

Leena Rantala

KOKEMUKSIA KONEELLISESTA ANNOSJAKELUSTA RAUMAN
KOTIHOIDOSSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö suuntautumisvaihtoehto
2012

KOKEMUKSIA KONEELLISESTA ANNOSJAKELUSTA RAUMAN KOTIHOI- DOSSA

Rantala, Leena
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Lokakuu 2012
Ohjaaja: Männistö, Elina
Sivumäärä: 28
Liitteitä: 6

Asiasanat: kotihoito, turvallinen lääkehoito, apteekin koneellinen annosjakelu, moniammatillinen yhteistyö

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää minkälaisia kokemuksia Rauman kotihoidon henkilökunnalla ja asiakkailta on lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta, sen hyödyistä, haitoista ja turvallisuudesta sekä kokemukset apteekkien yhteistyötä. Tarkoituksena on tulosten pohjalta kehittää palvelua ja löytää mahdollisia kehitysketjuja apteekin ja kotihoidon yhteistyölle.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto opinnäytetyötä varten kerättiin kotihoidon työntekijöiltä kyselylomakkeella ja kotihoidon asiakkailta teemahaastatteluna. Tutkimus toteutettiin kesällä 2012. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysi menetelmää.

Tulosten mukaan kotihoidon asiakkaat kokivat koneellisesti annosjaeltujen lääkkeiden hyötyinä sen, ettei resepteistä tarvitse itse huolehtia, kun ne säilytetään apteekissa. Asiakkaiden mielestä lääkkeiden saanti on varmaa ja säännöllistä. Haittoja tutkimuksessa ei paljon tullut esille, mutta esimerkiksi annosjakelupussien avaaminen koettiin hankalaksi. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että koneellisesti annosjaellut lääkkeet ovat turvallisia käyttää. Apteekkien yhteistyöhön oltiin myös pääsääntöisesti tyytyväisiä.

Kotihoidon työntekijöiden vastauksista suurimpina hyötyinä koettiin se, ettei tarvitse enää huolehtia resepteistä, eikä miettiä onko jakanut dosettiin lääkkeet oikein. Lähes kaikki vastaajat mainitsivat huonona puolena lääketuntemuksen huononemisen. Asiakkaiden lääketurvallisuuden koettiin parantuneen monilta osin koneellisen annosjakelun myötä. Apteekkien yhteistyöstä monikaan vastaaja ei osannut sanoa mitään. Kotihoidon henkilökunta toivoi apteekilta joustavampaa toteutusta lääkemuutoksiin.

Jatkotutkimuksena voisi selvittää, miten opinnäytetyön tulosten pohjalta annosjakelupalvelun kehittäminen vaikuttaa kotihoidon työntekijöiden ja apteekkihenkilökunnan työhön.

EXPERIENCES OF AUTOMATIC DISPENSING SYSTEM AT HOME CARE SERVICES IN RAUMA

Rantala Leena

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

October 2012

Supervisor: Männistö Elina

Number of pages: 28

Appendices: 6

Keywords: home care services, medication safety, automatic medication dispensing, multiprofessional cooperation

The purpose of this thesis was to study how the staff and the clients of Rauma home care services had experienced the use of automation in an effort to improve medication distribution processes. The objective of this study was to establish the advantages and disadvantages of the system, to evaluate the impact that the implementation of AMDS had had on the medication adverse events (MAE), and on medication safety and, finally, to study the staff's perception of whether the coordination between pharmacy and nursing personnel had been successful. The findings of this study can be used when developing and further improving the cooperation between home care services and pharmacies.

This was a qualitative study, for which the data from the home care service personnel was collected by using a questionnaire, whereas, the feedback from clients was gathered by thematic interviews. This study was conducted in the spring of 2012. The data were analyzed by using content analysis.

The results of the study show that getting rid of the paper-based prescriptions and not having to worry about their storage was considered as one of the major benefits of the AMDS among the clients of home care services. Furthermore, according to the clients the implementation of the AMDS had improved both the availability and reliability of prescription drugs. Among the few disadvantages, which were brought up, was the difficulty in opening the medication packages. All respondents unanimously agreed that it was safe to employ automation in medication distribution. All the clients, were satisfied with the cooperation with pharmacies.

Also the nursing personnel appreciated the fact that they no longer had to worry about losing the paper-based prescriptions nor about whether the required medicines had been dispensed into the pill boxes correctly. All respondents expressed their concern over the fact that the use of an AMD system can over the time weaken the knowledge and expertise in medication management among the nursing personnel. Contrary to these expectations the findings, however, indicate substantial improvement in medication safety after the implementation of the system. Respondents also suggested more flexibility in making changes in prescription medication.

A repeat study conducted on the topic could focus on home care nursing personnel's perception of whether the revisions, made on the basis of this study, would have in any way changed their opinion of automated distribution of medicines.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	LÄÄKEHOITO KOTIHOIDOSSA	6
2.1	Kotihoito	6
2.2	Turvallinen lääkehoito	6
2.3	Koneellinen annosjakelu.....	9
2.4	Moniammatillinen yhteistyö	11
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	12
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	13
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	13
4.2	Kohderyhmän kuvaus ja aineiston keruu.....	13
4.3	Tutkimustulosten käsittely ja analysointi	15
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	16
5.1	Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia koneellisesta annosjakelusta.....	16
5.1.1	Koneellisen annosjakelun hyödyt.....	16
5.1.2	Koneellisen annosjakelun haitat.....	17
5.1.3	Turvallisuus koneellisessa annosjakelussa.....	17
5.1.4	Apteekkien kanssa koettu yhteistyö	18
5.2	Kotihoidon henkilökunnan kokemuksia koneellisesta annosjakelusta.....	18
5.2.1	Koneellisen annosjakelun hyödyt.....	18
5.2.2	Koneellisen annosjakelun haitat.....	19
5.2.3	Turvallisuus koneellisessa annosjakelussa.....	19
5.2.4	Apteekkien kanssa koettu yhteistyö	20
6	POHDINTA.....	21
6.1	Tutkimustulosten tarkastelua	21
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	23
6.3	Johtopäätökset.....	25
	LÄHTEET	27
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kotihoidon piirissä on runsaasti asiakkaita, jotka eivät kykene vastaamaan lääkehoivastaan itsenäisesti. Syynä voivat olla esimerkiksi sairaus, normaali ikääntyminen tai eri asioista johtuvat muistihäiriöt. Kotihoidon asiakkailla lääkehoidon toteuttaminen on omaisten ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden (lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja) yhteistyötä. (Nurminen, 2010, 22.) Raumalla kotihoidon asiakkaat ovat ostaneet noin vuoden ajan lääkkeensä annosjaeltuina apteekista. Kotihoidossa sairaanhoitajat eivät jaa lääkkeitä pääsääntöisesti enää. Rauman kotihoidossa on vain muutamia asiakkaita, joille ei ole soveltunut apteekkien tarjoama palvelu (Salminen henkilökohtainen tiedonanto 12.12.2011).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää asiakkaiden ja hoitajien kokemuksia lääkehoidon toteutumisesta, kun asiakas saa lääkkeensä annosjakelupusseissa. Tavoitteena on tulosten pohjalta kehittää palvelua ja löytää mahdollisia kehityskeinoja apteekin ja kotihoidon yhteistyölle.

Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska turvallista lääkehoitoa tulee kehittää edelleen. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen, koska se toteutetaan yhteistyössä Rauman kotihoidon kanssa, ja tarkoituksena on ottaa huomioon myös työntekijöiden ajatuksia. Tällaista tutkimusta ei ole aiemmin tehty Rauman kotihoidossa. Opinnäytetyöntekijä työskentelee apteekissa, joka välittää koneellisesti annosjaeltuja lääkkeitä asiakkaille.

Tässä työssä käytettävät keskeiset käsitteet ovat turvallinen lääkehoito, kotihoito, apteekin koneellinen annosjakelu, moniammatillinen yhteistyö.

2 LÄÄKEHOITO KOTIHOIDOSSA

2.1 Kotihoito

Kotihoidon asiakkaille tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Heidän tarpeitaan kuunnellaan, ja heille pyritään tarjoamaan heidän tarvitsemansa palvelut. Kotihoidossa pyritään kokonaisvaltaiseen sekä tavoitteelliseen toimintaan pitkään kestävä ja läheisen asiakassuhteen kautta. Laadukkaalla kotihoidolla tuetaan ikääntyvää hänen elämässään ja vähennetään laitospaikkojen tarvetta. (Aalto & Marjakangas 2008, 68.)

