

TYÖNTEKIJÖIDEN JA ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA KONEELLISESTA LÄÄKKEIDEN ANNOSJAKELUSTA

Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa

Janna Viikilä

Opinnäytetyö, syksy 2009

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä

Pieksämäki

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (AMK)

TIIVISTELMÄ

Viikilä, Janna. Työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa. Pieksämäki, syksy 2009, 64 s., 5 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä, Pieksämäki. Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa kokeiluna olevan koneellisen lääkkeiden annosjakelun vaikutuksista Pyhäjärven kaupungin kotihoidossa sekä palvelukeskuksessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kotihoidon asiakkaiden sekä kotihoidon ja palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Aineiston keruu toteutettiin kotihoidon ja palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan osalta kyselylomakkeilla ja kotihoidon asiakkaiden osalta lomakehaastatteluna. Tutkimukseen osallistui kotihoidosta 3 henkilöä ja palvelukeskuksesta 6 henkilöä. Kotihoidon asiakkaita haastateltiin tutkimusta varten 11. Tutkimus toteutettiin keväällä 2008. Tutkimusaineiston analysointiin käytettiin sisällönanalyysi-menetelmää.

Tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaat olivat tyytyväisiä lääkekustannusten hintatasoon. Kaikki tutkimukseen osallistuneet kokivat lääketurvallisuuden lisääntyneen, mutta kokivat lääkemuutosten tekemisen hankalaksi. Kotihoidon henkilökunnan mielestä heillä jäi nyt enemmän aikaa asiakkaille ja myös ennaltaehkäisevään työhön. Palvelukeskuksen henkilökunnasta osan mielestä aikaa jäi nyt enemmän asiakkaille kun taas osa oli sitä mieltä, että lääkkeenjaosta vapautunut aika kuluu muihin koneellisen lääkkeiden annosjakelun mukanaan tuomiin tehtäviin. Palvelukeskuksen henkilökunnan mielestä heidän lääkeosaamisensa oli vähentynyt.

Asiasanat: koneellinen lääkkeiden annosjakelu, työntekijä, asiakas, kotihoito, palvelukeskus, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Viikilä, Janna

Experiences of the Machine Assisted Medicine Administration of the homecare clients and the workforce of homecare and service center in Pyhäjärvi.

64 p., 5 appendices. Language: Finnish. Pieksämäki, Autumn 2009.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services. Degree: Bachelor of Social Services.

The purpose of this research was to collect information regarding the effects of machine assisted medicine administration at the homecare and the service center of the city of Pyhäjärvi. The reasoning behind the research was to understand the experiences of the machine assisted medicine administration of the homecare clients and the workforce of homecare and service center.

The study was qualitative. Research material was collected by a survey for the workforce of the homecare and the service center, and by an interview for the homecare clients. Three homecare workers, six service center workers and eleven homecare clients participated in this study. The research was conducted in the spring 2008. The research material was analyzed with content analysis.

According to the research the clients of the homecare were satisfied with the pricing of the medicine. All the participants felt that the medicine reliability increased, but also felt that changing the dosage became more difficult. Part of the homecare workers felt that due to the machine assisted medicine distribution they had more time to interact with the clients and also do more proactive work. Part of the service center workers felt that they had more time for the clients while some felt that the additional time was used to do additional duties required by the machine assisted medicine distribution. The worker of the service center felt as their medicinal knowledge had decreased.

Keywords: Machine assisted medicine administration, worker, client, homecare, service center, qualitative research

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 VANHUS JA LÄÄKKEET	8
2.1 Vanhusten lääkekäyttö	8
2.2 Vanhusten lääkehoito	8
2.3 Vanhusten lääkehoitoon liittyvät ongelmat	9
2.4 Vanhusten lääkehoito taloudellisesta näkökulmasta	10
3 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET	11
3.1 Koneellinen lääkkeiden annosjakelu.....	11
3.2 Kotihoito	11
3.3 Palvelukeskus.....	11
3.4 Asiakas	12
3.5 Hoitohenkilökunta	12
4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ.....	13
5 LÄÄKKEENJAKO ENNEN KONEELLISEEN LÄÄKKEIDEN ANNOSJAKELUUN SIIRTYMISTÄ.....	14
5.1 Lääkkeenjako kotihoidossa	14
5.2 Lääkkeenjako palvelukeskuksessa.....	14
6 APTEEKIN TOIMINTA KONEELLISEN LÄÄKKEIDEN ANNOSJAKELUN ALOITUKSESSA	15
6.1 Perehtyminen ja tiedottaminen	15
6.2 Sopimukset.....	15
6.3 Asiakkaan lääkityksen tarkastus.....	16
6.4 Annosjakeluresepti	16
7 ANNOSJAKELUPALKKION SAIRAUSVAKUUTUSKORVAUS	17
8 AIEMMAT TUTKIMUKSET JA SAADUT KOKEMUKSET	18
8.1 Koneellinen annosjakelu Lahden kaupunginsairaalassa	18
8.2 Ruotsalainen tutkimus	18
8.3 Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin	18
8.4 Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta..	20
8.5 Nivalan kotisairaanhoidon kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta	20

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
9.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus tutkimusmenetelmänä.....	22
9.2 Aineistonkeruumenetelmä	23
9.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston kerääminen	23
9.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	26
10 TUTKIMUSTULOKSET	28
10.1 Kotihoidon asiakkaat	28
10.1.1 Kokemukset toimintatavasta	28
10.1.2 Kokemukset kotihoidon käynneistä	29
10.1.3 Kokemukset kustannuksista.....	30
10.1.4 Kokemukset lääketurvallisuudesta	31
10.1.5 Kokemukset lääkehävikistä	32
10.2 Kotihoidon henkilökunta	33
10.2.1 Kokemukset työajan käytöstä.....	33
10.2.2 Kokemukset lääketurvallisuudesta	34
10.2.3 Kokemukset toimintatavasta	35
10.3. Palvelukeskuksen henkilökunta.....	36
10.3.1 Kokemukset työajan käytöstä.....	36
10.3.2 Kokemukset lääketurvallisuudesta	37
10.3.3 Kokemukset toimintatavasta	38
11 JOHTOPÄÄTÖKSET	40
12 POHDINTA	43
12.1 Yleistä pohdintaa.....	43
12.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	45
12.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteita	46
LÄHTEET	47
LIITTEET	50
Liite 1 Kuva nauhaksi pakatuista annosjakelupusseista	50
Liite 2 Kyselylomakkeen saatekirje ja tutkimuskysymykset.....	51
Liite 3 Saatekirje kotihoidon asiakkaille.....	57
Liite 4 Haastattelulomake kotihoidon asiakkaille	58
Liite 5 Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä.....	63

1 JOHDANTO

Ikääntymisen myötä sairastuvuus lisääntyy ja tämän vuoksi monet vanhukset käyttävät useita eri lääkeaineita samanaikaisesti. Vanhuksen käyttäessä useaa lääkettä haitallisten yhteisvaikutusten riski lisääntyy ja joskus lääkkeet ovat syynä jopa vanhuksen yleiskunnon ja henkisen suorituskyvyn heikkenemiseen. Vanhuksille hoito-ohjeiden noudattaminen saattaa olla hankalaa ja vaikeutta lääkekäytössä voi esiintyä esimerkiksi lääkkeiden annostelussa. (Nurminen 2006, 295.)

Koneellinen lääkkeiden annosjakelu on toimintamalli, jossa apteekki toimittaa asiakkaan lääkkeet annoskohtaisiin pusseihin pakattuina 2 viikon erissä. Lääkäri tarkastaa asiakkaiden kokonaislääkityksen ennen annosjakelun aloittamista. Tarkastuksessa poistetaan mahdollisesti tarpeettomat lääkkeet ja päällekkäisyydet sekä varmistetaan, että lääkkeet sopivat samanaikaisesti käytettäviksi. Annosjakelun on tarkoitus vapauttaa kotihoidon ja palvelukeskuksen henkilökunnan aikaa muihin tehtäviin, koska heidän ei tarvitse itse jakaa asiakkaiden lääkkeitä. Annosjakelusta on tarkoitus syntyä kustannussäästöjä, koska asiakas maksaa vain hänelle toimitetuista lääkkeistä ja näin ollen esimerkiksi lääkemuutosten yhteydessä lääkehävikin määrä pienenee ja lääketurvallisuus lisääntyy, koska kotiin ei jää turhia lääkkeitä. (Apteekkariliitto 2007.)

Pyhäjärven kaupungissa lääkkeiden koneellinen annosjakelu on otettu kolmevuotiseksi kokeiluksi, kaupungin kotihoidossa sekä Köpsinrinteen palvelukeskuksessa. Kokeilu on aloitettu siten, että kotihoidossa on siirrytty lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun asteittain vuoden 2006 alusta lukien ja palvelukeskuksessa siirtyminen on tapahtunut asteittain vuoden 2007 keväästä alkaen. (C. Soini, henkilökohtainen tiedonanto 15.3.2007)

Tutkimukseni käsittelee Pyhäjärven kaupungin kotihoidon asiakkaiden sekä kotihoidon ja palvelukeskuksen hoitotyöntekijöiden kokemuksia koneellisen lääkkeiden annosjakelun käytöstä Pyhäjärven kaupungin kotihoidossa sekä

Köpsinrinteen palvelukeskuksessa. Tutkimuksen avulla halutaan saada tietoa, niin asiakkaiden kuin henkilökunnan kokemuksista koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta, jotta saadaan mahdollisimman kokonaisvaltainen näkemys meneillään olevasta kokeilusta.

Aiheen tähän tutkimukseeni sain Pyhjärven kaupungin perusturvajohtajalta, joka ehdotti aihetta, koska se on Pyhjärven kaupungissa ajankohtainen ja tälle tutkimukselle oli tarvetta toimintamallin kokeiluluontoisuuden vuoksi. Aiheen valintaan vaikutti myös se, että lääkehoito on tärkeä menetelmä, jolla tuetaan onnistunutta ikääntymistä, mutta ollakseen tehokasta ja asianmukaista lääkkeen määrääminen ja käyttäminen vaativat erilaisia tutkimuksia (Murray 2003, 425). Lisäksi vanhuustutkimuksiin kohdistuneissa analyyseissä on esitetty, että vanhusten lääkehoidosta tarvitaan nykyistä enemmän tutkimusta (Haapaniemi, Routsalo & Lauri 2003, 90).

Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa aineistonkeruumenetelmä koostuu kotihoidon asiakkaiden osalta strukturoidusta haastattelusta eli lomakehaastattelusta ja kotihoidon ja palvelukeskuksen henkilökunnan osalta avoimia kysymyksiä sisältävästä kyselylomakkeesta. Tutkimusaineisto analysoidaan sisällönanalyysinä.

2 VANHUS JA LÄÄKKEET

2.1 Vanhusten lääkekäyttö

Maailman terveysjärjestön suositus on, että vanhuksella saisi olla käytössään enintään 3-4 lääkettä, mutta monilla vanhuksilla on käytössä tätä suositusta useampia lääkkeitä (Kivelä 2004, 11). Yli 75-vuotiaista reseptilääkkeitä päivittäin käyttää yli 80 % ja samasta ikäluokasta lähes 40 % käyttää päivittäin vähintään viittä eri reseptiläkettä. Kotisairaanhoidon potilaat käyttävät nykyisin keskimäärin 5-6 lääkettä, mutta sairaalasta kotiutettavilla vanhuksilla, saattaa olla kotiutumisvaiheessa yli kymmenen lääkettä. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 323.)

Vanhuspotilaat haluavat yleensä toteuttaa lääkärin ohjeita lääkkeiden käytöstä, mutta he näkevät myös mahdollisimman vähäisen lääkkeiden käytön tavoiteltavana ja moraalisenä asiana (Standberg & Pitkälä 2007).

2.2 Vanhusten lääkehoito

Lääkehoidon tavoitteena on vanhuksen hyvinvoinnin ja itsenäisyyden tukeminen sekä edistäminen. Erilaisten sairauksien ja oireiden parantamiseksi käytetään lääkitystä, jonka teho ja vaikuttavuus on tieteellisesti perusteltu. (Vallejo Medina ym. 2006, 325.)

