajanodote.html> Viitattu 4/2010.

Vaasan kaupunki. Sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 334/2006 ja liite. 5.9.2006. Saatavilla [muodossa](http://www.muodossa):

<http://www1.vaasa.fi/ktweb/> Viitattu 4/2010.

Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoitajien lääkehoitotaidot: Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Veräjänkorva, O. , Huupponen, R. , Huupponen, U. , Kaukkila, H-S. &

Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. 1 p. Porvoo: WSOY.

Viikilä, J. 2009. Työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pieksamäki. Opinnäytetyö. Saatavilla [www-muodossa](#):

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/4697> Viitattu 6/2010.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virkkunen, E. 2008. Farmasian ammatillinen kenttä muuttuvassa sairaalassa. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Saatavilla [www-muodossa](#): <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7183-4.pdf> Viitattu 4/2010.

LIITE 1. Kyselylomake

1. Mikä on ammattisi?

- Lääkäri tai lääketieteen opiskelija
- Farmaseutti tai farmasian opiskelija
- Sairaanhoidtaja tai sairaanhoidtaja- opiskelija
- Sosionomi tai sosionomi- opiskelija
- Lähihoitaja tai lähihoitaja-opiskelija
- Muu, mikä: _____

2. Työskentelen (Voit tarvittaessa rastittaa molemmat)

- Kotihoidossa/Avoterveydenhuollon lääkärinä/Kotihoidon yhdyshenkilönä apteekissa
- Palveluasumisessa/ Palveluasumisyksikön lääkärinä/palveluasumisen yhdyshenkilönä apteekissa

3. Miten kuvaisit ANJA- lääkejakehun toimivuutta?

4. Mitkä seikat koet ANJA lääkejakehun etuina?

LIITE 1. Kyselylomake

5. Mitkä seikat koet ANJA lääkejakehun haittoina?

6. Miten koet ANJA lääkejakehun vaikuttavan lääketurvallisuuteen?

7. Miten koet ammatillisen yhteistyön koneellisessa ANJA
lääkejakehuprosessissa?

LIITE 2. Kyselylomakkeen saatekirje
Maaliskuu 2010

Hyvä vastaaja

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen koulutusohjelmassa. Tutkinnon laajuus on 90op. Koulutukseen kuuluu 30 opintopisteen laajuinen opinnäytetyö. Opinnäytetyöni aihe on koneellisen lääkejakelun toiminnan kartoitus Vaasan kotihoidossa ja palveluasumisessa.

Olen saanut tutkimusluvan koti- ja laitoshoidon johtaja Matti Palonevalta 21.12.2009.

Tämän kyselyn tavoitteena on tuottaa moniammatillista tietoa koneellisen lääkejakelun tämänhetkisestä tilanteesta. Myöhemmin keväällä 2010 jatko käsitellään tällä kyselyllä esiin tulleita kehittämistä kaipaavia asioita.

Pyydän sinua täyttämään lomakkeen ja palauttamaan minulle 19.3.2010 mennessä oheisella palautuskuorella Vaasan kaupungin sisäisessä postissa. Yhdysapteekkien kirjekuorissa on postimerkki.

Halutessasi tarkempaa tietoa ota yhteyttä 040-1971175(työ), 0500-400111(koti) tai kirsi.bjorkholm@vaasa.fi.

Kiitos vastauksestasi ja hyvää kevään odotusta!

Kirsi Björkholm
Vaasan AMK
Wolffintie 30
65200 Vaasa

LIITE 3. Tutkimuslupa-anomus

Koti- ja laitoshoidon johtaja

15.12.2009

Paloneva Matti
Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakouluun johtavassa koulutusohjelmassa (sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen yamk). Opintoihini kuuluu opinnäytetyö (30 op).

Opinnäytetyöni aihe on Koneelliseen lääkejakoon liittyvän lääkehoidon prosessin kartoitus ja kohderyhmänä ovat kotihoidon henkilökunta (lääkärit, sairaanhoitajat, ohjaajat, lähihoitajat), palveluasumisen henkilökunta (lääkärit, sairaanhoitajat, ohjaajat, lähihoitajat) sekä yhdysapteekkien yhdyshenkilöt.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Andrew Sirkka, puh 040-725 3772, e-mail: andrew.sirkka@puv.fi.

Pyydän kohteliaimmin lupaa saada suorittaa opinnäytetyöhöni liittyvä tiedonkeruu organisaationne hoitohenkilöstölle kotihoidossa ja palveluasumisessa. Aineisto kerätään niin että vastaajat pysyvät anonyminä, ja kerätty aineisto tulee ainoastaan tutkijan käyttöön tätä tutkimusta varten. Tutkimukser valmistuttua kerätty aineisto hävitetään. Tutkimusraportti toimitetaan organisaatioonne tutkimuksen valmistuttua.