Rauman kotihoidossa asiakkaita oli 2011 kaikkiaan 1436. Asiakkaat koostuvat tuki-palveluasiakkaista, sairaanhoidollisista asiakkaista ja hoiva-asiakkaista. Henkilökunta koostuu sairaanhoitajista ja lähihoitajista yhteensä heitä on noin 90. (Nikula henkilökohtainen tiedonanto 12.3.2012)

Kotihoidossa ja palveluasumisessa vastuu lääkehoidon kokonaisuudesta on toimintayksikön lääketieteellisestä toiminnasta vastaavalla lääkärillä. Kotihoidossa lääkehoitoa toteuttavat laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt. He ovat myös kokonaisvastuussa lääkehoidon toteuttamisesta ja päävastuussa lääkehoidosta. Heidän lisäksi lääkehoidon koulutusta saaneet nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat jakaa lääkkeitä asiakaskohtaisiksi annoksiksi ja antaa lääkkeitä luonnollista tietä. Lääkkeen jakanut tai annostellut työntekijä vastaa aina siitä, että lääke tulee annettua lääkärin määräyksen mukaisesti. Jokainen lääkehoitoa toteuttava kantaa vastuun omasta toiminnastaan. (Salminen henkilökohtainen tiedonanto 11.1.2012.)

2.2 Turvallinen lääkehoito

Turvallinen lääkehoito on mahdollisimman riskitöntä, ja siinä pyritään lääkehoitoon, jossa poikkeamia ei tapahtuisi. Turvallinen lääkehoito on oikein toteutettuna, taloudellinen, tehokas ja potilaalle tarkoituksenmukainen. Sosiaali- ja terveysministeriön

turvallinen lääkehoito-oppaassa on kuvattu lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön näkökulmasta seuraavanlaisia riskikohtia: poikkeama lääkemääräyksessä, tarpeen arviointi, kokonaislääkityksen tarkistaminen, selkeys, oikeellisuus ja kirjaaminen. (Sosiaali- ja terveysviraston oppaita 2006, 38).

Poikkeama lääkemääräyksen vastaanotossa voi tapahtua tiedon välittämisessä, kirjaamisessa tai ymmärtämisessä. Poikkeama voi tulla myös lääkkeenjaossa jos, potilas, annos, vahvuus, lääkeuoto on väärin tai itse lääke on väärä. Poikkeama neuvonnassa ja ohjauksessa voi tulla jos, potilas ei saa riittävän selkeää, yhdenmukaista ja oikeellista tietoa. Poikkeama voi tulla myös lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa esimerkiksi jos jauhetaan tai ositetaan lääkettä, joka pitäisi ottaa kokonaisuena. Lääkkeen annossa voi tulla poikkeama, jos ajoitus, antoreitti, antotapa, vahvuus, annos, potilas on väärä tai jos lääke jää kokonaan antamatta. Poikkeama hoidon seurannassa voi tulla jos suunnittelussa, toteutuksessa tai tiedottamisessa on ongelmia. Lääkitystä pitää myös säännöllisesti tarkistaa, jotta se olisi turvallista (Sosiaali- ja terveysviraston oppaita 2006, 38).

Viikilä (2009, 23–25, 30–36) on opinnäytetyössään tutkinut kotihoidossa asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksia koneellisesta annosjakelusta. Hän haastatteli 13 kotihoidon asiakasta ja jakoi kyselykaavakkeet neljään eri tiimiin, joista palautui kolme. Tutkimuksen mukaan asiakkaat kokivat koneellisen annosjakelun tasavertaisempänä ja parempana kuin entisen dosettijaon. Muutosvaiheessa asiakkaat olivat kokeneet paljon epävarmuutta. Hoitajien käyntimäärät olivat pysyneet suurimmalla osalla asiakkaista samana kuin ennenkin.

Kokemukset kustannuksista erosivat paljon vastaajien kesken, osa oli sitä mieltä, että kustannukset olivat nousseet, ja toiset puolestaan olivat sitä mieltä, että kustannukset olivat pienentyneet. Jotkut asiakkaista eivät olleet seuranneet hintoja ollenkaan. Asiakkaat pitivät apteekin perimää annosjakelupalkkiota kalliina, mutta olivat kuitenkin kaiken kaikkiaan lääkekustannusten hinta-laatu suhteeseen tyytyväisiä.

Lääkkeiden ottaminen pusseista koettiin helpoksi ja usein pussien aukaisun apuna käytettiin saksia. Vaikeutena koettiin pussien huono avattavuus ilman saksia. Vaikeuksina koettiin myös sellaiset lääkemuutokset joissa pusseista piti poistaa lääke. Annosjakelua pidettiin siistinä ja lääkkeet koettiin pysyvän tallessa. Asiakkaat pitivät

hyvänä asiana myös sen, että heidän tarvitsee ostaa vain ne lääkkeet, jotka todellisuudessa tarvitsee, eikä jää turhia lääkkeitä kotiin. (Viikilä 2009, 23–25, 30–36.)

Kotihoidon henkilökunta koki lääketurvallisuuteen tulleen lisää varmuutta koneellisen annosjakelun myötä, mutta lääkemutokset koettiin hankalina. Kotihoidossa koettiin, että annosjakelun myötä heillä riitti enemmän aikaa asiakkaille, kun taas palvelukodin työntekijät olivat sitä mieltä, että lääkkeiden jaosta vapautunut aika kului muuhun annosjakeluun liittyvään työhön.

Aineisto oli analysoitu induktiivisesti eli aineistokohtaisesti ja analyysirunko oli tutkimustehtävien mukaan muodostettu. (Viikilä 2009, 23–25, 30–36.)

Björkholm (2010,26,29,45–53) on tutkinut opinnäytetyössään koneellista annosjakelua ja moniammatillista yhteistyötä. Tutkimus toteutettiin postikyselynä kotihoidon (n=152) ja palveluasumisyksikön henkilökunnalle (n=155), avoterveydenhuollon lääkäreille ja apteekkihenkilökunnalle (n=43). Kotihoidon työntekijöistä 34 % vastasi kyselyyn, palveluasumisyksikössä työntekijöiden vastausprosentti oli 28 %. Avoterveydenhuollon lääkäreiltä ja apteekkihenkilökunnalta yhteensä vastausprosentti oli 41 %. Kaikki vastaajaryhmät pitivät lääkkeiden koneellista annosjakelua turvallisuutta lisäävänä tekijänä. Lääkärit kokivat, että lääkitys tulee tarkistettua varmemmin. Apteekkihenkilökunta koki lääketurvallisuuden lisääntyneen lääkehoidon seurannan keskittyttyä yhteen apteekkiin. Molemmat ammattiryhmät pitivät myös kotona olevien lääkevarastojen pienenemistä turvallisuutta parantavana tekijänä.

Kotihoidon hoitajat kokivat lääkitysmutoksen tuovan ongelmia silloin kun tieto siitä ei tavoittanut kaikkia osapuolia ja lääkemutoksen tekemisestä ei ollut tietoa riittävästi. Palveluasumisen hoitajat kuvasivat myös lääkemutosten tuovan lisätyötä ja aiheuttavan epävarmuutta. Vastauksista tuli esille esimerkki, jossa potilaan joutuessa sairaalaan annosjakelulääkkeiden peruminen ei onnistu nopeasti. Lääkärit kokivat myös lääkemutokset toimivuutta heikentävänä tekijänä ja annosjakelun aloitukseen liittyvät hankaluudet. (Björkholm 2010, 26,29,45–53.)

Kotihoidon hoitajat olivat huolissaan lääkejakotaidoistaan ja lääkehoidon seurannan vaikeutumisesta. Palveluasumisen hoitajien vastaukset olivat samansuuntaiset, mutta he kokivat myös työn helpottuneen ja vapauttaneen työaika. Lääkärit kokivat työtä

helpottavan reseptien kirjoittamisen vähentyminen. Lääkärit ja apteekkihenkilökunta kuvasivat myös potilaan lääkekustannuksien säästöjen syntymistä siitä, että potilas maksaa vain syömistään lääkkeitä ja lääkkeitä ei jää hukkaan. Aineistolle tehtiin deduktiivinen sisällönanalyysi, jossa vastausten alustavaa luokittelua ohjasivat tutkimusongelmien teemat. Teemat olivat toimivuus, turvallisuus ja moniammatillinen yhteistyö. Näistä teemoista muodostettiin ryhmiä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. (Björkholm 2010, 26,29,45–53.)

2.3 Koneellinen annosjakelu

Apteekin koneellinen annosjakelu on toimintamalli, jossa apteekki toimittaa asiakkaalle hänen lääkkeensä kahden viikon erissä annoksittain koneellisesti pusseihin jaettuna. Koneellinen annosjakelu on tarkoitettu erityisesti ikääntyneille, jotka käyttävät useita lääkevalmisteita ja joilla on vaikeuksia ottaa lääkkeet oikeaan aikaan määrättyinä annoksina. Annospusseissa on tulostettuna tiedot potilaasta ja pussin sisältämistä lääkkeitä sekä lääkkeiden ottamisajankohta. Annoskohtaiset lääkepussit on kiinnitetty toisiinsa nauhaksi. Annospussien mukana potilas saa apteekista lääkityskortin, johon on merkitty lääkkeet ja annokset. Annosjakelu säästää kustannuksia ja lisää lääkityksen turvallisuutta. (Engeström 2009, 235–236.)