Ikääntyessä lääkkeiden käyttäytyminen elimistössä muuttuu. Merkittävin muutos on lääkeaineiden hitaampi poistuminen elimistöstä, jolloin lääkkeiden yliannostelun riski lisääntyy, ellei annosta iän myötä tarkasteta. Vanhukset saattavat olla herkistyneitä lääkeainevaikutuksille, jolloin samalla annoksella on voimakkaampi vaste kuin nuoremmilla potilailla. (Nurminen 2006, 295.)

Vanhusten hyvä lääkehoito vaatii paljon erityisosaamista ja kaikkien vanhusten hoitoon osallistuvien yhteistyötä. Lääkärin tehtävänä on määrätä lääkkeitä ja vanhustenhoidon henkilökunnan tehtävänä on lääkehoidon toteutus sekä ohjaus ja heidän tulee seurata vanhusten vointia sekä oireita lääkehoitojen aloittamisen jälkeen ja niiden jatkuessa. Myös vanhukset sekä heidän omaisensa, ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita hyvin toteutettavassa lääkehoidossa. (Kivelä 2004, 95. sekä Ikonen & Julkunen 2007, 186 sekä Vallejo Medina ym. 2006, 323.)

Hyvään vanhusten lääkehoitoon kuuluu, että vanhukselle laaditaan ohjelista hänen käyttämistään lääkkeistä. Listan tulee olla selkeä ja kirjoitettu tarpeeksi suurin kirjaimin, jotta vanhus näkee lukea lääkkeiden nimet, annostukset ja annostusajankohdat. Listan tulee olla aina ajantasainen. Vanhusten hyvään lääkehoitoon kuuluu myös neuvonta, jossa vanhukselle selkeästi ja ymmärrettävästi kerrotaan kunkin lääkkeen tarkoitus, käyttötapa ja ottoajankohta. Yleisesti ilmenevistä sivuvaikutuksista tulee kertoa. Neuvonta on tärkeää, vaikka lääkähoidosta vastaisi joku muu kuin vanhus itse. (Kivelä 2004, 12.)

2.3 Vanhusten lääkehoitoon liittyvät ongelmat

Vanhusten lääkehoidossa on sitä enemmän vaaroja mitä tehokkaampi hoito on kysymyksessä (Vallejo Medina ym. 2006, 325). Ongelmat lääkehoidossa voivat syntyä monista eri tekijöistä. Fyysiset vanhenemismuutokset ja sairaudet, kuten käsien kömpelyys ja vapina, voivat vaikeuttaa lääkepakkausten avaamista ja lääkkeen ottamista pakkauksesta. Muistin heikkeneminen aiheuttaa sekaannusta lääkkeiden ottamisessa. Vanhusten tiedot lääkkeiden säilyttämisestä, oton ajankohdasta, vaikutustavoista, yhteisvaikutuksista sekä sivuvaikutuksista voivat olla vähäiset. Tietojen puute voi aiheuttaa esimerkiksi säilytysvirheitä tai virheitä lääkehoidon toteuttamisessa. Iäkkäät saattavat käyttää myös reseptivapaita lääkkeitä ja tietojen puute yhteisvaikutuksista voi aiheuttaa vaarallisia tilanteita. (Kivelä 2004, 11–12.)

2.4 Vanhusten lääkehoito taloudellisesta näkökulmasta

Monella vanhuksella on pieni eläke ja huonot taloudelliset mahdollisuudet kalliiden lääkkeiden ostamiseen ja tämän vuoksi vanhuksen käyttämien lääkkeiden hintoihin tulee kiinnittää huomiota. Heikossa taloudellisessa asemassa oleva vanhus saattaa jättää ostamatta kalliita lääkkeitä eikä välttämättä kerro tästä hoitavalle lääkärille tai hoitajalle. (Kivelä 2004, 103.) Lääkehoitojen taloudelliset kustannukset tulevat vanhusten lisäksi yhteiskunnan maksettavaksi ja lääkehoitojen eettisiin perusteisiin kuuluu kustannusten arviointi ja turhien kustannusten välttäminen (Kivelä 2004, 114).

3 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

3.1 Koneellinen lääkkeiden annosjakelu

Koneellisella lääkkeiden annosjakelulla tarkoitetaan toimintamallia, jossa apteekki toimittaa asiakkaan lääkkeet annospusseihin pakattuina 2 viikon erissä (Apteekkariliitto 2007). Annospussit on pakattu nauhaksi (liite1) ja annospussi sisältää kerralla otettavat lääkkeet ja pussin päälle on merkitty asiakkaan nimi, pussin sisältö ja lääkkeiden ottoaika (Ikonen & Julkunen 2007, 193). Asiakas saa jokaisella toimituskerralla pussien lisäksi ajan tasalla olevan lääkityskortin (Rytilä, Peura & Pellinen 2007, 2).

3.2 Kotihoito

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, jolla pyritään autamaan erilaisten hoito- ja huolenpitotyön keinoin eri-ikäisiä henkilöitä, jotka tarvitsevat tilapäisesti tai pysyvästi apua toimintakykynsä vuoksi (Ikonen & Julkunen 2007, 14). Tässä tutkimuksessa kotihoidolla tarkoitetaan Pyhäjärven kaupungin maksullista palvelua, jossa asiakas on suuren osan vuorokaudesta kodissaan erilaisten palvelujen turvin. Kotihoitoon sisältyvät kotihoito, kotisairaanhoido sekä terveydenhuollon ehkäisevä työ ja tukipalvelut (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002, 100).

3.3 Palvelukeskus

Palvelukeskuksella tarkoitetaan Pyhäjärven kaupungin Köpsinrinteen palvelukeskusta, joka tarjoaa palveluasumista päivittäistä ulkopuolista apua tarvitseville henkilöille, jotka eivät pärjää omassa kodissaan. Palveluasumiseen liittyy sekä asunnon että palveluiden järjestäminen. Palvelukeskuksen asukas maksaa

asunnostansa vuokraa ja maksaa tarvitsemistaan palveluista käytön mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

3.4 Asiakas

Asiakkaalla tarkoitetaan tuotteen vastaanottajaa tai palvelun kohteena olevaa henkilöä, joka saa hyödyn käyttämästään tuotteesta tai saamastaan palvelusta ja myös maksaa siitä. Sosiaali- ja terveysalalla asiakkaana voidaan pitää henkilöitä, jotka ovat palvelun kohteena eli välittömänä käyttäjänä, hyödynsaajana tai maksajana. (Outinen, Holma & Lempinen 1994, 19.) Tässä tutkimuksessa kaikki asiakkaat ovat Pyhäjärven kaupungin kotihoidon palvelun käyttäjiä, jotka ovat koneellisen lääkkeiden annosjakelun piirissä.

3.5 Hoitohenkilökunta

Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia kuten sairaanhoitajia, perushoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia (Ikonen & Julkunen 2007, 20). Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan Pyhäjärven kaupungin kotihoidossa tai Köpsinrinteen palvelukeskuksessa työskenteleviä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia jotka osallistuvat työssään lääkinnällisiin työtehtäviin.

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Tämän tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa kokeiluna olevan koneellisen lääkkeiden annosjakelun vaikutuksista Pyhäjärven kaupungin kotihoidossa sekä palvelukeskuksessa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden sekä kotihoidon ja palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta.

Tutkimustehtävinä ovat:

Selvittää millaisia kokemuksia kotihoidon asiakkailta on

- koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta kotihoidon toimintatapana.
- kotihoidon käynneistä koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana.
- koneellisen lääkkeiden annosjakelun kustannuksista.
- lääketurvallisuudesta koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana.
- lääkehävikistä koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana.

Selvittää millaisia kokemuksia kotihoidon ja palvelukeskuksen hoitohenkilökunnalla on

- työajan käytöstä koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana.
- lääketurvallisuudesta koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana.
- koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta toimintatapana heidän omassa työssään.

Tässä tutkimuksessa tavoite ja tarkoitus ovat nousseet tutkimusympäristöstä eli Pyhäjärven kaupungin kotihoidosta sekä Köpsinrinteen palvelukeskuksesta. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää Pyhäjärven kaupungin hoito- ja vanhustyön asiakkaiden lääkitykseen liittyvien toimintamallien kehittämisessä.

5 LÄÄKKEENJAKO ENNEN KONEELLISEEN LÄÄKKEIDEN ANNOSJAKELUUN SIIRTYMISTÄ

5.1 Lääkkeenjako kotihoidossa

Kotihoidossa asiakkaiden lääkkeet jaettiin ennen koneelliseen lääkkeiden annosjakeluun siirtymistä yleensä asiakkaiden kotona. Joidenkin asiakkaiden lääkkeitä ei turvallisuussyistä voinut säilyttää heidän kotonaan ja tällöin heidän lääkkeensä säilytettiin ja jaettiin dosettiin kotihoidon toimistolla ja täysi dosetti toimitettiin asiakkaalle kotiin. Lääkkeet jaettiin asiakkaasta riippuen 1-4 viikoksi kerrallaan. Lääkkeenjako meni aikaa lääkkeistä ja dosettien määrästä riippuen 5-20 minuuttia. Kotihoidon työntekijä huolehti aina lääkkeenjaon yhteydessä siitä, että lääkkeitä riittää jaettavaksi myös seuraavalle kerralle. Tarvittaessa asiakkaan lääkereseptit otettiin kotihoidon toimistolle uusittavaksi ja toimitettiin apteekkiin. Reseptejä toimitettiin apteekkiin kahtena päivänä viikossa ja reseptin toimituspäivänä myös haettiin lääkkeet apteekista. Asiakkaiden kotiin uudet lääkkeet vietiin samalla kun heidän dosettinsa käytiin täyttämässä. (M. Hynninen, henkilökohtainen tiedonanto 3.12.2007)

5.2 Lääkkeenjako palvelukeskuksessa

Ennen koneelliseen annosjakeluun siirtymistä palvelukeskus Köpsinrinteellä asiakkaiden lääkkeet jaettiin dosetteihin. Lääkkeenjaosta huolehti yleensä kunakin asiakkaan omahoitaja, joka oli joko sairaanhoitaja tai lähihoitaja. Lääkkeet jaettiin asiakkaasta ja hoitajasta riippuen joko viikoksi tai kahdeksi viikoksi kerrallaan. Yöllälääkkeet laitettiin dosetista valmiiksi mittalasiin ja asiakkaan huoneessa olevaan lukolliseen kaappiin. Näin myöhäiseen ajankohtaan sijoittuva lääkkeenanto oli helpompi toteuttaa. (C. Soini, henkilökohtainen tiedonanto 10.1.2008)

6 APTEEKIN TOIMINTA KONEELLISEN LÄÄKKEIDEN ANNOSJAKELUN ALOITUKSESSA

Suomen apteekkariliitto käynnisti koneellisen annosjakelupalvelun vuonna 2002 yhteistyössä sopimusvalmistusapteekkina toimivan Espoonlahden apteekin kanssa. Apteekkariliitto tukee koneellista annosjakelua mm. tarjoamalla apteekin käyttöön annosjakeluun tarvittavat laitteet ja tilat. Koneellisen annosjakelupalvelun aloittaminen ennen varsinaisten tilausten tekemistä etenee kolmessa vaiheessa; asiaan perehtyminen, sopimusten tekeminen ja potilaiden lääkitysten tarkistus. (Rytilä, Peura & Pellinen 2007, 1-2.)

6.1 Perehtyminen ja tiedottaminen

Apteekkariliitto järjestää koneelliseen annosjakeluun siirtyville apteekeille maksuttoman koulutustilaisuuden. Tullakseen tutuksi apteekin uusi palvelumuoto vaatii esittelyä ja tiedottamista apteekin paikalliselle asiakaskunnalle. (Rytilä ym. 2007, 3.)

6.2 Sopimukset

Koneellinen annosjakelutoiminta perustuu osapuolten eli asiakkaan, palvelua tilaavan apteekin ja palvelua tuottavan apteekin välisiin sopimuksiin. Lisäksi annosjakelupalvelun korvattavuus asiakkaalle edellyttää apteekilta sitoutumista Kelan, Apteekkariliiton ja yliopistoapteekkien väliseen runkosopimukseen. (Rytilä ym. 2007, 3.)