Kirsi Björkholm

Perhostie 16 f 6 65230 Vaasa / Sepänkyläntie 14-16, ikäkeskus
puhelin kotiin: 0500-400111, toimeen : 69-9542/040-1971175

Liitteet: tutkimussuunnitelma

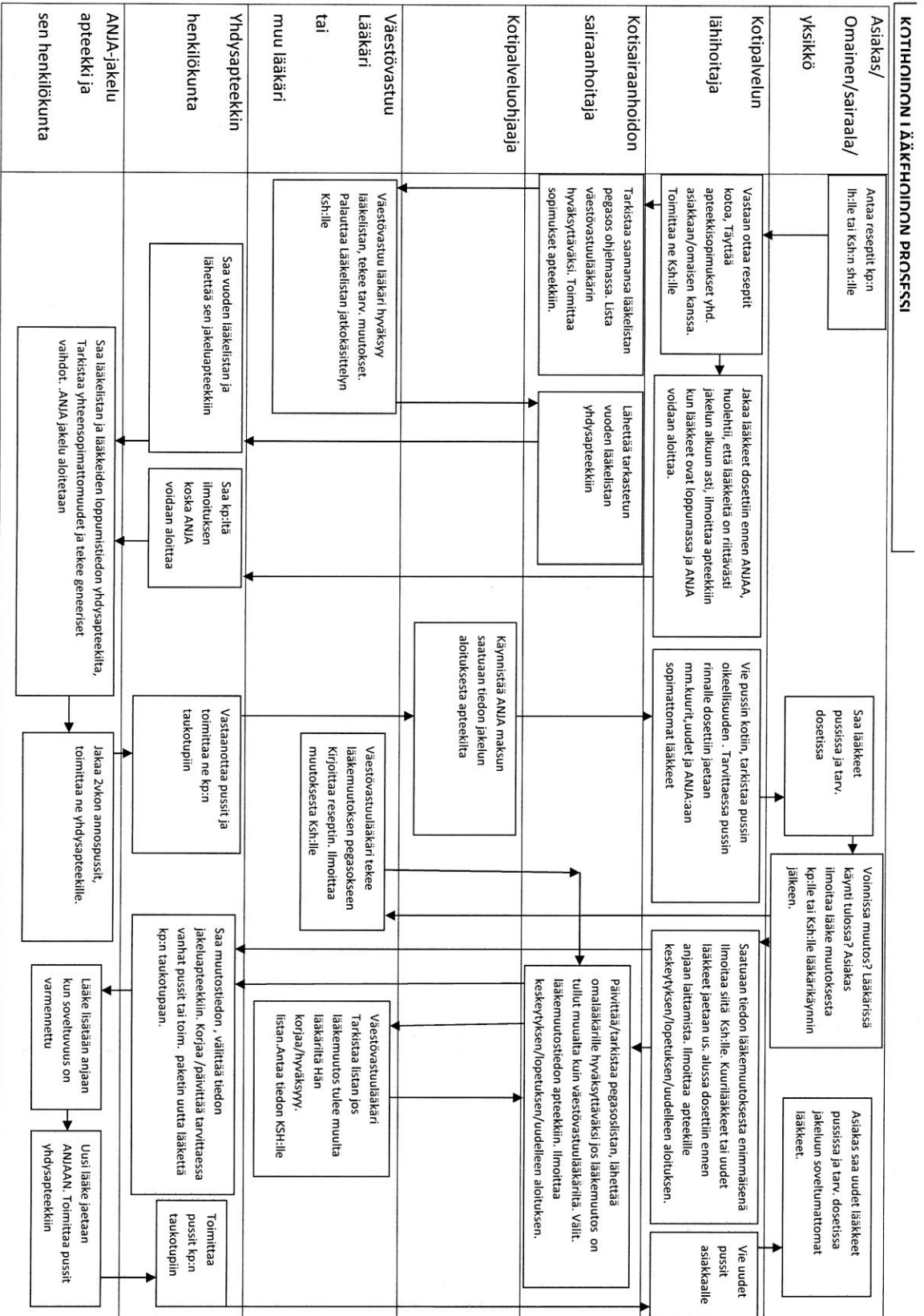
Tutkimuslupa myönnetty Tutkimuslupa evätty

Päivämäärä 15.12.09

Allekirjoitus: [Handwritten Signature]

MATTI PALONEVA
KOTI- JA LAITOSHOIDON JOHTAJA

LIITE 4. Kotihoidon ANJA- lääkejälkeluprosessi



LIITE 5. Palveluasumisen ANJA-lääkehoitoprosessi