Raumalla kotihoidon asiakkaille lääkkeiden koneellista annosjakelua toimittaa tällä hetkellä 4 eri apteekkia, Rauman Ensimmäinen Apteekki (Bohm henkilökohtainen tiedonanto 14.8.2012), Rauman Keskus-Apteekki (Tarvainen henkilökohtainen tiedonanto 14.8.2012), Paroalhon Apteekki (Lätti henkilökohtainen tiedonanto 14.8.2012), sekä Lapin Apteekki (Lehto henkilökohtainen tiedonanto 14.8.2012). Näillä edellä mainituilla apteekeilla on yhteensä 38 asiakasta annosjakelunpiirissä. Apteekeille lääkkeiden koneellista annosjakelua toimittavat Pharmac Finland Oy, joka on Itäkeskuksen apteekin annosjakeluyksikkö (Pharmac Finland Oy:n www-sivut 2012) tai PharmaService Oy, joka toimii Espoonlahden apteekin Anja-yksikön tiloissa (PharmaService Oy:n www-sivut 2012). Näistä toimipaikoista tukkuliikkeet Oriola tai Tamro kuljettaa annosjakelupussit edelleen apteekkeihin. Toimitusaika on noin viikko annosjakelupisteestä apteekin kautta asiakkaalle.

Saikkonen (2003, 3,12–18) on selvittänyt tutkimuksessaan koneellisen annosjakelun vaikutuksia lääkitykseen ja lääkekustannuksiin. Tutkimukseen osallistui kuudessa apteekissa 120 potilasta. Apteekkeille tehtiin kysely lääkitykseen tehdyistä muutoksista ja niiden syistä. Tutkimuksessa keskityttiin selvittämään järjestelmään siirryttäessä tehdyn lääkityksen kokonaistarkistuksen, lääkehävikin vähenemisen ja suurten pakkauskokojen käytön aiheuttamia kustannusvaikutuksia. Tutkimus toi esille suhteellisen paljon yhteensopimattomuuksia potilaiden lääkityksissä ja tarpeettomiakin lääkkeitä löytyi, jotka lopetettiin. Lääkehoidon kustannukset tulivat 53 %:lla potilaalla konejakelussa edullisemmaksi, kuin normaaliin tapaan kolmen kuukauden erissä toimitettuna apteekista. Eniten tähän vaikutti hävikin väheneminen lääkitysmuutosten yhteydessä ja suurten pakkauskokojen käyttö.

Tutkimuksessa tarkasteltiin lääkekustannuksen muutoksia vertaamalla sadan päivän lääkityksen kokonaishintaa uudella ja vanhalla lääkityksellä. Lääkehävikin kustannusvaikutukset saatiin selville selvittämällä millaisissa pakkauksissa ja erissä potilas olisi hankkinut lääkkeensä apteekista, ellei hän olisi ollut annosjakelun piirissä. Näin saatiin tieto, montako tablettia potilaalla olisi jäänyt käyttämättä ja niiden hinta, jos lääkitykseen olisi tullut muutos. Suurten pakkausten käytön kustannukset saatiin selville vertaamalla kokonaishintaa koneellisen jakelun käyttämällä pakkauksella ja apteekista saatavalla pakkauksella. (Saikkonen 2003, 3,12–18).

Kun uusi asiakas haluaa siirtyä lääkkeiden koneellisen annosjakelun piiriin, lääkäri kirjoittaa asiakkaalle uudet reseptit, joissa on merkintä soveltuvuudesta koneelliseen annosjakeluun, vuodeksi eteenpäin. Samalla lääkäri tarkistaa asiakkaan kokonaislääkityksen ja karsii tarpeettomat lääkkeet pois. Tämän jälkeen kotihoito toimittaa reseptit ja lääkekortin apteekkiin. Lääkekortista näkyy muun muassa lääkkeiden ottoajankohdat. Apteekissa farmaseutti tai proviisori käy läpi lääkkeiden mahdolliset yhteisvaikutukset ja päällekkäisyydet ja tarkistaa niiden annostukset sekä ottamisajankohdat. Reseptit säilytetään apteekissa. Koneellista annosjakelua varten asiakkaan tulee allekirjoittaa annosjakelusopimus valitsemassaan apteekissa. Apteekki ylläpitää rekisteriä asiakkaan kokonaislääkityksestä ja asiakas saa lääkkeidensä mukana lääkityskortin, jossa on ajan tasalla olevat tiedot annosjaelluista lääkkeistään. (Tiuhonen henkilökohtainen tiedonanto 14.6.2012.)

Asiakas maksaa lääkkeiden omavastuuosuuden sekä annosjakelupalkkion takautuvasti kolmen kuukauden ostokertajakson toteutuman mukaan (Tiihonen henkilökohtainen tiedonanto 14.6.2012). Apteekki vähentää annosjakelupalkkiosta Kansaneläkelaitoksen maksaman korvauksen. Korvaukseen ovat oikeutettuja 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, joilla on käytössään vähintään kuusi annosjakeluun soveltuvaa sairausvakuutuslain mukaan korvattavaa lääkettä. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2009.)

2.4 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisessa ryhmässä asiakkaan hoitoon liittyvissä asioissa jokainen työntekijä tuo yhteiseen käyttöön oman asiantuntijuutensa, ja tarkastelevat asiakkaan asioita oman alansa näkökulmasta. Moniammatillisen ryhmän toiminnan edellytys on työntekijöiden avoin vuorovaikutus ja kommunikaatio sekä oman asiantuntijuuden esiintuomisen. Vuorovaikutuksessa tulee olla työryhmän eri jäsenten ja eri organisaatioiden sekä asiakkaan ja hänen läheistensä kesken, jotta moniammatillinen yhteistyö onnistuu. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 15–16.)

Seikola (2011, 45, 51–52) on tutkimuksessaan selvittänyt geriatrisen lääkehoidon koulutustarpeita perusterveydenhuollossa. Tutkimusaineistona oli farmaseuttien lopputyönä tekemä kyselyaineisto LOST-alueen kotihoidon työntekijöille (n=150), sekä työntekijöille (n=6) ja esimiehille (n=6) erillisenä tehty ryhmäkeskustelu. Moniammatillisuuden korostamiseksi aineistona käytettiin myös kotihoidon asiakkaita hoitavien lääkäreiden (n=4) teemahaastatteluja. LOST-alue muodostuu Lohjan, Siuntion, Inkaan ja Karjalohjan muodostamasta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta.

Kyselytutkimuksen mukaan sairaanhoitajat mainitsivat tärkeimmiksi koulutuksen aiheiksi ikääntyneiden farmakokinetiikkaan liittyvät asiat ja lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutukset. Useimmat lähihoitajat mainitsivat myös lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset iäkkäillä olevan asioita, joista olisi hyvä saada täydennyskoulutusta. Lähihoitajat toivoivat myös lisää ymmärrystä ja tietoa myös lääkeaineryhmistä, vaikuttavista aineista ja erilaisten lääkkeiden vaikutuksista. Uusien rinnakkaislääkkei-

den markkinoille tulossa pohdittiin sitä, miten pysyä mukana ja ymmärtää, että samasta lääkeaineesta voi olla monta eri kaupananimillä olevia valmisteita. Työntekijöiden ja esimiesten ryhmäkeskusteluista ja lääkäreiden teemahaastatteluista, nousi esille kotihoidon yhteistyöhön liittyvät epäkohdat. Saatujen tulosten perusteella lääkehoitojen toteuttamista ja seuranta voitaisiin parantaa lääkäreiden ja kotihoidon hoitajien yhteisellä koulutuksella. (Seikola 2011, 57–58, 2.)

Ryhmähaastattelujen ja teemahaastattelujen aineistot analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysiä, jossa aineiston koodausta ohjasivat teemat. Aineistoa analysoitiin myös osittain induktiivisesti, jolloin aineiston annettiin itse puhua. (Seikola 2011,54.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUS-ONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää asiakkaiden ja hoitajien kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Tavoitteena on saadun tiedon perusteella kehittää palvelua sekä löytää mahdollisia kehitysketjuja apteekin ja kotihoidon yhteistyölle.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Mitkä asiat koetaan koneellisen annosjakelun hyötyinä asiakkaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta?
2. Mitkä asiat koetaan koneellisen annosjakelun haittoina asiakkaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta?
3. Miten turvallinen lääkehoito koetaan toteutuvan koneellisessa annosjakelussa asiakkaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta?
4. Miten asiakkaat ja hoitajat kokevat yhteistyön apteekkien kanssa koneelliseen annosjakeluun liittyen?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen (Hirsjärvi, Remes & Sarjavaara 2007, 157). Laadullinen tutkimus ei tähtää tilastollisiin yleistyksiin, vaan siinä pyritään kuvaamaan jotain tapahtumaa tai ilmiötä, tai ymmärtämään jotain tiettyä toimintaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86). Siksi kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii parhaiten tähän opinnäytetyöhön, jossa tarkastellaan ihmisten kokemuksia koneellisesta annosjakelusta.