Tilaaja-apteekki sopii paikallisen hoitoyksikön kanssa annosjakelujärjestelmästä. Lisäksi apteekki tekee asiakkaan kanssa kirjallisen asiakassopimuksen, johon sisältyy potilaan allekirjoittama suostumus toiminnassa tarvittavien potilastietojen luovuttamisesta sopimusvalmistusapteekin annosjakeluyksikölle,

potilasta hoitavalle lääkärille ja potilaan lääkitysasioita hoitavalle henkilölle. Sopimuksessa on maininta myös palvelun hinnoittelusta ja palvelun irtisanomisesta. (Rytilä ym. 2007, 4.)

6.3 Asiakkaan lääkityksen tarkastus

Apteekki tarkastaa potilaan lääkityksen yhteistyössä hoitavan lääkärin ja hoitoyksikön edustajien kanssa. Lääkityksen tarkoituksenmukaisuus ja valmisteiden yhteensopivuus varmistetaan ja mahdolliset päällekkäisyydet karsitaan. Tavoitteena on, että annosjakelun alkaessa potilaalla on käytössään vain hänelle hoidollisesti tarpeelliset ja keskenään yhteensopivat lääkkeet. Apteekki varmistaa potilaan lääkityksen säännöllisyyden ja soveltuvuuden koneen lääkevalikoimaan. Valmisteet, jotka eivät kuulu koneen valikoimaan, pyritään lääkärin ja potilaan suostumuksella vaihtamaan vastaavaan koneessa olevaan valmisteeseen. Kun annosjakelupotilaan lääkitykseen lisätään uusia valmisteita tai vanhojen annostusta muutetaan, tilaaja-apteekin tulee huolehtia, että sopivuus koneelliseen jakeluun säilyy. (Rytilä ym. 2007, 6.)

6.4 Annosjakeluresepti

Annosjakeluun siirryttäessä lääkäri kirjoittaa uudet lääkemääräykset, joissa lääkemäärä kirjoitetaan vuoden tarpeeksi ja tekee reseptiin annosjakelumerkinnän. Lääkärin tulee merkitä reseptiin myös lääkkeen käyttötarkoitus. Apteekki säilyttää annosjakelureseptit ja huolehtii niiden uusimisesta. (Rytilä ym. 2007, 2.)

7 ANNOSJAKELUPALKKION SAIRAUSVAKUUTUSKORVAUS

Sairausvakuutuksen lääkekorvausjärjestelmään tuli vuoden 2006 alusta alkaen uudistus, jossa käynnistyi kolmevuotinen kokeilu apteekin perimän annosjakelupalkkion korvaamisesta. Kokeilussa korvattavan annosjakelun edellytyksenä on, että asiakas on yli 75-vuotias ja käyttää vähintään kuutta sairausvakuutuslain mukaan korvattavaa lääkettä sekä asiakkaan lääkitys on tarkastettu ja lääkereseptissä on lääkärin tekemä merkintä annosjakelusta. Korvaus on 42 % annosjakelupalkkiosta. Jos yhden viikon hoitoaikaa vastaavien lääkkeiden jake-
lusta perittävä palkkio on suurempi kuin 2 euroa, korvaus suoritetaan 2 euron suuruisen palkkion määrästä. (Kela 2007.) Pyhäjärven apteekin perimä annos-
jakelupalkkio on 6,42 euroa viikossa (R. Tapaninen, henkilökohtainen tiedonan-
to 12.2.2008).

Vuoden 2009 alusta alkaen sairausvakuutuslakiin on tehty muutos, jonka perus-
teella vuonna 2006 alkanut kokeilu apteekin perimän annosjakelupalkkion kor-
vaamisesta muuttui toistaiseksi voimassa olevaksi. Asiakkaalle korvataan vuo-
den 2009 alusta lukien yhden viikon hoitoaikaa vastaavien lääkkeiden annosja-
kelusta perittävästä palkkiosta 42 prosenttia enintään 3 euron suuruisen annos-
jakelupalkkion määrästä, jolloin korvaus on enimmillään 1,26 euroa viikossa.
(Kela 2009a.)

8 AIEMMAT TUTKIMUKSET JA SAADUT KOKEMUKSET

8.1 Koneellinen annosjakelu Lahden kaupunginsairaalassa

Kuopion yliopistossa on tehty opinnäytetyö, jossa on tutkittu koneellisen annosjakelun vaikutuksia Lahden kaupunginsairaalassa. Tehdyssä tutkimuksessa oli hoitajien lääkkeiden käsittelyyn liittyviin tehtäviin kuluva aika vähentynyt 17,5 %. Sairaanhoitajista 56 % oli sitä mieltä, että annosjakelu nopeutti lääkkeidenjakoa ja näin ollen antoi aikaa nimenomaan potilaan hoitotyöhön sekä myös muihin tehtäviin kuten osaston toiminnan kehittämiseen. Noin viidesosa sairaanhoitajista ilmoitti tutkimuksessa stressin vähentyneen ja kolmasosa oli huomannut potilasturvallisuuden lisääntyneen. (Laitinen 2006.)

8.2 Ruotsalainen tutkimus

Ruotsissa on Riksförsäkringsverket tehnyt yhteistyössä apteekin kanssa tutkimuksen lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Tutkimuksessa selvitettiin koneellisen annosjakelun kustannuksia sekä vaikutuksia työaikoihin. Tutkimusmateriaalina tässä tutkimuksessa on käytetty apteekin olemassa olevia tietoja sekä kyselylomaketta. (Medicin på kredit och i påse 2001.)

Tutkimuksen mukaan koneellinen lääkkeiden annosjakelu säästää lääkärin työaikaa potilasta kohden 2,5 tuntia vuodessa. Sairaanhoitajan työaikaa tutkimuksen mukaan säästyy vuosittain noin 2600 kruunun edestä potilasta kohden. (Medicin på kredit och i påse 2001.)

8.3 Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin

Kela ja Apteekkariliitto ovat yhdessä tutkineet vuosina 2002–2003 sitä miten koneellinen lääkkeiden annosjakelu vaikuttaa lääketurvallisuuteen ja lääkekus-

tannuksiin. Tässä tutkimuksessa haluttiin erityisesti selvittää annosjakeluun siirtymisen yhteydessä tehtyjen lääkemutosten, lääkehävikin vähenemisen ja suurten pakkauskokojen käytön vaikutuksia kustannuksiin. Tutkimuksessa oli mukana 120 potilasta ja 6 apteekkia eri puolilta Suomea. (Saikkonen 2003.)

Tutkimuksessa tuli esille, että lääkityksen tarkistus toi esille suhteellisen paljon yhteensopimattomuuksia potilaiden lääkityksessä. Annosjakeluyksikössä, jossa lääkkeiden yhteensopivuus tarkastettiin, oli tammikuun 2003 loppuun mennessä seulottu noin 200 potilaan lääkitykset. Mukana oli siis muitakin kuin varsinaiseen tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. Heistä 53:lta (27 %:lta) löytyi lääkeyhdistelmiä, joihin voi liittyä vakavia yhteisvaikutusvaaroja, ja 38 potilaalla oli lääkityksessään yksi, 11:llä kaksi ja neljällä potilaalla kolme tällaista yhdistelmää. (Saikkonen 2003.)

Lääkitysmutosten tarvetta oli arvioitu erityisen huolella yhdessä tutkimukseen osallistuneessa apteekissa, jonka kautta annosjakeluun osallistuneista 14 potilaasta 11:lle tehtiin muutoksia. Kolmella näistä potilaista todettiin haitallinen yhteisvaikutusmahdollisuus. Kaikissa näissä kolmessa tapauksessa yhdestä lääkkeestä luovuttiin, koska se ei ollut tarpeellinen potilaalle. Muutoin tarpeettomia lääkkeitä oli kuudella potilaalla ja näidenkin käyttö lopetettiin. Muita muutoksia tehtiin lääkärin harkinnan mukaan kahdeksan potilaan lääkitykseen pääasiassa haittavaikutusten ehkäisemiseksi. (Saikkonen 2003.)

Tutkimuksessa mukana olleista 53 % säästi lääkekuluissaan. Keskimääräinen säästö oli 0,21 euroa päivässä potilasta kohden, eli keskimäärin 6 % lääkekuluista. Useimmille mukana olleille potilaille tehtiin lääkityksen kokonaistarkistusten perusteella lääkitysmutoksia ja merkittävimmät säästöt kertyivät lääkehävikin pienenemisestä. Myös annosjakelussa käytetyt suuremmat pakkauskoot vähensivät lääkekustannuksia, koska näiden lääkkeiden kappalehinnat olivat edullisemmat. Tutkimuksessa ei huomioitu apteekin perimää annosjakelupalkkiota. (Saikkonen 2003.)

8.4 Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta

Tiina Pietikäinen on tehnyt Pro gradu – tutkielman Tampereen Yliopistossa aiheesta kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Hänen tutkimuksessaan tuli ilmi, että kotihoidossa, joka sisältää entisen kotisairaanhoidon sekä kotipalvelun, työ on muuttunut yhä enemmän hoivatyöksi, joka kohdentuu entistä iäkkäämmille ja huonokuntoisemmille asiakkaille. Tutkimuksessa nousi esille myös se, että lääkehoidon kehittyminen ja monipuolistuminen vaativat kotihoidon työntekijöiltä hyvää ammattitaitoa ja kykyä tehdä kattavia havaintoja asiakkaasta ja hänen lääkehoidostaan. Hyvin toteutetulla asiakkaan avustamisella lääkehoidossa tuetaan hänen kotona selviytymistään. (Pietikäinen 2004.)

Pietikäisen tutkimuksessa tuli esille, että lääkehoito liittyi jossain muodossa lähes kaikkien kotihoidossa työskentelevien työntekijöiden tehtäviin, ja se koettiin tärkeäksi osaksi tehtävää työtä. Reseptien uusiminen ja lääkkeiden hankinta oli päivittäistä tai viikoittaista työtä kaikilla ammattiryhmillä. Lupakäytännöt lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen olivat kotihoidossa tehdyn tutkimuksen mukaan kirjavaa ja osittain epäselviä. Henkilökunta toivoi täydennyskoulutusta lääkehoitoon liittyen enemmän. (Pietikäinen 2004.)

8.5 Nivalan kotisairaanhoidon kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjake- lusta

Nivalan kaupungin kotisairaanhoidossa ja palveluasunnoissa on koneellinen lääkkeiden annosjakelu ollut käytössä vuodesta 2004 lähtien. Syynä koneelliseen lääkkeiden annosjakeluun siirtymisessä oli tavoite järkeistää hoitohenkilökunnan työtapoja sekä antaa ikäihmisille mahdollisuus asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Nivalan perusturvajohtajan mukaan varsinaista rahallista säästöä on vaikea arvioida, mutta henkilötyövuosina säästyy noin 1,5 vuotta. Alkuvaihe oli ollut kunnalle kalliimpi, koska aloituskustannukset merkitsivät kaupungille noin kahden hoitajan palkkaa. Aluksi muutosta oli vierastettu monin

tavoin. Lääkkeiden jaon on katsottu olevan oleellinen osa hoitajan työtä ja muutostavastarintaa syntyi oman aseman epävarmuudesta hoitajien keskuudessa. Toisaalta pelättiin myös sitä, että hoitajat jäävät potilaiden hoidon ulkopuolelle. Opetuksen kautta asia oli tullut tutuksi ja ennakkoluulot hälvenivät. Siirtymistä koneelliseen annosjakeluun oli edistänyt myös se, että kaupunki huolehti syntyvistä lisäkustannuksista, joten asiakkaiden maksama osuus säilyi ennallaan. Palveluasunnoissa on huomattu asukkaiden olevan aiempaa pirteämpiä ja aktiivisempia, koska koneellisessa annosjakelussa asiakkaiden lääkkeet ja niiden yhteensopivuus tarkastetaan. Koneellisen annosjakelun on huomattu Nivalassa myös tuovan helpotusta lääkäreiden resursseihin, koska jatkuvasti käytettävien lääkkeiden reseptit kirjoitetaan vuodeksi kerrallaan. Kotisairaanhoidon tiimit ovat olleet tyytyväisiä siitä, että koneellinen annosjakelu on säästänyt hoitajien työaika ja heidän ei tarvitse niin paljoa käsitellä reseptejä. Koneellisen annosjakelun ainoana haittapuolena Nivalan kotihoidossa on koettu se, että kaikki lääkkeet eivät siihen sovellu. (Kukkola 2004)

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

9.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus tutkimusmenetelmänä

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkia todellisia tilanteita. Se on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonkeräämistä, jossa suositetaan ihmistä tiedonkeruun välineenä. Aineiston kerääminen tapahtuu luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimys tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia asioita. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavat määräävät sen mikä on tärkeää ja se mahdollistuu aineiston monitahoisella ja yksityiskohtaisella tarkastelulla. Tarvittaessa laadullisessa tutkimuksessa suunnitelmia muutetaan tilanteiden mukaisesti, joten tutkimus toteutetaan joustavalla periaatteella. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 160.) Laadullisella tutkimusmenetelmällä saadaan pehmeitä, rikkaita, syvällisiä sekä ilmiötä aidosti kuvaavia tuloksia, koska siinä ei painoteta tutkimustuloksen toistettavuutta siten kuin määrällisessä tutkimuksessa (Janhonen, Nikkanen 2003, 8).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavat kertovat tutkittavaan ilmiöön liittyviä kokemuksiaan esimerkiksi haastattelun avulla. Täten laadullinen tutkimus soveltuu hyvin aiheisiin, joita on tutkittu vähän ja joissa tutkitaan ihmisten kokemuksia. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 152,156.)