Tutkimus rajattiin kotihoidossa lääkehoitoa toteuttaviin hoitajiin ja sairaanhoitajiin, joista vastaajia pyrittiin saamaan yhteensä 25. Kotihoidon asiakkaista, jotka saavat lääkkeensä annosjakelupusseissa oli tarkoitus haastatella noin 10. Vastaajat valittiin harkinnanvaraisesti, koska tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan kuvaamaan kokemuksia koneellisesta annosjakelusta Rauman kotihoidossa. Asiakkaiden valitsemisessa on tärkeää, että haastateltavilla henkilöillä on tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. Tästä syystä vastaajat tulee olla tarkasti harkittuja (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86).

4.2 Kohderyhmän kuvaus ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohdeorganisaationa on Rauman kaupungin kotihoito. Kohderyhmä koostuu kotihoidon piirissä olevista asiakkaista, jotka saavat lääkkeensä koneellisesti annosjaeltuina pusseihin ja kotihoidon työntekijät, jotka toteuttavat asiakkaiden lääkehoitoa. Tavoitteena oli saada suostumus haastatteluun kymmeneltä asiakkaalta ja kyselyvastaukset 25 hoitajalta.

Tutkimusta varten tehtiin tutkimuslupa-anomus Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysviraston kehittämispalveluun. Kun lupa saatiin tutkimuksen suorittamiseen, opinnäytetyöntekijä oli yhteydessä kotihoitoon, ja sovittiin ajankohta infotilaisuutta

varten. Infotilaisuudessa oli kotihoidon eri tiimien tiimin vastaavat koolla ja heille kerrottiin tutkimuksen toteuttamisesta ja asiakkaiden valitsemisesta.

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin asiakkaiden osalta teemahaastattelu, koska opinnäytetyöntekijä piti tärkeänä olla suorassa vuorovaikutuksessa haastateltavien kanssa, jotka kaikki olivat jo iäkkäitä ihmisiä. Haastattelussa on tärkeintä saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta ja sen etuna on, että haastatteliija voi tarvittaessa toistaa kysymyksen, selventää kysymystä ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73).

Kotihoidon henkilökunta valitsi haastateltavat ja jakoi heille suostumuskaavakkeet (Liite 1). Näin vastaajien itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin antamalla heille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25). Heille kerrottiin millä perusteella juuri heidät on pyydetty tutkimukseen. Heitä informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta, menettelytavoista ja mihin tutkimuksella tuotettua tietoa aiotaan käyttää (Kylmä & Juvakka 2007, 149). Suostumuksensa antoi viisi kotihoidon asiakasta, joihin opinnäytetyöntekijä oli puhelimitse yhteydessä ja sovittiin haastatteluaika ja -paikka.

Haastattelut tehtiin ajalla 12–20.6.2012. Kaikki haastattelut tehtiin asiakkaan kotona. Haastattelun aikana paikalla ei ollut muita henkilöitä, eikä tilanteissa esiintynyt häiriötekijöitä, tai keskeytyksiä. Haastattelut nauhoitettiin yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta, joka ei halunnut nauhoitusta. Haastattelut kestivät 15 minuutista puoleen tuntiin. Haastateltavat olivat tyytyväisiä, kun saivat kertoa mielipiteensä.

Hoitajille lähetettiin saatekirje (Liite 2) ja kyselylomake (Liite 3), jossa oli avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset valittiin koska, siten vastaajilla on mahdollisuus ilmaista itseään omin sanoin ja mahdollisuus sanoa, mitä heillä on todella mielessään. Avoimet kysymykset myös osoittavat, mikä on tärkeää ja keskeistä vastaajien ajattelussa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 196). Hoitajille vastausaikaa oli neljä viikkoa. Kyselylomakkeille oli palautuslaatikko henkilökunnan ruokailutilassa. Vastauksia palautui vain kymmenen, vastausprosentti oli 40 %.

4.3 Tutkimustulosten käsittely ja analysointi

Haastattelut litteroitiin eli puhtaaksi kirjoitettiin sanasanaisesti heti haastattelujen jälkeen, haastateltavien puhetta muuttamatta. Litteroimalla puhuttu aineisto saatetaan kirjalliseen muotoon, mikä helpottaa aineistoon tutustumista ja ryhmittelyä. (Vilka 2005, 115–116, Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 217.)

Aineiston kokonaisuuden hahmottamiseksi ja sen selkiyttämiseksi litteroitu aineisto luettiin moneen kertaan läpi ennen varsinaista sisällönanalyysia.

Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysia, jota käytetään perustyövälineenä kaikessa laadullisen aineiston analyysissa. Sisällönanalyysin tarkoituksena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.) Sisällönanalyysillä pyritään tiivistämään ja selkeyttämään aineisto siten, että sen sisältämä informaatio säilyy. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–109, Vilka 2005, 140) Tässä tutkimuksessa on käytetty induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Induktiivisessa sisällönanalyysissa aineistosta esiin tulleita sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja luokitellaan niiden teoreettisten merkitysten perusteella (Kylmä & Juvakka 2007, 113).

Litteroidusta aineistosta tunnistettiin ensin asiat, jotka vastasivat tutkimusongelmiin ja joista oltiin kiinnostuneita. Nämä kiinnostavat kohdat alleviivattiin aineistosta. Näitä ilmaisevia lauseita pelkistettiin yksittäisiksi lauseiksi ja ryhmiteltiin ala- ja yläkategorioihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 109.) Yläkategoriat muodostuivat tutkimusongelmien teemoista, joita olivat koneellisen annosjakelun hyödyt, haitat, turvallisuus ja yhteistyö apteekkien kanssa (Liite 4).

Hoitajien avoimet vastaukset luettiin moneen kertaan huolella ja aineistosta alleviivattiin asioita, jotka olivat tutkimusongelmien kannalta oleellisia ja tärkeitä. Nämä alleviivatut asiat kerättiin yhteen, erilleen muusta aineistosta. Tämän jälkeen ryhmittely tehtiin samoin kuin haastatteluaineistossakin (Liite 5). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia koneellisesta annosjakelusta

Kotihoidon asiakkaiden kokemukset koneellisen annosjakelun hyödyistä, haitoista, kokemus sen turvallisuudesta ja kokemus yhteistyöstä apteekkien kanssa. Yleisesti annosjakeluun oltiin tyytyväisiä, se koettiin helppona ja turvallisena. Yleisimpänä haittana koettiin pussien avaaminen. Apteekkien toimintaan oltiin myös yleisesti tyytyväisiä.

5.1.1 Koneellisen annosjakelun hyödyt

Kotihoidon asiakkaat olivat tyytyväisiä koneellisen annosjakelun palveluun kokonaisuudessaan, yhtä asiakasta lukuun ottamatta. Asioita, joita koettiin hyötyinä, olivat lääkkeiden varma tulo ajallaan (n=3), sen helppous (n=2), ei tarvinnut itse huolehtia resepteistä (n=3) ja että lääkkeet ovat varmasti oikein (n=2). Yksi asiakas, joka ei ollenkaan pitänyt koneellisesti annosjaelluista lääkkeistä, oli sitä mieltä, että hän osaisi itsekin jakaa lääkkeet purkista dosettiin. Hänelle jakoi ennen kotisairaanhoidaja lääkkeet kahdeksi viikoksi kerrallaan. Seuraavassa suoria lainauksia vastauksista:

”...sit se on semmone, jos mä mene johonki matkoille otan pienen pussin mukaan, ei ol mittä hakemist ja erottelemist misä se ja seeki pilleri o.” (3)

”Se on nyt varman päälle, et ne tule joka kahden viikon pääst. Ennen haettiin reseptien kans apteekist ja se ol sitä hankalaa reseptien kans pelaamist.” (2)

”Se o ain saatavis, et ei pääs loppuma, eikä jää turhia laatikkoihin.”(3)

”En koe, että mitään hyötyä, osaisin laittaa itekin purkista, kun purkissa lukee mitä ottaa ja milloin, se oli selkeämpää ennen, en tykkää lainkaan tästä uudesta”(4)

5.1.2 Koneellisen annosjakelun haitat

Haittoina koettiin pussien aukaisu. Pussien avaamisessa piti käyttää saksia (n=2) ja siinä oli ensin opettelemista. Asiakas, joka ei pitänyt ollenkaan koneellisesti jaelluista lääkkeistä, koki rasittavana, kun joutuu hakemaan kahden viikon välein lääkkeitään apteekista, kun kulkeminenkin on hankalaa. Palvelua piti kalliina kaksi vastaajaa (n=2). Yksi vastaajista oli niin tyytyväinen, että ei nähnyt mitään huonoja puolia koneellisesti annosjaelluissa lääkkeissä. Seuraavassa suoria lainauksia vastauksista:

”Opettelemista aluksi, pusseja ei ole helppo aukaista tai saksilla leikata, helposti tippuu lattialle” (2)

”Huono puoli se, että se jonkun verran maksaa” (3)

”Pussit aukeaa huonosti sivusta, täytyy saksia käyttää” (4)

”Tulevat kahden viikon välein, olis helpompi jos tulis vaik kuukauden välein, nyt joutuu usein hakemaan lääkkeet apteekista” (4)

5.1.3 Turvallisuus koneellisessa annosjakelussa

Kaikki vastaajat (n=5) olivat sitä mieltä, että koneellisesti annosjaellut lääkkeet ovat turvallisia käyttää ja varmasti oikein jaettu. Lääketurvallisuuden parantavana tekijänä koettiin myös se että turhat lääkkeet ovat jääneet pois (n=2). Seuraavassa suoria lainauksia vastauksista:

”Lääkkeet on tarkistettu ja turhat lääkkeet jääny pois, mullaki jätetti mont turha lääket pois” (3)

”Lääketurvallisuus parantunut, tulee määrätyt lääkkeet sillo otettavaks, ei voi otta liikaa” (4)

5.1.4 Apteekkien kanssa koettu yhteistyö

Apteekkien yhteistyöhön oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Yhdellä vastaajalla oli negatiivinen kokemus apteekista. Tyytymättömällä asiakkaalla lääkkeet eivät ole olleet aina valmiina, kun asiakas on tullut niitä hakemaan. Yksi vastaaja toivoi säilytyslaatikkoa pusseille. Seuraavassa suoria lainauksia vastauksista:

”Mielellään kävelee ja hakee apteekista annosjaellut lääkkeet, flikat tunte mut jo siäl ja mukava käydä” (3)

”Apteekki toimittaa kahden viikon välein, kaikki on toiminut hyvin.”(2)

”Se oo ihan semmone, ku mää olen tykänny ainakin.” (4)

5.2 Kotihoidon henkilökunnan kokemuksia koneellisesta annosjakelusta

Kotihoidon henkilökunnan kokemukset koneellisen annosjakelun hyödyistä, haitoista, kokemus sen turvallisuudesta asiakkaalle ja kokemus apteekkien yhteistyöstä. Yleisesti pidettiin hyötynä lääkkeiden jaon loppumisen ja haittana lääketuntemuksen huononeminen. Annosjakelupalvelua pidettiin turvallisena asiakkaille. Kokemukset apteekkien yhteistyöstä toi esille, että kotihoidon henkilökunta haluaisi ilmoituksen lääkkeiden yhteisvaikutuksista.

5.2.1 Koneellisen annosjakelun hyödyt

Kotihoidon henkilökunnasta lähes kaikki mainitsivat hyötynä sen, että ei tarvitse enää jakaa lääkkeitä dosetteihin (n=6). Annosjakelupusseja pidettiin siisteinä (n=3) ja lääkkeet olivat selkeästi merkitty pusseihin (n=3). Hyötynä koettiin myös se, ettei tarvinnut enää hakea lääkkeitä (n=3), huolehtia resepteistä (n=2) ja asiakkaalle jäi aikaa enemmän (n=3). Seuraavassa suoria lainauksia vastauksista:

”Siisti, lääkkeet pysyvät hyvin kaikki tallessa” (7)

”Lääkkeiden jako jäänyt pois ja reseptien voimassa oloista huolehtiminen vähentynyt” (1)

”Helpottaa työtä, jää aikaa asiakkaalle enemmän” (5)

5.2.2 Koneellisen annosjakelun haitat

Hoitajat kokivat tutkimuksessa annosjakelun suurimmaksi haitaksi sen, että hoitajien lääketuntemus huononee (n=6), kun he eivät itse enää jaa lääkkeitä. Pussien avaamisen vaikeus tuli myös esille. Pusseja avattaessa ne repäisevät helposti auki myös seuraavan päivän pussin (n=3). Hoitajien mielestä lääkemuutokset olivat hankalia ja uusien lääkkeiden annostelu dosettiin, koettiin myös haittana (n=2). Yksi vastaaja mainitsi myös, että jos tabletti menee hukkaan, tilalle ei saa uutta. Seuraavassa suoria lainauksia vastauksista:

”Tänä päivänä tunnistaa entistä huonommin lääkkeen ulkonäöltä, eikä mitenkään pysy mukana yleensäkin lääkeshoidossa, kun luottaa siihen että ne ovat oikein”(1)

”Uusi pakkaus liimattu liian tiukkaan, repäisee toisen lääkepussin”(2)

5.2.3 Turvallisuus koneellisessa annosjakelussa

Hoitajien mielestä turvallisuuden katsottiin parantuneen (n=4), koska lääkkeitä ei tarvinnut ottaa dosetista, ja lääkkeet ovat suljetuissa pakkauksissa (n=1). Pussien merkinnät olivat vastaajien mielestä selkeät (n=2) ja asiakas saa oikeat lääkkeet (n=2). Yksi vastaaja mainitsi lääkkeiden oton seurannan tärkeyden varsinkin muistihäiriöstä kärsivän asiakkaan kohdalla. Muistihäiriötä sairastava asiakas ei voi itsenäisesti turvallisesti käyttää annosjaeltuja lääkkeitä. Seuraavassa suoria lainauksia vastauksista:

”Lääketurvallisuus on kasvanut, kun enää ei tarvitse kuljettaa lääkkeitä erillisissä kipoissa eikä niitä tarvitse ottaa dosetista <= putoilun mahdollisuus” (1)

”Asiakas näkee pussista nimensä, päivämäärän, vuorokauden ajan, milloin lääke otetaan”(2)

”Lääkkeet ovat suljetuissa pakkauksissa” (6)

”Luotan että on oikein jaettu. Turvallisuus lisääntynyt” (9)

”Pussilääkkeet vaativat myös lääkkeiden oton seuranta. Asiakas, joka on muistamaton, ei voi itsenäisesti käyttää turvallisesti annosjaeltuja lääkkeitä” (4)

5.2.4 Apteekkien kanssa koettu yhteistyö

Apteekkien yhteistyöstä viisi vastannutta hoitajaa ei osannut sanoa mitään. Lääke-muutoksiin liittyen toivottiin joustavampaa toteutusta (n=1), mutta vastaaja ei antanut ehdotusta miten. Kaksi vastaajaa pyysi, että apteekeista ilmoitetaan lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja karsimaan turhat lääkkeet pois (n=2). Seuraavassa suoria lainauksia vastauksista:

”Hyvä seuranta ja lääkäreiden kanssa yhteistyötä kehitettävä. Onhan apteekki-ihmiset lääkealan ammattilaisia.” (5)

”Otaa yhteyttä esim. hoitavaan tahoon, mikäli havaitsee esim. yhteisvaikutukseltaan sopimattomia lääkkeitä olevan asiakkaan lääkelistalla.” (4)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Ensimmäinen tutkimusongelma, kokemukset koneellisen annosjakelun hyödyistä, asiakkaiden kokemana olivat mm. lääkkeiden säännöllinen tulo, ei jää turhia lääkkeitä kotiin, lääkepussi on helppo ottaa mukaan vaikka matkalle ja reseptien säilyttämisen helppous. Hoitajat kokivat työn helpottuneen ja asiakkaalle jäävän enemmän aikaa, pakkaukset koettiin siisteinä. Hyötynä koettiin myös se, että ei tarvinnut miettiä, onko jakanut lääkkeitä varmasti oikein. Samansuuntaisia tuloksia on myös Viikilän tutkimuksessa (2009, 28–29, 33), jossa asiakkaat olivat tyytyväisiä, että ei tarvitse maksaa kuin käytetyistä lääkkeistä ja ettei kotiin jää ylimääräisiä lääkkeitä. Björkholmin tutkimuksessa (2010,31–32, 39) hoitajat kokivat koneellisen annosjakelun vapauttavan työaikaa. Pussien hygieenisuus ja säilyttämisen helpottuminen koettiin parantuneen annosjakelun myötä.

Tässä tutkimuksessa asiakkaat ja hoitajat kokivat molemmat hyötynä myös sen, että resepteistä huolehtiminen on jäänyt pois, koska ne säilytetään apteekissa ja lääkäri kirjoittaa ne aina vuodeksi kerrallaan. Myös Björkholm (2010, 39) on saanut tutkimuksessaan hoitajilta samanlaisia vastauksia. Annosjakelu on moniammatillista yhteistyötä, siihen osallistuu monta eri ammattilaista. Tähän yhteistyöhön saadaan helpotusta, kun sähköiset reseptit saadaan käyttöön Raumallakin. Tulevaisuudessa tietojärjestelmien kehittyminen voisi vielä tuoda tullessaan parannuksia, jos pystytään kehittämään näille kolmelle taholle (apteekille, kotihoidolle ja lääkäreille) yhteinen tietojärjestelmä, jolloin tiedonkulku helpottuisi. Nyt lääkäri ja kotihoito pystyvät näkemään potilaan tietoja, mutta apteekki ei. Apteekki pystyy näkemään sähköisen lääkemääräyksen kautta vain potilaalle määrättyt lääkkeet, mutta ei muuta.