Laadullinen tutkimus soveltuu tutkimusmetodikseni, koska tarkoitukseni on tutkia tutkittavien kokemuksia ja saada mahdollisimman kokonaisvaltainen näkemys tutkittavasta asiasta. Lisäksi aiheesta on saatavilla vähän tutkittua tietoa.

9.2 Aineistonkeruumenetelmä

Kotihoidon asiakkaiden aineistonkeruumenetelmäksi valitsin strukturoidun haastattelun eli lomakehaastattelun, koska haastattelun etuna on joustavuus. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää käytettyjä sanamuotoja ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Lisäksi haastattelun etuna on se, että haastattelija voi samalla toimia havainnoijana, eli muistiin voidaan laittaa myös se millä lailla haastateltava asioista kertoi. (Tuomi, Sarajärvi 2002, 75–76.) Lomakehaastatteluun päädyin myös siksi, että kotihoidon asiakkaat ovat iäkkäitä, jolloin koin paremmaksi, että he voivat keskittyä kertomaan asian ja minä tutkijana voin kirjata asiat paperille.

Hoitohenkilökuntaa koskevan tutkimuksen osalle valitsin aineistonkeruumenetelmäksi avoimista kysymyksistä koostuvan kyselylomakkeen, koska avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin. Avoimet kysymykset myös osoittavat mikä on keskeistä tai tärkeää vastaajien mielestä ja tällä menetelmällä saadaan ilmi myös vastaajien asiaan liittyvien tunteiden voimakkuus. (Hirsjärvi ym. 2007, 196.)

Jotta tuloksista saadaan mahdollisimman luotettavia, niin avoimista kysymyksistä koostuvan kysymyslomakkeen tulee olla selkeä, jolloin laaditut kysymykset ovat kaikille kyselylomakkeeseen vastaaville samoin ymmärrettävissä. Kyselylomakkeeseen tulee tehdä mahdollisimman rajattuja, lyhyitä kysymyksiä, jotta vastaaminen on helpompaa ja vastauksia pystytään helpommin tulkitsemaan. Kysymysten määrän ja järjestyksen tulee olla tarkoin harkittua. (Hirsjärvi ym. 2007, 197–198.)

9.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston kerääminen

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat Pyhäjärven kaupungin kotihoidon sekä palvelukeskuksen työntekijät sekä Pyhäjärven kaupungin kotihoidon asiakkaat, jotka ovat mukana lääkkeiden koneellisessa annosjakelussa.

Laadullinen tutkimus ei tähtää tilastollisiin yleistyksiin, vaan niissä pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Siksi on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. Tästä syystä tutkimusjoukon valinnan tulee olla tarkoin harkittua eikä sattumanvaraista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 86–87.)

Åstedt-Kurjen ja Niemisen (1997, 155) mukaan tutkimuksen kohderyhmän koko voi vaihdella tutkimuksen tarkoituksen ja aineistonkeruutavan mukaan muutamasta henkilöstä muutamiin kymmeniin. Aineiston sanotaan olevan riittävä, kun aineisto alkaa toistaa itseään eikä lisääaineisto enää tuo ilmiöstä olennaista uutta tietoa.

Tutkimusjoukon kooksi tavoitteeni oli saada noin kymmenen työntekijän edustajaa sekä noin kymmenen kotihoidon asiakasta. Pienempikin tutkimusjoukko riittäisi, mikäli aineistosta löytyy vastauksia kaikkiin tutkimustehtäviin tai samat asiat alkavat toistua.

Laadin aineistonkeruuta varten tutkimuslupa-anomuksen, jonka toimitin Pyhäjärven hoito- ja vanhustyönjohtajalle. Saatua tutkimusluvan sovimme palvelukeskuksen johtajan sekä kotihoidon ohjaajan kanssa käytännön menettelmistä. Sovimme, että palvelukeskukseen ja kotihoitoon toimitan henkilökuntaa varten kyselylomakkeet, joissa on mukana kirjallinen ohjeistus. (liite 2) Henkilökunnan edustajat palauttivat kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa palvelusihteerille, jonka luota minä kävin hakemassa täytetyt kyselylomakkeet. Suljetulla kirjekuorella halusin turvata anonymiteetin säilymisen ja lisätä tutkimuksen luotettavuutta.

Palvelukeskukseen toimitin yhden kyselylomakkeen tiimiä kohden. Tiimejä palvelukeskuksessa on yhteensä seitsemän. Palvelukeskuksessa tarkoitus oli, että kyselylomakkeen täyttää kustakin tiimistä yksi lääkehoitoon osallistuva sairaanhoitaja tai lähihoitaja. Kotihoitoon toimitin neljä kyselylomaketta, yhden kutakin tiimiä varten. Tarkoitus oli, että kunkin kotihoidon tiimin sairaanhoitaja täyttäisi

kyselylomakkeen, koska kotihoidossa sairaanhoitajat vastaavat pääsääntöisesti asiakkaiden lääkehoidosta.

Kotihoidon asiakkaiden osalla toimimme siten, että kotihoidon henkilökunta arpoi asiakkaistaan 15 henkilöä, jotka ovat lääkkeiden koneellisessa annosjake-lussa mukana. Minä toimitin kotihoidon ohjaajalle 15 kappaletta saatekirjeitä (liite 3) sekä tutkimuslupa-anomuksia, jotka kotihoidon henkilökunta toimitti arvonnassa nousseille asiakkailleen. Tähän tutkimuslupaasiakas laittoi omat yhteystietonsa, jotta minä pystyin ottamaan asiakkaaseen yhteyttä sopiaksemme haastattelusta, ja antoi sitten tutkimusluvan takaisin kotihoidon henkilökunnalle. Saadut tutkimusluvut yhteystietoineen minä hain kotihoidon ohjaajalta. Vaikka laadullisessa tutkimuksessa asiakasryhmä on tarkoin harkittua, niin silti päädyin kotihoidon asiakkaiden osalta arvontaan sen vuoksi, että mielestäni se lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska muutoin henkilökunta olisi voinut valita itse tutkimuksen kohderyhmän. Vaikka asiakkaiden edustajat arvottiin, niin he olivat tietystä tarkoin harkitusta kohderyhmästä.

Kotihoidon 15 arvotusta asiakkaasta 13 antoi suostumuksensa haastateltavaksi. Kahden asiakkaan osallistuminen haastatteluun kuitenkin peruuntui sairaustapausten vuoksi. Täten haastattelin helmi-maaliskuun 2008 aikana 11 kotihoidon asiakasta. Haastattelut suoritin lomakehaastatteluna (liite 4) haastateltavien kotona, heille sopivana ajankohtana. Kaikki haastattelutilanteet olivat rauhallisia sekä häiriöttömiä ja kestivät 30 – 60 minuuttia.

Kotihoidon ja palvelukeskuksen henkilökunnan kyselylomakkeet jaettiin 31.3.2008 ja vastausaikaa annoin kolme viikkoa, koska halusin huomioida sen, että keväällä sekä kotihoidon että palvelukeskuksen työntekijöillä saattaa olla parinkin viikon mittaisia vuosilomia. Palvelukeskuksen seitsemästä tiimistä kyselylomakkeen palautti kuusi tiimiä ja kotihoidon neljästä tiimistä kyselylomakkeen palautti kolme tiimiä.

Palautuneiden kyselylomakkeiden sekä haastatteluun suostuneiden määrästä voin päätellä, että sekä kotihoidon ja palvelukeskuksen työntekijät sekä kotihoi-

don asiakkaat pitivät tutkimukseen osallistumisesta tärkeänä ja halusivat olla mukana kertomassa omia kokemuksiaan meneillään olevasta kokeilusta.

9.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentteja voivat olla esimerkiksi haastattelut, keskustelu, puhe, raportit sekä muu kirjallinen materiaali. Analyysillä on tarkoitus saada tutkimuksen aineistosta sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Selkeällä aineistolla voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen aineiston voi analysoida joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105–110). Tässä tutkimuksessa saatu aineisto on analysoitu aineistolähtöisesti (liite 5), koska tarkoituksena oli saada esille tutkittavien omia kokemuksia.

Aineistolähtöisessä analyysiprosessissa aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan eli luodaan teoreettinen käsite. Pelkistämisessä aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennaiset asiat pois ja tutkimustehtävään liittyvät ilmiöt koodataan. Siinä tutkimuksesta saatu tieto tiivistetään tai pilkotaan osiin. Ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi, etsien aineistosta samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Aineiston abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, jonka perusteella muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään samaan kategoriaan ja kategoria nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Käsitteiden ryhmittelystä käytetään nimitystä alakategoria ja edelleen alakategorioiden ryhmittelyä kuvataan yläkategorioidena. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston sisällön kannalta on mahdollista. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja siten saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115.)

Ennen analyysiprosessin aloittamista on hyvä määrittää tutkimuksessa käytettävä analyysiyksikkö, jota ohjaavat sekä tutkimustehtävä että aineiston laatu. Aineiston yksikkö on tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö, eli sana, lause, lauseen osa, sanayhdistelmä tai ajatuskokonaisuus. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 25–26.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä käytin joko lausetta, lauseen osaa tai ajatuskokonaisuutta ja näistä muodostin pelkistettyjä ilmaisuja. Analyysirungon muodostin tutkimustehtävien mukaan ja analysoinnin aikana pidin eri tutkimustehtävät erillään, jotta ne eivät sekoittuisi keskenään.

Tutkimusaineiston käsittelyn ja analysoinnin aloitin kotihoidon asiakkaiden haastattelujen purkamisella. Haastattelutilanteessa olin kirjoittanut ylös tarkat vastaukset, joita luin tutkimusaineiston käsittelyvaiheessa useaan kertaan lävitse. Näin minulle alkoi hahmottua kokonaisuus tutkimusaineistosta ja pääsin aloittamaan aineiston analysoinnin. Saatuaani kotihoidon asiakkaiden analyysin tehtyä perehdyin palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kyselylomakkeisiin lukemalla ne useaan kertaan läpi ja vastausten kokonaisuuden hahmotuttua tein tästä materiaalista oman analyysin. Viimeiseksi analysoin kotihoidon henkilökunnan vastauksia, jotka nekin luin useaan kertaan lävitse.

10 TUTKIMUSTULOKSET

10.1 Kotihoidon asiakkaat

Haastatellut kotihoidon asiakkaat olivat 70 – 93 vuoden ikäisiä ja heidän keski-ikänsä oli 81 vuotta. Haastatelluilla oli käytössä keskimäärin 9 lääkevalmistetta. Enimmillään lääkevalmisteita oli käytössä 15 ja vähimmillään 7. Haastateltuja kotihoidon asiakkaita tutkimuksessa oli yhteensä 11. Taulukossa 1 on yhteenveto kotihoidon asiakkaiden tutkimustuloksista.