Toinen tutkimusongelma, koneellisen annosjakelun haitat, asiakkaiden kokemana olivat pussien avaamisen vaikeus ja palvelun hinta koettiin kalliiksi. Hoitajat kokivat haittoina lääkkeiden tunnistamisen huonontumisen ja sen, että tabletteja ei ole yhtään ylimääräisiä, jos sattuu tipahtamaan lattialle. Myös uudet lääkkeet koettiin työllistävänä. Samansuuntaisia tuloksia on myös Björkholmin tutkimuksessa (2010, 32–34,

41), jossa hoitajat olivat huolissaan lääkejakotaidoistaan ja lääkehoidon seurannan vaikeutumisesta, lääkemutokset koettiin hankalina ja pussien avaamista kuvattiin hankalaksi. Viikilän tutkimuksessa (2009, 28) asiakkaat pitivät annosjakelupalkkiota kalliina, mutta kuitenkin lääkekustannusten hinta-laatu suhdetta pidettiin hyvänä.

Pussien huono avattavuus nousi asiakkaiden ja henkilökunnan molempien vastauksista hyvin esille myös tässäkin tutkimuksessa. Tässä asiassa apteekki voisi olla yhteydessä annosjakelutoimittajiin, jos asialle voitaisiin tehdä jotain. Eniten hoitajia haittasi se, että lääkkeiden tunnistaminen on huonontunut annosjakelun myötä. Tällä ehkä on todellista haittaa silloin, jos pussista pitää ottaa joku lääke pois. Seikola (2011, 92) sai myös tutkimuksessaan samansuuntaisia vastauksia. Hoitohenkilökunnan mielestä heidän olisi tärkeää tietää minkä lääkeaineryhmän kanssa ollaan tekemisissä, sekä myös osata geneeristen lääkevalmisteiden kauppanimiä. Tämä on tärkeää myös lääkityksen seurannan varmistamiseksi.

Pharmaca Fennica tai Duodecim lääketietokanta (Terveysportin www-sivut 2012) ovat hyvä apu lääkkeiden tunnistamiseen, jos ne ovat käytettävissä. Siellä on kuvattu jokaisesta lääkkeestä myös sen ulkonäkö, joten sen voi tarvittaessa tarkistaa sieltä. Annosjakelua tarjoava apteekki voisi myös auttaa lääkkeiden tunnistamisessa, hoitaja voisi esimerkiksi soittaa apteekkiin ja pyytää farmaseutilta apua lääkkeen tunnistamiseen.

Kolmannessa tutkimusongelmassa, kokemukset koneellisen annosjakelun turvallisuudesta, kaikki asiakkaat kokivat sen turvallisena käyttää ja että ne ovat varmasti oikein jaettu, turvallisuutta sen enempää kommentoimatta. Hoitajat kokivat suljetut pakkaukset ja selkeät merkinnät lisäävän niissä turvallisuutta ja sen, että ne on oikein jaettu. Samanlaisia tuloksia on saanut myös Viikilä tutkimuksessaan (2009, 31, 35), jossa asiakkaat kokivat annosjakelupussien merkinnät hyvinä ja turvallisuutta lääkkeiden ottamisessa myös se, ettei lääkkeissä pääse sekoittumaan. Lääketurvallisuutta edistäväksi seikaksi mainittiin myös se, että kotona tai palvelutalossa ei ole turhia lääkkeitä

Myös Björkholmin (2010, 45) tutkimuksissa hoitajat kokivat turvallisuuden lisääntyneen, koska inhimillisten virheiden koettiin vähentyneen koneellisen jakelun myötä ja koneeseen luotettiin enemmän kuin ihmiseen lääkkeiden jakajana.

Kotihoidon asiakkaat kokevat lääkehoidon turvallisuuden ehkä eri tavalla kuin hoitajat. Heille se on ehkä enemmän sitä, että lääkkeet ovat oikein jaettu ja heidän on turvallista niitä ottaa. Hoitajille lääkehoidon turvallisuus merkitsee enemmän. He kuljettavat lääkkeitä ja myös antavat lääkkeitä asiakkaille, silloin täytyy myös huomioida turvallisuutta näistäkin näkökulmista. Turvalliseen lääkehoitoon kuuluu myös lääkkeen vaikuttavuuden seuranta, joka kuuluu hoitajien vastuuseen.

Kuten Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön turvallinen lääkehoito-oppaassakin mainitaan, potilaan nimellä ja päivämäärällä annosteluajankohtien mukaisesti jaellut annospussit lisäävät turvallisuutta. Lääkkeiden oikeasta säilytyksestä tulee myös varmistua (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön oppaata 2006, 57–58).

Neljäntenä tutkimusongelmana oli kokemus apteekkien yhteistyöstä, johon kotihoidon henkilökunnalta tuli vain vähän kommentteja. Yleensä vastauksissa todettiin yhteistyön toimivan hyvin. Muutama vastaaja toivoi parannusta apteekin toimintaan. Asiakkaat kokivat yhteistyön toimivaksi ja hyväksi, yksi haastateltava oli eri mieltä. Myös Björkholmin tutkimuksessa (2010, 56–57) hoitajat kokivat yhteistyön apteekin kanssa sujuvan hyvin.

Yhteistyötä voisi parantaa vaikka koulutuksella, jossa olisi mukana kotihoidon lääkehoidosta vastaavat sairaanhoitajat, apteekin annosjakelusta vastaavat henkilöt, sekä kotihoidossa lääkehoitoa toteuttavat lääkärit.”Moniammatillisuuden kautta yhteistyöhön tulee mukaan useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia, joita systeemisen kokonaisuuden rakentaminen edellyttää”. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 33).

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja toteuttamista ei voi pitää toisistaan erillisinä tapahtumina. Laadullisen tutkimuksen tärkein luotettavuuden kriteeri on tutkijan oma rehellisyys, koska arvioinnin kohteena on tutkijan itse tekemät valinnat ja rat-

kaisut. Tutkijan tuleekin arvioida kaikkien tekemiensä valintojen kohdalla tutkimuksen luotettavuutta, koko tutkimusprosessin ajan. (Vilkka, 2005, 158–159.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää myös tutkijan tarkka selostus tutkimuksen suorittamisesta kaikissa eri vaiheissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 227.)

Tutkijan on avoimesti kerrottava omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja myönnettävä, että tutkija itse on tutkimuksen keskeinen tutkimusväline (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Laadullisen tutkimuksen kolme arviointiperustaa ovat uskottavuus, siirrettävyys ja vahvistuvuus (Kylmä & Juvakka, 127). Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että aineistoa on tulkittu juuri niin, kuin tutkittavat ovat sanoneet. Suorat lainaukset tutkimusaineistosta lisäävät uskottavuutta. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että voidaanko tutkimustuloksia siirtää harkitusti jotakin muuta vastaavaa ryhmää kuvaamaan. Vahvistuvuus tarkoittaa tutkimustulosten verrattavuutta aikaisempiin tutkimustuloksiin, eli onko muissa tutkimuksissa saatu samansuuntaisia tutkimustuloksia. (Hämeen-Anttila & Katajavuori 2008, 212.)

Tämän työn luotettavuutta lisäsi se että, opinnäytetyön tekijä kävi pitämässä info-tilaisuuden kotihoidon työntekijöille siitä, millä kriteereillä he valitsisivat haastateltavat opinnäytetyön tekijälle, koska heillä on tuntemus asiakkaisiinsa ja osaavat arvioida miten asiakkaat kykenevät vastaamaan. Aineiston keruun osalta haastattelujen nauhoitus lisäsi luotettavuutta.

Laadullisen tutkimuksen aineiston kokoa ei säätele määrä vaan sen laatu (Vilkka, 2005, 126). Tässä tutkimuksessa haastateltavia asiakkaita olisi saanut olla opinnäytetyöntekijän mielestä enemmän, haastatteluaineisto jäi melko vähäiseksi kattavan ja luotettavan yhteenvedon kannalta. Hoitajien vastausprosentti jäi myös odotettua pienemmäksi, mutta saaduissa vastauksissa asiat alkoivat toistaa itseään, joten aineistoa voidaan pitää tutkijan mielestä riittävän kattavana tähän tutkimukseen. Vastauksissa tuli esille positiivisten kokemusten lisäksi myös negatiivisia kokemuksia, mikä lisää luotettavuutta. Vastaukset olivat myös samansuuntaisia, kuin aiemmissakin tutkimuksissa. Aikaisempiin tutkimuksiin viitaten (Viikilä 2009, Björkholm 2010) tämän tutkimuksen vastaukset olivat hyvin pitkälti samansuuntaisia, vaikka tutkimusaineisto jäikin kovin suppeaksi.