TAULUKKO 1. Yhteenveto kotihoidon asiakkaiden tutkimustuloksista

TUTKIMUSTEHTÄVÄ	TUTKIMUSTULOS
Kokemukset toimintatavasta	Tyytyväisiä toimintatapaan ja halua jatkaa koneellisessa lääkkeiden annosjakelussa.
Kokemukset kotihoidon käynneistä	Käyntimäärät asiakkaiden mielestä olivat sopivat.
Kokemukset kustannuksista	Annosjakelupalkkiota pidettiin kalliina mutta lääkekustannusten hinta-laatu suhteeseen oltiin tyytyväisiä.
Kokemukset lääketurvallisuudesta	Koneellinen lääkkeiden annosjakelu koettiin lääketurvallisuutta lisäävänä tekijänä.
Kokemukset lääkehävikistä	Hyvänä koettiin se, että tarvitsee ostaa vain ne lääkkeet jotka todellisuudessa tulee käytettyä. Kuitenkin lääkejakelun keskeyttäminen sairaalajakson aikana koettiin epämiellyttävänä tehtävänä.

10.1.1 Kokemukset toimintatavasta

Ennen lääkkeiden koneellista annosjakelua lääkkeiden jako oli toteutettu monin eri tavoin, jokaisella asiakkaalla itselle sopivimmalla tavalla. Lääkkeet oli joko otettu itse suoraan lääkepakkauksista tai sitten kotihoito, oma lapsi tai puoliso oli hoitanut lääkkeiden jaon dosettiin. Entiseen toimintatapaan oli totuttu ja se

tuntui kaikkien asiakkaiden mielestä olleen toimiva ja hyvä ratkaisu, jota eivät olleet tarkemmin pohtineet ennen nykyistä käytäntöä.

Muutosvaiheessa, jossa asiakas siirtyi lääkkeiden koneellisen annosjakelun piiriin, tunnettiin paljon epävarmuutta ja jännitystä. Asiakkaat miettivät kuinka selviävät uudessa tilanteessa ja kuinka oppivat uuden tavan käytännössä ja aluksi uusi toimintatapa tuntui monen mielestä vaikealta.

Kyllä vaikutti vaikealta, mietin kovasti kuinka tästäkin selviän.

Asiakkaiden siirryttyä lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun lääkepussien hakeminen apteekista on järjestynyt jokaisella asiakkaalla omaan tilanteeseen sopivaksi. Lääkkeet hakee apteekista asiakas itse, omat lapset tai kotihoito tuo lääkkeet kotiin. Kaikki asiakkaat olivat omaan tilanteeseensa tyytyväisiä ja erittäin myönteisinä erottuivat sellaiset asiakkaat, jotka itse pystyivät hakemaan lääkkeensä apteekista. Heillä korostui vahvasti positiivinen tunne omasta kyvystä hoitaa henkilökohtaisia asioitaan.

Minäpä pystyn nyt huolehtimaan itse lääkkeeni, kipaisen vain kahden viikon välein käymään apteekissa.

Verrattaessa lääkkeiden koneellista annosjakelua entiseen toimintatapaan asiakkaat pitivät koneellista annosjakelua tasavertaisena tai parempana toimintatapana kuin entistä. Osalle asiakkaista on aivan sama, kumpaa toimintatapaa heidän kohdallaan käytetään ja osa asiakkaista haluaa jatkaa mieluummin koneellisen annosjakelun käyttöä, kuin ottaa käyttöön dosetin. Kokemuksena koneellista annosjakelua pidettiin kaiken kaikkiaan hyvänä.

10.1.2 Kokemukset kotihoidon käynneistä

Kotihoidon käyntimäärät olivat asiakkaiden mielestä sopivat. Suurimmalla osalla kotihoidon käyntimäärä oli pysynyt samana kuin ennen koneellista lääkkeiden

annosjakelua. Yleisesti toivottiin, että hoitajat viipyisivät kauemmin asiakkaiden luona.

Sopivin väliajoin he käyvät, mutta saisivathan nuo viipyä aina vähän kauemmin, ehdittäisiin siinä sitten enemmän käymään asioita läpi.

Ne joilla kotihoidon käyntimäärä oli vähentynyt, olivat tilanteeseen oikein tyytyväisiä, koska kokivat että näin hoitajat voivat käyttää työaikansa heitä enemmän tarvitsevien kanssa.

Kyllä taitaa hoitajilla olla nykypäivänä niin kiirettä, että hyvähän se on jos tarttee harvemmin paikassaan käydä.

Hyvä, ettei kotihoidon tarvitse käydä nyt niin usein, säästyvät niiltä resurssit.

10.1.3 Kokemukset kustannuksista

Näkemykset kustannuksista lääkkeiden koneellisessa annosjakelussa erosivat huomattavasti toisistaan eri asiakkaiden kesken ja kaikki eivät olleet seuranneet hintoja. Joidenkin mielestä lääkkeet ovat halventuneet ja joidenkin mielestä kokonaisuudessaan lääkehoito on nyt kalliimpaa ja osan mielestä lääkekustannuksissa ei ole tapahtunut muutosta.

Apteekin perimää annosjakelupalkkiota pidettiin asiakkaiden keskuudessa kalliina. Lääkekustannusten hinta-laatu suhteeseen asiakkaat olivat kuitenkin tyytyväisiä. Hyvästä palvelusta oltiin valmiita maksamaan.

Kallista on, mutta mitä se haittaa. Ilo on maksaa hyvästä palvelusta ja pääasia on, että lääkehoito sujuu.

Yhteiskunnalle koettiin tulevan taloudellista säästöä koneellisen annosjakelun myötä ja se koettiin positiivisena asiana.

Kone on edullisempi yhteiskunnalle kuin ihminen, hyvä että tällä lailla säästyy valtion rahoja vaikka olis ne työpaikatkin vissiin tarpeellisia.

Säästöä kotihoidon maksuissa kokivat asiakkaat, joilla kotihoito käy harvemmin koneellisen annosjakelun vuoksi. Heidän mielestään on hyvä, että ei tarvitse maksaa kotihoidolle käyntimaksuja lääkkeiden jaon vuoksi.

10.1.4 Kokemukset lääketurvallisuudesta

Lääkkeiden ottaminen annosjakelupussista koettiin helpoksi ja usein apuna pussin avaamisessa käytettiin saksia. Annospussissa lääkkeiden koettiin olevan tallessa ja lääkkeiden säilytyksen siisteys koettiin merkittävänä. Annosjakelupussin merkinnät koettiin hyvinä. Helppoutta lääkkeiden ottamiseen toi myös se, että lääkkeissä ei pääse sekoittumaan.

Vaikeuksina koneellisessa lääkkeiden annosjakelussa koettiin olevan lääke-muutosten yhteydessä itse pussista poistettavat lääkkeet, lääkepussin huono aukeavuus ilman saksia ja jakelussa olleet virheet. Yleisesti vaikeana koettiin myös tilanne, jossa lääke tippuu lattialle, mistä sitä on vaikea löytää eikä kotona ole uutta lääkettä tilalle.

Vaikeaa on löytää lattialle tippunutta lääkettä ja mistään ei saa uutta lääkettä tilalle, se kyllä harmittaa.

Koneellisen lääkkeiden annosjakelun koettiin olevan turvallisoin tapa lääkkeiden jakamisessa. Lisäksi se koettiin vanhusten lääketurvallisuutta lisäävänä tekijänä.

Kyllä me vanhukset ollaan niin höperöitä, että otetaan pian lääkkeitä mistä sattuu, jotta kyllä tämä pussisysteemi on sitten todella turvallinen.

10.1.5 Kokemukset lääkehävikistä

Lääkehävikkiin eli lääkemäärän täsmällisyyteen oltiin asiakkaiden keskuudessa tyytyväisiä. Hyvänä koettiin se, että tarvitsee ostaa vain ne lääkkeet jotka todellisuudessa tulee käytettyä eikä lääkevaihdon yhteydessä kotiin jää turhia lääkkeitä.

Tämä on kyllä hyvä, kun kotona on vain nämä pussit, ei sitten ole lääkkeitä joka paikka täynnä.

Lääkemuutoksia oli kotihoidon asiakkaille tehty siten, että lääkkeitä oli vähennetty siirryttäessä koneelliseen lääkkeiden annosjakeluun, lääkevahvuuksiin oli tullut muutamia muutoksia ja säännöllisesti otettavia särkylääkkeitä oli lisätty annosjakelupussiin koneellisen annosjakelun aikana. Asiakkaat kokivat, että lääkemutokset olivat sujuneet hyvin. Lääkemuutokset oli pääasiassa tehty sairaalajakson aikana, jolloin ne olivat valmiina uusissa lääkepusseissa asiakkaan kotiutuesssa.

Lääkejakelun keskeyttäminen sairaalajakson aikana koettiin epämiellyttävänä tehtävänä. Tällöin ei aina viitsitä katkaista annosjakelua, jolloin kotiin kertyy turhia lääkkeitä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että myös omaiset ovat katkaisseet vain hyvin harvoin lääkejakelua sairaalajakson vuoksi. Tyytyväisiä annosjakelun keskeytykseen sairaalajaksojen aikana olivat ne jotka kotihoidon kautta keskeyttävät annosjakelun.

Ei sitä viitsi heti olla ilmoittamassa apteekkiin, että on sairaalassa. Mistä sitä tietää ollaanko siellä kauan vai vähän aikaa.

Hyvin käy jakelun keskeyttäminen, kun kotihoito sen on aina hoitanut.

10.2 Kotihoidon hoitohenkilökunta

Tutkimukseen osallistui kolme kotihoidon hoitohenkilökuntaan kuuluvaa sairaanhoitajaa. Taulukossa 2 on yhteenveto kotihoidon hoitohenkilökunnan tutkimustuloksista.

TAULUKKO 2. Yhteenveto kotihoidon hoitohenkilökunnan tutkimustuloksista

TUTKIMUSTEHTÄVÄ	TUTKIMUSTULOS
Kokemukset työajan käytöstä	Työaikaa koettiin vapautuneen muihin tehtäviin kuten ennaltaehkäisevään työhön ja myös asiakkaille koettiin olevan enemmän aikaa.
Kokemukset lääketurvallisuudesta	Lääketurvallisuuteen koettiin tulleen varmuutta mutta lääkemutokset koettiin hankaliksi tehdä.
Kokemukset toimintatavasta	Tyytyväisiä toimintatapaan ja halua jatkaa koneellista lääkkeiden annosjakelua.

10.2.1 Kokemukset työajan käytöstä

Kotihoidon hoitohenkilökunnan mielestä koneellinen lääkkeiden annosjakelu on tuonut muutoksia työajan käyttöön. Hoitohenkilökunnan mielestä ajankäytössä on tapahtunut säästöä ja työaikaa on vapautunut muihin työtehtäviin.

Annosjakeluun siirtyminen vapautti työaikaa, ennen lääkkeiden jakoon ja reseptiasioiden hoitoon kului useita tunteja viikossa.

Työajan käytön muutokseen vaikuttaneita asioita ovat reseptien uusinnan väheneminen ja lääkkeiden viennin jakautuminen usealle työntekijälle tiimin sisällä. Sairaanhoitajan työajan käyttöön vaikuttaa myös oleellisesti se, että sairaanhoitaja ei yleensä toimita koneellisen annosjakelun lääkkeitä.

Lääkepussien toimitus asiakkaiden kotiin on pääasiallisesti tiimissä muiden kuin sairaanhoitajan tehtävä. Näin ollen aikaa lääkkeiden parissa menee nykyään enemmän nimenomaan tiimiläisillä.

Työajan uudelleenjärjestämisen seurauksena kotihoidon hoitohenkilökunta koki ajankäytön suunnittelun olevan parempaa, asiakkaille pystytään antamaan enemmän aikaa ja työaika koettiin olevan käytettävissä enemmän ennaltaehkäiseviin kotikäynteihin. Hyvänä koettiin myös se, että joidenkin asiakkaiden luona tarvitsee käydä harvemmin.

Joittenkin asiakkaiden luona tulee käytyä harvemmin annosjakelun takia, koska ne eivät tarvitse nyt pelkkää lääkkeenjakokäyntiä.

10.2.2 Kokemukset lääketurvallisuudesta

Kotihoidon hoitohenkilökunta koki, että koneellinen lääkkeiden annosjakelu on huolenpitoa asiakkaista, koska asiakkaiden kokonaislääkitys, lääkkeiden yhteensopivuus ja yhteisvaikutukset tarkastetaan.

Koneellisen lääkkeiden annosjakelun koettiin tuovan lääketurvallisuuteen varmuutta, koska koneeseen luotettiin enemmän kuin ihmiseen lääkkeenjakajana. Varmuutta lisäsi se, että ihminen tarkastaa vielä koneen jakamat lääkkeet. Yleisesti hoitohenkilökunta oli sitä mieltä, että virheisiin on koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana pienempi mahdollisuus.

Virheisiin nyt pienempi mahdollisuus, kone tekee ehkä vähemmän virheitä kuin ihminen.

Kotihoidon hoitohenkilökunnan mielestä asiakkaille tehtiin vain vähän lääke muutoksia siirryttäessä koneelliseen lääkkeiden annosjakeluun ja he olivat vauruneet suurempiin muutoksiin asiakkaiden lääkityksissä. Asiakkaiden lääke muutokset useimmiten olivat olleet sellaisia, että lääkkeidenottokerrat olivat lisääntyneet ja lääkkeiden rinnakkaisvalmisteita oli otettu käyttöön.

Kotihoidon hoitohenkilökunnan mielestä lääkemuutokset ovat koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana hankalia ja työläitä tehdä. Lisäksi lääkemuutoksesta ilmoitettaessa apteekkiin pitää olla tarkkana, jotta tulee ymmärretyksi oikein.

Muutoksia tehdessä tulee olla tarkkana, että ne ymmärretään apteekissa, jotta muutokset tulisi oikein tehtyä annosjakelupaikassa.

Ongelmaksi koneellisessa lääkkeiden annosjakelussa kotihoidon henkilökunta koki sen, että kaikki lääkkeet eivät sovellu koneelliseen annosjakeluun. Lisäksi turhauttavaa on se, että joillekin asiakkaille annospussit täytyy edelleen tyhjentää dosetteihin.

Joillekin lääkkeet on laitettava pusseista dosetteihin ja se on turhaa ja turhauttavaa työtä.

10.2.3 Kokemukset toimintatavasta

Kotihoidon hoitohenkilökunnan kokemusten mukaan asiakkaat pitävät koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta kalliina ja myös omaiset moittivat annosjakelun hintaa. Hoitohenkilökunta toi tutkimuksessa esille hyvin vahvasti sen, että koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta tulee yhteiskunnalle taloudellista säästöä, eikä niinkään ajatella yksittäistä asiakasta.

Kela hyötyy tällä hetkellä taloudellisesti koneellisesta lääkkeenjaosta.

Ainakin jakelumaksun tulisi kartuttaa Kelan lääkekattoa.

Kotihoidon hoitohenkilökunta on erittäin tyytyväinen koneelliseen lääkkeiden annosjakeluun eivätkä haluaisi palata käyttämään asiakkaille dosetteja. Hoitohenkilökunnan mielestä asiakkaat vaikuttavat koneelliseen lääkkeiden annosjakeluun tyytyväisiltä.

Enpä enää haluaisi palata vanhaan dosettisysteemiin.

10.3 Palvelukeskuksen hoitohenkilökunta

Tutkimukseen osallistui kuusi palvelukeskuksen hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää, joiden työnkuvaan kuuluu lääkehoito. Taulukossa 3 on yhteenveto palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan tutkimustuloksista.

TAULUKKO 3. Yhteenveto palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan tutkimustuloksista

TUTKIMUSTEHTÄVÄ	TUTKIMUSTULOS
Kokemukset työajan käytöstä	Aikaa koettiin vapautuneen muille työtehtäville, mutta koettiin myös vapautuneen ajan kuluvan muutoksesta aiheutuneisiin tehtäviin.
Kokemukset lääketurvallisuudesta	Lääketurvallisuuteen koettiin tulleen varmuutta mutta lääkemutokset koettiin hankaliksi tehdä ja lääkeosaamisen koettiin vähentyneen.
Kokemukset toimintatavasta	Asiakkaiden koettiin olevan helppo ottaa lääkkeit mukaan kotilomalle ja toimintatavan koettiin helpottavan sijaisten työnkuva. Ei kuitenkaan halukkuutta jatkaa koneellista lääkkeiden annosjakelua.

10.3.1 Kokemukset työajan käytöstä

Palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan mielestä koneellinen lääkkeiden annosjakelu on tuonut muutoksia työajan käyttöön. Hoitohenkilökunnasta tutkimukseen vastanneista osa oli sitä miltä, että koneellinen lääkkeiden annosjakelu helpottaa hoitajien kiirettä ja aikaa jää enemmän muuhun työhön. Kuitenkin osa vastanneista oli sitä mieltä, että lääkkeiden jaolta säästynyt aika kuluu lääkemutosten tekemiseen tai annospussista pudonneiden lääkkeiden etsimiseen.

Se aika mikä jää lääkkeen jaosta menee muutosten tekemiseen tai revenneiden pussien takia karanneiden pillereiden etsimiseen.

Palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan mielestä työajan käytön muutokseen vaikuttaneita asioita koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana ovat reseptien vähäisempi käsittely sekä lääkkeiden jaon poisjäänti. Lisäksi hoitohenkilökunta koki, että lääkkeiden antaminen asiakkaalle on nopeampaa koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana kuin aikaisemmin.

Työajan uudelleenjärjestämisen seurauksena palvelukeskuksen hoitohenkilökunta koki yleisesti työn helpottuneen. Osa tutkimukseen vastanneista koki asiakkaille olevan enemmän aikaa. Tutkimuksessa tuli kuitenkin ilmi, että osa palvelukeskuksen hoitohenkilökunnasta on sitä mieltä, että lääkkeet on jaettu ennen koneellista lääkkeiden annosjakelua yöaikaan, joten suoranaisesti tämä aika ei ole ollut asiakkailta pois.

Nyt on enemmän aikaa asiakkaille kuin ennen.

Ennen lääkkeet jaettiin yövuorossa, joten ei asiakkaalle ole yhtään enemmän aikaa nytkään.

10.3.2 Kokemukset lääketurvallisuudesta

Palvelukeskuksen hoitohenkilökunta koki, että koneellinen lääkkeiden annosjakelu lisää varmuutta lääketurvallisuudesta. Lääketurvallisuutta lisääviksi tekijöiksi koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana hoitohenkilökunta koki lääkkeiden oton hygieenisyyden, turvallisen tavan antaa asiakkaalle lääkkeet, tiedon siitä, että asiakas saa oikeaan aikaan oikeat lääkkeet ja asiakkaiden lääkkeet ovat aina ajan tasalla. Lisäksi hoitohenkilökunta koki, että koneellinen lääkkeiden annosjakelu on virheettömämpi kuin hoitajan jakaessa lääkkeet dosettiin. Koneellisen lääkkeiden annosjakelun koettiin vähentävän myös hoitajien eri asioiden muistamisen tarvetta, joka vaikuttaa myös asiakkaiden lääketurvallisuuteen.

Nyt on paljon vähemmän muistamista lääkkeiden suhteen.

Lääkemuutoksia on palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan mukaan asiakkaille tehty siten, että lääkkeitä on joillekin asiakkaille lisätty ja joiltakin asiakkailta on lääkkeitä vähennetty. Eniten on lopetettu särkylääkkeitä. Suurin muutos lääkityksessä on ollut siirtyminen rinnakkaisvalmisteisiin.

Palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan mielestä lääkemuutokset ovat koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana työläitä tehdä ja lääkemuutokset tulevat hitaasti käytäntöön.

Jos tulee lääkemuutoksia, ne ei näy heti jakelussa, vaan aikaa menee n. 3 vk ennen kuin muutokset ajan tasalla. Siihen asti henkilökunta joutuu laittamaan lääkkeitä ajan tasalle.

Ongelmaksi koneellisessa lääkkeiden annosjakelussa palvelukeskuksen hoitohenkilökunta koki sen, että jotkut lääkkeitä sopivat huonosti annosjakeluun ja joskus pussit pitää purkaa dosettiin, esimerkiksi kuurilääkkeiden aikana. Hoitohenkilökunta koki vaikeaksi sen, että käyttöön otetut rinnakkaislääkkeet ovat oudoilla nimillä, jonka myötä lääkkeiden tunnistettavuutta pidettiin vaikeana. Koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana hoitajien lääkeosaamisen ja lääkkeiden tunnistamisen koettiin vähentyneen. Annospussien koettiin olevan vaikeasti aukaistavia ja näin ollen lääkkeitä menee helposti hukkaan. Asiakkaan siirtäminen koneellisen lääkkeiden annosjakelun piiriin koettiin työlääksi.

Lääkemuutosten aikana poistettava ja lisättävä lääkkeitä ja tabletteja on joskus vaikea tunnistaa, koska lääkkeitä ovat niin samannäköisiä.

10.3.3 Kokemukset toimintatavasta

Palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemusten mukaan omaiset pitävät koneellista lääkkeiden annosjakelua kalliina. Hoitohenkilökunnan mielestä annosjakelupalvelu on turhan kallista, mutta ovat kuitenkin tyytyväisiä siihen, että asiakas joutuu maksamaan vain käytetyistä lääkkeistä.

Asiakkaan tarvitsee maksaa vain käyttämistään lääkkeistä, mutta annosjakelupalkkio on kallis ja pitää vielä maksaa joka viikolta.

Hyviksi asioiksi palvelukeskuksen hoitohenkilökunta koki koneellisessa lääkkeiden annosjakelussa sen, että asiakkaan on helppo ottaa lääkkeet mukaan esimerkiksi omaisten luokse mentäessä. Hoitohenkilökunta koki hyväksi myös sen, että koneellinen lääkkeiden annosjakelu helpottaa sijaisten työnkuva.

Sijaisten kannalta on hyvä, kun heidän ei tarvitse jakaa lääkkeitä.

Tyytymättömyys koneelliseen lääkkeiden annosjakeluun kaiken kaikkineen oli palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan keskuudessa ilmeinen. Hoitohenkilökunta koki, että koneellinen lääkkeiden annosjakelu ei ole sitä mitä heille on mainostettu ja lääkkeenjaon koettiin tapahtuvan liian kaukana. Palvelukeskuksen hoitohenkilökunta ei haluaisi jatkaa koneellista lääkkeiden annosjakelua vaan haluaisivat jakaa itse asiakkaiden lääkkeitä dosetteihin.

Jos saataisiin valita, jaettaisiin lääkkeet itse dosettiin. Pysyttäisiin lääkkeiden tunnistamisessa yms. ajan tasalla eikä olisi sekä dosetti että pussilääkkeitä.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa kokeiluna olevan koneellisen lääkkeiden annosjakelun vaikutuksista Pyhäjärven kaupungin kotihoidossa sekä palvelukeskuksessa ja selvittää kotihoidon asiakkaiden sekä kotihoidon ja palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta. Taulukossa 4 on yhteenveto tutkimuksen johtopäätöksistä.

TAULUKKO 4. Yhteenveto johtopäätöksistä

Lääkekustannukset	Lääkekustannukset olivat joko nousseet, laskeneet tai pysyneet entisellään. Asiakkaat olivat valmiita maksamaan hyvästä palvelusta.
Lääketurvallisuus	Sekä asiakkaat että henkilökunta kokivat lääketurvallisuuden lisääntyneen.
Lääkehävikki	Asiakkaat kokivat hyväksi, ettei kotiin jäänyt turhia lääkkeitä.
Työajan käyttö	Kotihoidon henkilökunta koki, että heillä on jäänyt enemmän aikaa asiakkaille sekä ennaltaehkäisevään työhön. Palvelukeskuksen henkilökunta koki, että asiakkaille jäi enemmän aikaa mutta kokivat myös vapautuneen ajan kuluvan muutoksesta aiheutuneisiin uusiin työtehtäviin.
Lääkemuutokset	Lääkemuutoksia asiakkaille on tehty lähinnä rinnakkaisvalmisteisiin siirtymisessä. Lääkemuutosten tekemisen kokivat sekä kotihoidon että palvelukeskuksen työntekijät hankalaksi.
Lääkeosaaminen	Palvelukeskuksen henkilökunta koki, että heidän lääkeosaamisensa oli vähentynyt.
Toimintamallin jatkaminen	Kotihoidon asiakkaat ja henkilökunta halusivat jatkaa koneellista lääkkeiden annosjakelua kun taas palvelukeskuksen henkilökunta ei halunnut jatkaa.