Opinnäytetyön tekijä on puolueeton, sillä hän ei itse työskentele organisaatiossa, jota tutkimus koskee. Tässä tutkimuksessa käytettyjä kyselylomakkeiden vastauksia, eikä haastattelujen vastauksia tuotu kenenkään ulkopuolisen tietoon. Haastattelut ja vastauskaavakkeet numeroitiin, sen sijaan että olisi käytetty nimiä. Henkilökunnan vastaaminen oli vapaaehtoista ja he saivat vastata nimettöminä. Tutkimustulokset raportoitiin rehellisesti ja avoimesti. Opinnäytetyössä on käytetty suoria lainauksia vastauksista parantamaan tulosten luotettavuutta. Tutkimuksen päätyttyä kyselylomakkeet ja suostumusluvut hävitettiin asianmukaisesti. Haastateltavien asiakkaiden henkilöllisyyttä ei tuotu julki.

Haastateltavia oli vähän ja kaikki he ovat jo iäkkäitä kotihoidon asiakkaita, he eivät osanneet kertoa kovin laajasti tutkittavasta ilmiöstä. Sovittuna vastausten ja suostumuskaavakkeiden palautusajankohtana, oli palautunut vain yksi suostumus haastatteluun. Opinnäytetyöntekijä otti uudelleen yhteyttä kotihoidon palvelupäällikköön ja sitten sai neljä haastateltavaa lisää. Tavoitteena oli haastatella kymmenen asiakasta, joten tavoitteesta jäi puolet pois. Suurempi otos olisi antanut laajempaa tietoa.

Tutkimuksen ajankohta ei ollut ehkä sopiva kotihoidon työntekijöille, sillä kotihoitossa oli meneillään muitakin kyselyjä samaan aikaan ja tämä saattoi vaikuttaa, että vastausprosentti jäi pieneksi. Hoitajien haastattelu avointen kysymysten sijaan olisi ehkä tuonut tässä tapauksessa enemmän tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Kysymysten asettelu olisi voinut olla tarkempi. Nyt vastauslomakkeissa oli muutama niin lyhyt vastaus, että niiden luotettava tulkitseminen oli vaikeaa. Jos tutkimus tehtäisiin nyt uudelleen, tehtäisiin henkilökunnalle myös teemahaastattelu.

6.3 Johtopäätökset

Hoitajien vastauksista voi päätellä, että kaikilla ei ole tarkkaa tietoa miten koneellinen annosjakelu toimii, mitkä toimet kuuluvat apteekin henkilökunnalle ja mitkä toimet lääkäreille. Kotihoitoon olisikin hyvä antaa informaatiota lisää koneellisesta annosjakelusta ja siitä mitä kuuluu lääkärin vastuualueeseen asiakkaan lääkehoidossa ja mitä kuuluu apteekissa toimivan farmaseutin vastuualueeseen lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun liittyen.

Annosjakelupussien avaamiseen liittyvä ongelmaan voitaisiin viedä tietoa apteekista eteenpäin annosjakelutoimittajille, jotta siellä voisivat miettiä miten pussit saumataan nauhaksi siten, että niitä olisi helpompi repäistä irti toisistaan.

Lääkemuutosten joustavampaa toteutusta voidaan kehittää. Tulisi miettiä, mikä olisi selkeämpi ja toimivampi systeemi lääkemuuotosten ilmoittamiselle, puhelinkeskusteluissa voi tulla virheitä ja väärinymmärryksiä, olisiko sähköposti, faxi tai jokin muu kirjallinen ilmoitus parempi? Ajantasainen lääkityskortti pitäisi olla aina myös apteekissa. Ihanteellisinta olisi, jos olisi yhteinen tietojärjestelmä.

Jatkotutkimuksena voisi olla seurantatutkimus, jolla selvitetään, miten opinnäytetyön tulosten pohjalta annosjakelupalvelun kehittäminen vaikuttaa kotihoidon työntekijöiden ja apteekkihenkilökunnan työhön.

LÄHTEET

Aalto, S. & Marjakangas, S. 2008. Ikääntymisen resurssikeskusopas. Kehittyvät vanhuspalvelut julkaisuja 2/2008. Helsinki. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry.

Björkholm, K. 2010. ANJA-lääkejakelu työntekijöiden kokemana Vaasassa: Tarkastelun kohteena toimivuus, turvallisuus ja moniammatillinen yhteistyö. Ylempi AMK-Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.2.2012.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010091713093>

Bohm, K. 2012. Proviisori, Rauman Ensimmäinen Apteekki. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 14.8.2012.

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J., & Nyman, J. 2009. Lupaava kotihoito. Jyväskylä: PS-kustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hämeen-Anttila, K. & Katajavuori, N. 2008. Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. Helsinki: Palmenia.

Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.

Isoherranen, K., Rekola, L., & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kansaneläkelaitoksen www-sivut. Viitattu 14.6.2012.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/230209144025JH?OpenDocument>

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

Lehto, P. 2012. Apteekkari, Lapin Apteekki. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 14.8.2012.

Lätti, E. 2012. Farmaseutti, Paroalhon Apteekki. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 14.8.2012.

Nikula, U-M. 2011. Kotihoidon palvelupäällikkö. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 12.3.2012.

Nurminen, M-L. 2010. Lääkehoidon ABC. 12. uud. p. Helsinki: Wsoy.

Pharmac Finland Oy:n www-sivut. Viitattu 15.8.2012. <http://www.pharmac.fi>

PharmaService Oy:n www-sivut. Viitattu 15.8.2012. <http://www.pharmaservice.fi>

Saikkonen, E-L., 2003. Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin. KELA sosiaali- ja terveysturvan selosteita 29/2003. Viitattu 19.2.2012.
<http://hdl.handle.net/10250/3433>

Salminen, S. 2011. Sairaanhoidtaja, Rauman Kaupunki. Rauma henkilökohtainen tiedonanto 12.12.2011.

Salminen, S. 2012. Sairaanhoidtaja, Rauman Kaupunki. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 11.1.2012.

Seikola, A.2011.Geriatriksen lääkehoidon koulutustarpeet perusterveydenhuollossa – moniammatillisen täydennyskoulutuksen suunnittelu lost –alueen kotihoidon henkilöstölle. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Pro Gradu-tutkielma. Viitattu 6.10.2012. <http://hdl.handle.net/10138/26674>

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

Tarvainen, M. 2012. Proviisori, Rauman Keskus-Apteekki. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 14.8.2012.

Terveysportin www-sivut. Viitattu 17.10.2012. <http://www.terveysportti.fi/>

Tiihonen, L. 2012. Farmaseutti, Rauman Keskus-Apteekki. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 14.6.2012.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud.p. Helsinki: Tammi.

Viikilä,J.2009. Työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikoulu, Diak itä.Viitattu 19.2.2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200911055296>

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

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2006. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu, opas laatuun. Oppaita 49. Helsinki: Stakes.

Arvoisa kotihoidon asiakas

Olen sairaanhoitajaopiskelija Leena Rantala Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyöni kotihoidon asiakkaiden ja hoitajien kokemuksista koneellisesta annosjakelusta kotihoidossa. Tarkoituksena on selvittää minkälaisia kokemuksia asiakkailla ja hoitajilla on lääkkeiden koneellisesta annosjake-
lusta. Tavoitteena on tulosten pohjalta kehittää palvelua ja löytää mahdollisia kehityskkeinoja apteekin ja kotipalvelun yhteistyölle.

Pyydän ystävällisesti että osallistuisitte kyselyyn, jonka tulisin tekemään kotiin tai muuhun sovittuun paikkaan teille sopivana ajankohtana. Mikäli suostutte kyselyyn, otan teihin yhteyttä puhelimitse lähiaikoina.

Ystävällisin terveisin

Leena Rantala

p. 044 279 1656

Suostun

Nimi

Puh.

Hyvä kotihoidon työntekijä

Olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyöni kotihoidon asiakkaiden ja hoitajien kokemuksista koneellisesta annosjakelusta kotihoidossa. Tarkoituksena on selvittää minkälaisia kokemuksia asiakkailla ja hoitajilla on lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Tavoitteena on tulosten pohjalta kehittää palvelua ja löytää mahdollisia kehityskeinoja apteekin ja kotihoidon yhteistyölle.

Pyydän ystävällisesti, että kyselyyn vastaisi 25 työntekijää, joiden työhön liittyy koneellinen lääkkeiden annosjakelu.

VASTAUSTEN PALAUTUSAJANKOHTA 8.6.2012

Jokainen vastaus on tärkeä. Kiitos vaivannäöstäsi!