Tämän tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaat kokivat, että koneellisen lääkkeiden annosjakelun myötä lääkekustannukset olivat joidenkin kohdalla nousseet ja toisilla laskeneet kun taas joillakin pysyneet samana. Tämä tulos vastasi Saikkosen 2003 esittämiä Kelan ja Apteekkariliiton tekemiä tutkimustuloksia, jossa tutkimuksessa mukana olleista noin puolet säästi lääkekuluissaan. Siihen, että asiakkaat kokivat kustannukset eri tavoin, vaikutti jokaisen asiakkaan yksilöllinen lääkitys sekä lääkekustannusten vaikea vertailu ennen ja jälkeen koneellista annosjakelua. Nousseita kustannuksia ei kuitenkaan pidetty kohtuuttomina ja ne miellettiin hyväksi palveluksi, josta kannatti maksaa.

Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että kotihoidon henkilökunta koki asiakkaiden pitävän koneellista lääkkeiden annosjakelua kalliina kun taas tämän tutkimuksen mukaan asiakkaat eivät pitäneet sitä kalliina.

Tämän tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaat sekä kotihoidon ja palvelukeskuksen henkilökunta olivat sitä mieltä, että lääketurvallisuus on lisääntynyt koneellisen lääkkeiden annosjakelun myötä. Myös lääkehävikin osalta asiakkaat olivat tyytyväisiä. Hyväksi koettiin erityisesti se, että kotiin ei jää turhia lääkkeitä. Se, että kotona ei ole ylimääräisiä lääkkeitä koettiin myös lääketurvallisuutta lisääväksi tekijäksi.

Tämän tutkimuksen mukaan kotihoidon henkilökunta koki koneellisen lääkkeiden annosjakelun vapauttavan työaikaa enemmän asiakkaille ja myös ennaltaehkäisevään työhön. Tämä tulos vastasi Laitisen 2006 ja Medicin på kredit och i påse 2001 tutkimusten tuloksia. Näissä kummassakin tutkimuksessa oli tulokseksi saatu työajan säästö lääkkeiden jakelusta. Palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan mielestä lääkkeiden annosjakelu on tuonut muutoksia työajan käyttöön, mutta työntekijät kokivat uuden työajankäytön hyvin erilaisina. Osa henkilökunnasta oli sitä mieltä, että nyt on enemmän aikaa asiakkaille mutta joidenkin mielestä lääkkeenjaosta pois jäänyt aika kuluu muihin koneellisen lääkkeiden jaon mukanaan tuomiin tehtäviin.

Tutkimuksessa nousi selvästi esille se, että sekä kotihoidon että palvelukeskuksen henkilökunta koki lääkemuutosten tekemisen, koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana, vaikeaksi. Lääkemuutoksia oli, sekä kotihoidossa että palvelukeskuksessa, eniten tehty siten että siirryttäessä koneelliseen lääkkeiden annosjakeluun oli käyttöön otettu rinnakkaisvalmisteita. Tämä poikkesi Saikkosen 2003 esittämästä Kelan ja Apteekkariliiton tutkimustuloksesta, jossa lääkityksen tarkistus toi esille suhteellisen paljon yhteensopimattomuuksia potilaiden lääkityksessä.

Tässä tutkimuksessa nousi esille, että palvelukeskuksen henkilökunta koki oman lääkeosaamisensa vähentyneen koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana.

Tässä tutkimuksessa palvelukeskuksen henkilökunta toi esille, että he eivät haluaisi jatkaa koneellista lääkkeiden annosjakelua. He kokivat että se hyöty mikä tästä menetelmästä oli saatu, menetettiin sellaisiin asioihin, joita koneellinen lääkkeiden annosjakelu oli myös tuonut tullessaan. Kotihoidon henkilökunta ja heidän asiakkaansa haluavat tämän tutkimuksen mukaan jatkaa koneellista lääkkeiden annosjakelua, koska olivat tyytyväisiä uudistuksen mukanaan tuomiin menetelmiin.

12 POHDINTA

12.1 Yleistä pohdintaa

Tämä tutkimus lähti Pyhäjärven kaupungin tarpeesta saada tietoa kokeiluna olevasta koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta. Kokeilu oli aloitettu vuonna 2006. Tartuin tähän haasteeseen, koska mielestäni aihe oli ajankohtainen ja palveli hyvin omaa oppimistani tulevana sosionomina. Tämän opinnäytetyön myötä oma tietoisuuteni vanhusten lääkehoidosta lisääntyi ja koen sen olevan tulevassa työelämässä itselleni hyödyksi. Sosionomina tarvitsen tietoa siitä kuinka hyvällä lääkehoidolla voidaan kehittää työtä kuntouttavan hoidon suuntaan ja samalla saada aikaiseksi kustannussäästöjä. Nykyisen vanhustenhoidon ja yhteiskunnallisen taloudellisen tilanteen vuoksi sosionomilla on tärkeää olla tietoa koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta toimintamallina, jotta hän osallistaan voi olla vaikuttamassa ja päättämässä työyhteisönsä käyttämistä toimintamalleista, joilla saadaan aikaan mahdollisesti tarvittavia kustannussäästöjä ilman henkilökunnan vähentämistä.

Tutkimuksen tuloksissa tuli esille, että kotihoidon asiakkaat ja henkilökunta halusivat jatkaa koneellista lääkkeiden annosjakelua, mutta palvelukeskuksen henkilökunta ei halunnut. Tämä palvelukeskuksen henkilökunnan mielipide on minusta ristiriitainen siihen nähden kuinka paljon he näkivät hyviä asioita tällaisessa toimintatavassa. Palvelukeskuksessa kokeilu oli ollut vasta vähän aikaa käytössä tutkimushetkellä ja oletukseksi jäi, että heillä oli päälimmäisenä mielessä koneellisen lääkkeiden annosjakelun aloittamisen työllistävä vaikutus ja heillä oli erilaisia ennakkoluuloja uuden toimintatavan vaikutuksesta heidän omaan työhönsä ja työyhteisön toimintaan.

Professori Sirkka-Liisa Kivelä on sitä mieltä, että ikääntyneitä lääkitään usein liikaa ja väärillä sekä yhteensopimattomilla lääkkeillä. Hän haluaisi lisätä teknologiaa vanhusten lääkehoidon toteutuksessa. Hän kaavailee laajaan käyttöön laitetta, jolla sekä ikääntynyt että hoitaja voisivat tarkastaa käytössä olevat lää-

keet. Laitteella voisi tarkastaa onko lääkäri määrännyt lääkkeitä, jotka eivät sovi ikääntyneille lainkaan tai joilla on huonoja yhteisvaikutuksia muiden käytössä olevien lääkkeiden kanssa. Kivelä ehdottaa, että tehtäisiin laki, joka määräisi ikääntyneiden lääkkeitä tutkittavaksi niin, että testiryhmänä olisivat iäkkäät kun nykyisin ikääntyneet käyttävät lääkkeitä jotka on tutkittu työikäisillä. (Seppälä 2009.) Teknologian lisääntyminen vanhusten lääkehoidossa tulee varmasti lisääntymään, muutoinkin kuin koneellisena lääkkeiden annosjakeluna. Pitkää matkaa ei varmastikaan ole siihen kun hoitajat ja lääkkeiden käyttäjät itse pysyvät tarkastamaan lääkkeiden yhteensopivuuden esimerkiksi internetin välityksellä. Eettisesti paras menetelmä kuitenkin mielestäni olisi se, että lääkärillä olisi aikaa ja mahdollisuutta tarkastaa potilaansa kokonaislääkitys.

Tätä opinnäytetyötä tehdessäni olen seurannut sitä kuinka koneellista lääkkeiden annosjakelua markkinoidaan sillä, että se vapauttaa hoitohenkilökunnan työaikaa lääkejakelusta ja reseptien hallinnoinnista muihin tehtäviin ja lisäksi esille tuodaan hyvin vahvasti asiakkaan saamaa säästöä lääkekustannuksista. Asiakkaan säästöt tulevat siitä, että hän maksaa kerrallaan vain niistä lääkkeistä, joita hän ostaa kahdelle viikolle ja nämä lääkkeet ovat suurista ja edullisimmista lääkepakkauksista, joten lääkkeiden yksikköhinnat ovat edullisia. Toki on hyvä, että asiakas ja työyhteisö saa menetelmästä paljon hyötyjä, mutta mielestäni liian vähän tuodaan esille sitä, että valtio säästää koneellisessa lääkkeiden annosjakelussa huomattavan summan lääkkeiden korvauskustannuksista. Kela maksaa lääkekorvausta pääsääntöisesti joko 100% kolmen euron lääkekohtaisen omavastuun ylittävältä osalta, 72% tai 42% lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta (Kela 2009b). Näin ollen lääkekorvaussumma on sitä pienempi mitä edullisempia lääkkeitä asiakas ostaa. Myös kotihoidon henkilökunta kiinnitti tutkimuksessa tähän asiaan huomiota.

Tämän työn tekeminen on ollut minulle pitkälinen prosessi, koska tehtyäni tutkimuksen ja annettuani tutkimustulokset syksyllä 2008 Pyhäjärven kaupungin käyttöön, jätin viittä vaille valmiin opinnäytetyön ja opinnot hetkeksi syrjään ja siirryin hoivaamaan vastasyntynyttä vauvaa ja muuta perhettä. Perhe-elämä vei ajatukseni kokonaan pois tästä opinnäytetyöstä ja niinpä jouduinkin tekemään

kovan työn, kun aloitin loppurutistuksen tämän työn tekemiseen. Keskustelu vanhustenhoidosta on käynyt mediassa vilkkaana ja se on pitänyt yllä mielenkiintoani tätä opinnäytetyötä kohtaan. Samaan aikaan kun aloin tekemään tätä opinnäytetyötä loppuun niin julkistettiin lääninhallitusten tekemät selvitykset vanhustenhoidosta. Näissä selvityksissä kävi ilmi, että vanhusten perushoito on mitoitettu niin tiukaksi, ettei hoitajilla ole riittävästi aikaa vanhuksille (Säilä 2009). Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella ainakin kotihoidossa on hyvä mahdollisuus saada enemmän aikaa asiakkaille koneellisella lääkkeiden annosjakelulla.

12.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa toteuttamista ja luotettavuutta ei voida pitää toisistaan erillisinä tapahtumina. Laadullisessa tutkimuksessa tärkein luotettavuuden kriteeri on tutkijan oma rehellisyys, koska arvioinnin kohteena ovat tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkijan pitääkin arvioida tutkimuksensa luotettavuutta kaikkien tekemiensä valintojen kohdalla, koko tutkimusprosessin ajan. (Vilkka 2005, 158–159.)

Tutkimukseen osallistuneiden määrän koin riittäväksi, koska pystyin huomaamaan sen, että aineisto alkoi toistaa itseään. Kotihoidon ja palvelukeskuksen henkilökunnan täyttämät kyselylomakkeet olivat hyvin paljon tekstiä sisältäviä ja vastauksissa oli käytetty paljon esimerkkejä, jotka osaltaan kertovat tutkittavan aiheen kiinnostavuudesta ja ajankohtaisuudesta tutkimushetkellä. Haastattelemani kotihoidon asiakkaat olivat tutkimuksesta kiinnostuneita ja useat ilmoittivat olevansa hyvillään siitä, että pystyvät omalta osaltaan vaikuttamaan meneillään olevan kokeilun lopputulokseen.

Palvelukeskuksen asiakkaat jätin pois tutkimuksesta tietoisesti siitä syystä että he eivät ole sen kuntoisia, että osaisivat vastata tähän tutkimukseen. Tällä halusin lisätä tutkimuksen luotettavuutta.

Luotettavuutta lisääväksi tekijäksi haluan mainita, että itse en työskentele tätä tutkimusta koskevissa työyksiköissä, vaan tutkijana olen ollut täysin ulkopuolinen taho.

Tätä tutkimusta tehdessä käsittelin kysely- ja haastattelulomakkeet henkilökohtaisesti enkä ole saattanut niitä kenenkään toisen ihmisen tietoon. Tutkimustuloksista ei selviä tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyttä. Kysely- ja haastattelulomakkeet hävitin opinnäytetyön valmistuttua asianmukaisesti.

12.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteita

Tämän tutkimuksen tuloksia voitiin hyödyntää Pyhäjärven kaupungin kotihoidon ja palvelukeskuksen osalta mietittäessä koneellisen lääkkeiden annosjakelun jatkamista kokeilun jälkeen. Opintojeni ollessa tauolla Pyhäjärven kaupungin kotihoidossa ja palvelukeskuksessa kokeilu koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta päättyi ja kokeilusta tuli vakinainen käytäntö (Raappana 2009.) Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös muissa hoidollisissa työyksiköissä, joissa mietitään kuinka lääkehoitoa voidaan kehittää.

Jatkotutkimushaasteeksi nousi tutkimuksen aikana se, että kuinka koneellisessa lääkkeiden annosjakelussa voitaisiin helpottaa tehtäviä lääkemuutoksia, koska sekä kotihoidon että palvelukeskuksen henkilökunta kokivat tämän asian erittäin vaikeaksi. Toiseksi jatkotutkimushaasteeksi nousi esille sellainen kuinka apteekin ja palvelukeskuksen yhteistyötä voitaisiin tehostaa/parantaa, koska palvelukeskuksen henkilökunta näki koneellisessa lääkkeiden annosjakelussa monia hyviä puolia, mutta kokivat lääkeosaamisena vähentyneen, esimerkiksi lääkkeiden tunnistaminen tilanteessa, jossa lääke täytyi poistaa annospussista. Kolmanneksi jatkotutkimushaasteeksi nousi sellainen, että millä tavalla työyhteisöä tulisi informoida ja kouluttaa uutta työskentelytapaa käyttöönotettaessa, jotta ylimääräisiltä ennakkoluuloilta välttyttäisiin.

LÄHTEET

- Apteekkariliitto 2007. Apteekkien annosjakelupalvelu. Viitattu 14.3.2007. <http://www.apteekkariliitto.fi/do/folder?rs=623/655/847/>. Tuloste tekijän hallussa.
- Haapaniemi, Hannele; Routsalo, Pirkko. & Lauri, Sirkka 2003. Hoitotieteellinen vanhustutkimus: Analyysi vuosina 1979–2000 Suomessa tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä. Hoitotiede-lehti Vol 15. no 2/-03.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Tammi.
- Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Kela 2007. Lääkkeiden annosjakelun korvauksista kokeilu. Viitattu 2.5.2007. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/281205141839ML?OpenDocument>. Tuloste tekijän hallussa.
- Kela 2009a. Annosjakelupalkkion korvaaminen. Viitattu 28.9.2009. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/230209144025JH?OpenDocument>. Tuloste tekijän hallussa.
- Kela 2009b. Määrä. Viitattu 28.9.2009. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/260309123517HL?OpenDocument>. Tuloste tekijän hallussa.
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Tammi
- Kukkola, Tuula 2004. Enemmän aikaa potilaille. Yhdessä 1/2004.
- Laitinen, Hannele 2006. Koneellinen annosjakelu Lahden kaupunginsairaalassa. Opinnäytetyö. Kuopio: Kuopion yliopisto, Farmakologian ja toksikologian laitos
- Latvala, Eila. & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY
- Medicin på kredit och i påse. Apotekets delbetalningssystem och dosdispenseringsverksamhet. Stockholm: Riksförsäkringsverket anser 2001: 6.

- Murray, M. 2003. Improving Medication Use Older Adults: An integrated Research Agenda. *Annals of Internal Medicine*, Volume 139 (5 (part 2)) Supplement. September 2, 2003.
- Nurminen, Marja-Leena 2006. Lääkehoidon abc. Helsinki: WSOY
- Outinen, Maarit; Holma, Tupu & Lempinen, Kristiina 1994. Laatu ja asiakas. Laatusyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Pietikäinen, Tiina-Hannele 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu – tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Raappana, Marja 2009 Kotihoidonohjaaja, Pyhäjärven kaupunki. Pyhäjärvi. Sähköpostiviesti 25.9.2009. Vastaanottaja Janna Viikilä. Tuloste tekijän hallussa.
- Ronkainen, Raili; Ahonen, Sari; Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena 2002. Kotipalvelut kotihoidon kivijalkana. Teoksessa Päivi Voutilainen, Marja Vaarama, Kaisa Backman, Leena Paasivaara, Ulla Eloniemi-Sulkava & Harriet Finne-Soveri (toim.). Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Stakes. Oppaita 49. Helsinki.
- Rytilä, K., Peura, S., Pellinen, H. 2007. Koneellinen annosjakelu. Ohjeet apteekille. Suomen Apteekkariliitto Anja-projekti.
- Saikkonen, Eija-Leena 2003. Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 29/2003. Helsinki: Kela
- Seppälä, Päivi 2009. Teknologia apuun vanhusten lääkehoidossa. Viitattu 1.10.2009. <http://www.kainuunsanomat.fi/cs/Satellite/Kotimaa/1194626155113/artikkeli/teknologia+apuun+vanhusten+laakehoidossa.html>. Tuloste tekijän hallussa.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Vanhusten asuminen. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/vanhasuminen.htx>. Viitattu 26.11.2007. Tuloste tekijän hallussa.
- Standberg, Timo & Pitkälä, Kaisu 2007. Vanhukset tarvitsevat lääkehoitoakin. Viitattu 26.11.2007. <http://www.gernet.fi/artikkelit/vanhustenlaak06.html>. Tuloste tekijän hallussa.

- Säilä, Ritva 2009. Lääninhallitukset: Vanhustenhoidossa paljon puutteita. Viitattu 1.10.2009. http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2009/09/laaninhallitukset_vanhustenhoidossa_paljon_puutteita_985216.html. Tuloste tekijän hallussa.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi
- Vallejo Medina, Aila; Vehviläinen, Sirpa; Haukka, Ulla-Maija; Pyykkö, Virpi & Kivelä, Sirkka-Liisa 2006. Vanhustenhoito. Porvoo:WSOY
- Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi
- Åstedt-Kurki, Päivi & Nieminen, Heli 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen. (toim). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva:WSOY.

LIITE 1. Kuva nauhaksi pakatuista annosjakelupusseista



LIITE 2. Kyselylomakkeen saatekirje ja tutkimuskysymykset

Hyvä Pyhäjärven kotihoidon / Köpsinrinteen työntekijä

Olen sosionomiopiskelija Janna Viikilä Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä Pyhäjärven kaupungin hoito- ja vanhustyönsektorille. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden sekä kotihoidon ja palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta.

Pyydän ystävällisesti, että jokaisesta kotihoidon tiimistä osallistuu tähän tutkimukseen sairaanhoitaja ja Köpsinrinteeltä yksi hoitaja/tiimi, jonka työkuvaan lääkehoito eniten tiimin sisällä kuuluu.

Tutkimukseen osallistutaan vastaamalla nimettömästi kyselylomakkeella oleviin kysymyksiin. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Palauttakaa kyselylomake oheisessa kirjekuoressa 18.4.2008 mennessä oman yksikön palvelusih-teerille.

Tutkimuksessa jokainen vastaus on tärkeä. Kiitos etukäteen osallistumisestanne.

Kunnioittavasti

Janna Viikilä

p.XXX XXX XXXX

KYSELYLOMAKE

Ole hyvä ja merkitse oma työyksikkösi:

Kotihoito _____

Köpsinrinne _____

1. Miten olet kokenut koneellisen lääkkeiden annosjakelun omassa työssäsi?

Kerro tähän mahdollisia hyviä kokemuksia

Kerro tähän mahdollisia huonoja kokemuksia

2. Mitä mieltä olet koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta omassa työssäsi?

3. Onko koneellinen lääkkeiden annosjakelu vaikuttanut työajan käyttöösi?

Ei ____

Kyllä ____

Jos vastasit kyllä, niin miten on vaikuttanut?

4. Onko koneellinen lääkkeiden annosjakelu vaikuttanut työajankäyttöön omassa tiimissäsi?

Ei ____

Kyllä ____

Jos vastasit kyllä, niin miten on vaikuttanut?

5. Onko asiakkaillesi tehty lääkemuutoksia siirryttäessä koneelliseen lääkkeiden annosjakeluun?

Ei ____

Kyllä ____

Jos vastasit kyllä, niin millaisia lääkemuutoksia asiakkaillesi on tehty?

6. Vaikuttaako koneellinen lääkkeiden annosjakelu mielestäsi asiakkaiden lääketurvallisuuteen omassa työyksikössäsi? Perustele vastauksesi.

Ei ____

Kyllä ____

7. Millaista palautetta olet saanut asiakkailtasi tai omaisilta koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta?

8. Kerro mahdollisista lääkehoitoon liittyvistä ongelmista omassa työyksikössäsi koneellisen lääkkeiden annosjakelun aikana?

9. Ole hyvä ja kerro vielä muita ajatuksia liittyen koneelliseen lääkkeiden annosjakeluun omassa työssäsi.

Kiitos vastauksestasi!

LIITE 3. Saatekirje kotihoidon asiakkaille

Hyvä kotihoidon asiakas

Olen sosionomiopiskelija Janna Viikilä Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä Pyhäjärven kaupungin hoito- ja vanhustyönsektorille. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden sekä kotihoidon ja palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta.

Pyydän Teitä kohteliaimmin suostumaan haastateltavakseni opinnäytetyötäni varten. Haastattelusta saatavat tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Tutkimustulokset raportoidaan opinnäytetyönä. Haastattelun kesto on noin 30 minuuttia.

Mikäli annatte suostumuksenne, niin otan teihin yhteyttä viikolla 7 sopiaksemme haastatteluajan. Teillä on mahdollisuus perua osallistumisenne tutkimukseen suostumuksenne jälkeenkin ilmoittamalla siitä minulle puhelimitse tai kotihoidon työntekijälle.

Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta.

Ystävällisin terveisin

Janna Viikilä

p. XXX XXX XXXX

LIITE 4. Haastattelulomake kotihoidon asiakkaille

HAASTATTELULOMAKE KOTIHOIDON ASIAKKAILLE

Ikä_____

Montako lääkevalmistetta Teillä on käytössä?_____

1. Miten olette kokenut lääkkeiden koneellisen annosjakelun omalla kohdallanne?

- hyviä kokemuksia

- huonoja kokemuksia

2. Mitä mieltä olette lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta omalla kohdallanne?

3. Onko Teillä ollut ongelmia lääkehoidossanne koneellisen annosjakelun aikana, jos on ollut niin millaisia?

4. Onko Teille tehty lääkemuutoksia siirtyessänne lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun, jos on niin millaisia?

5. Vaikuttaako mielestänne lääkkeiden koneellinen annosjakelu lääketurvallisuuteen, jos vaikutta niin miten?

6. Miten lääkkeiden koneellinen annosjakelu on mielestänne vaikuttanut hoito-
henkilökunnan työhön Teidän kohdallanne?

7. Mitä mieltä olette lääkkeiden koneellisen annosjakelun taloudellisista vaiku-
tuksista?

8. Olkaa hyvä ja kertokaa vielä muita ajatuksianne liittyen lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun omalla kohdallanne.

9. Olkaa hyvä ja kertokaa vielä mitä haluaisitte sanoa yleisesti lääkeasioista.

LIITE 5. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä

KOTIHOITO

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
----------------------	---------------	---------------

Ajankäytössä säästää Vapautti työaika muuhun	Muutokset työajan käytössä	Kokemukset työajan käytöstä
Reseptien uusinta vähentynyt Useampi työntekijä osallistuu lääkkeenvientiin Sairaanhoitaja ei yleensä toimita lääkkeitä	Työajan käytön muutok- seen vaikuttaneet asiat	
Ajankäytön suunnittelu parempaa Työaika nyt käytettävissä ennaltaehkäiseviin kotikäynteihin Asiakkaille enemmän aikaa Joidenkin luona käydään harvemmin	Työajan uudelleenjär- jestämisen seurauksia	

Pelkistetyt ilmaisut

Alakategoriat

Yläkategoriat