Ystävällisin terveisin,

Leena Rantala

p. 044 279 1656

eeva-leena.rantala@student.samk.fi

opinnäytetyön ohjaaja

Lehtori, TtL

Elina Männistö

p. 044 710 3555

elina.mannisto@samk.fi

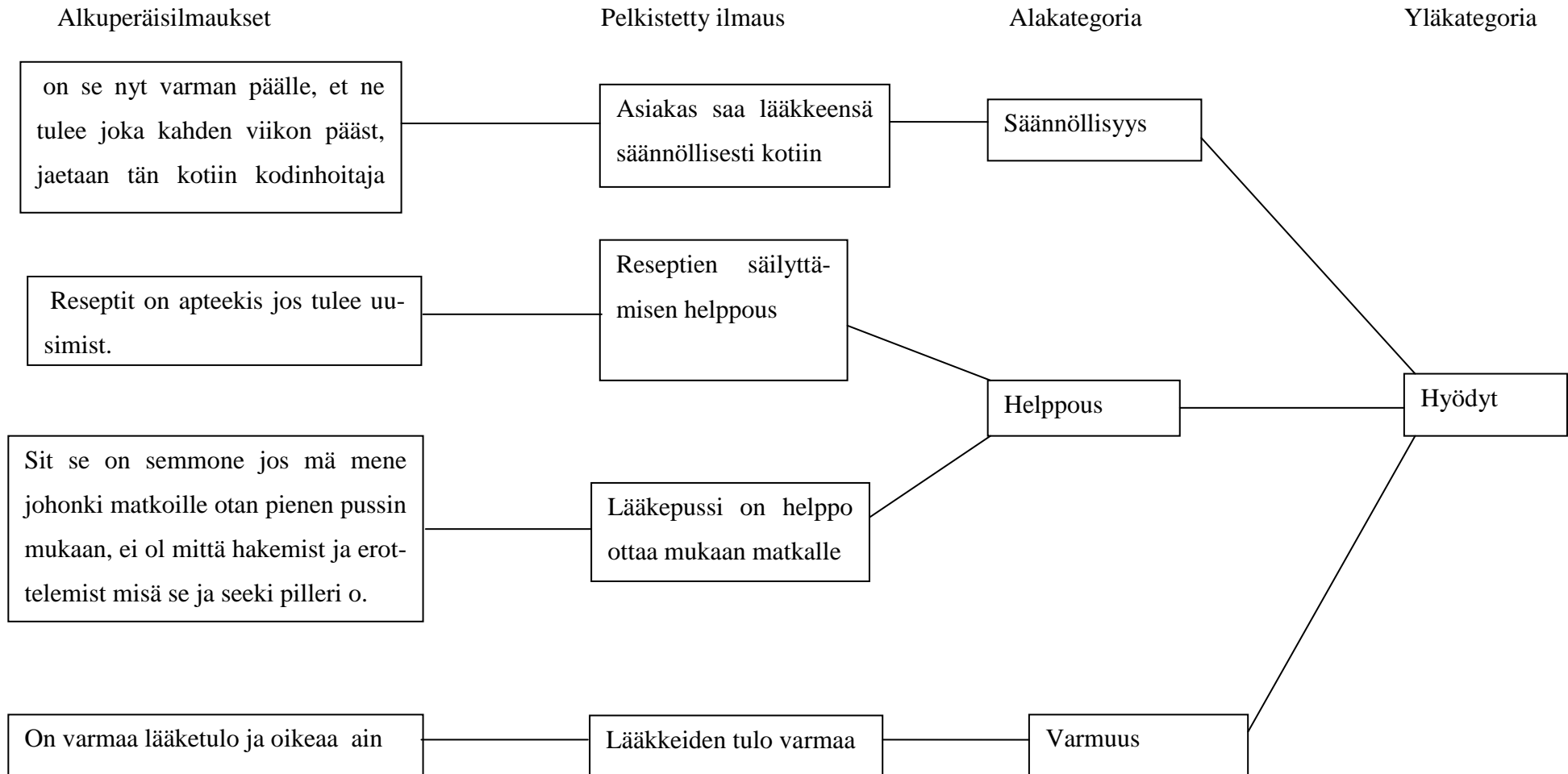
KYSELYLOMAKE

Tarvittaessa voit jatkaa vastauksiasi paperin toiselle puolelle.

1. Mitä asioita koet koneellisen annosjakelun hyötyinä omalle työllesi?
2. Mitä asioita koet koneellisen annosjakelun haittoina omalle työllesi?
3. Miten lääkkeiden koneellinen annosjakelu vaikuttaa mielestäsi asiakkaiden lääketurvallisuuteen?
4. Miten koet apteekkien yhteistyön koneellisessa lääkkeiden annosjakelussa?
5. Miten mielestäsi koneellista annosjakelua tarjoava apteekki voisi parantaa yhteistyötä turvallisen lääkehoidon toteuttamisen suhteen?

Kiitos vastauksistasi!

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET



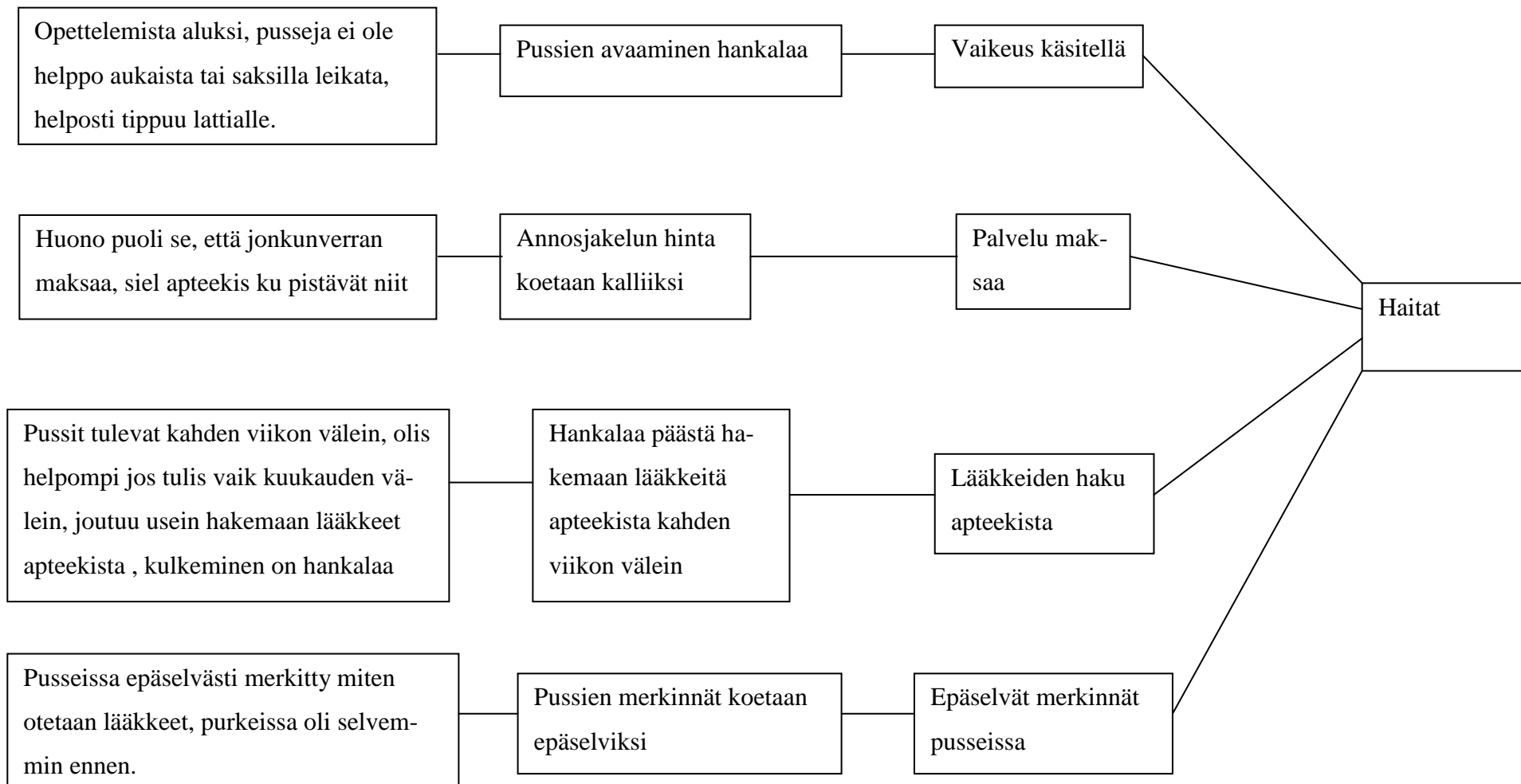
ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET

Alkuperäisilmaukset

Pelkistetty ilmaus

Alakategoria

Yläkategoria



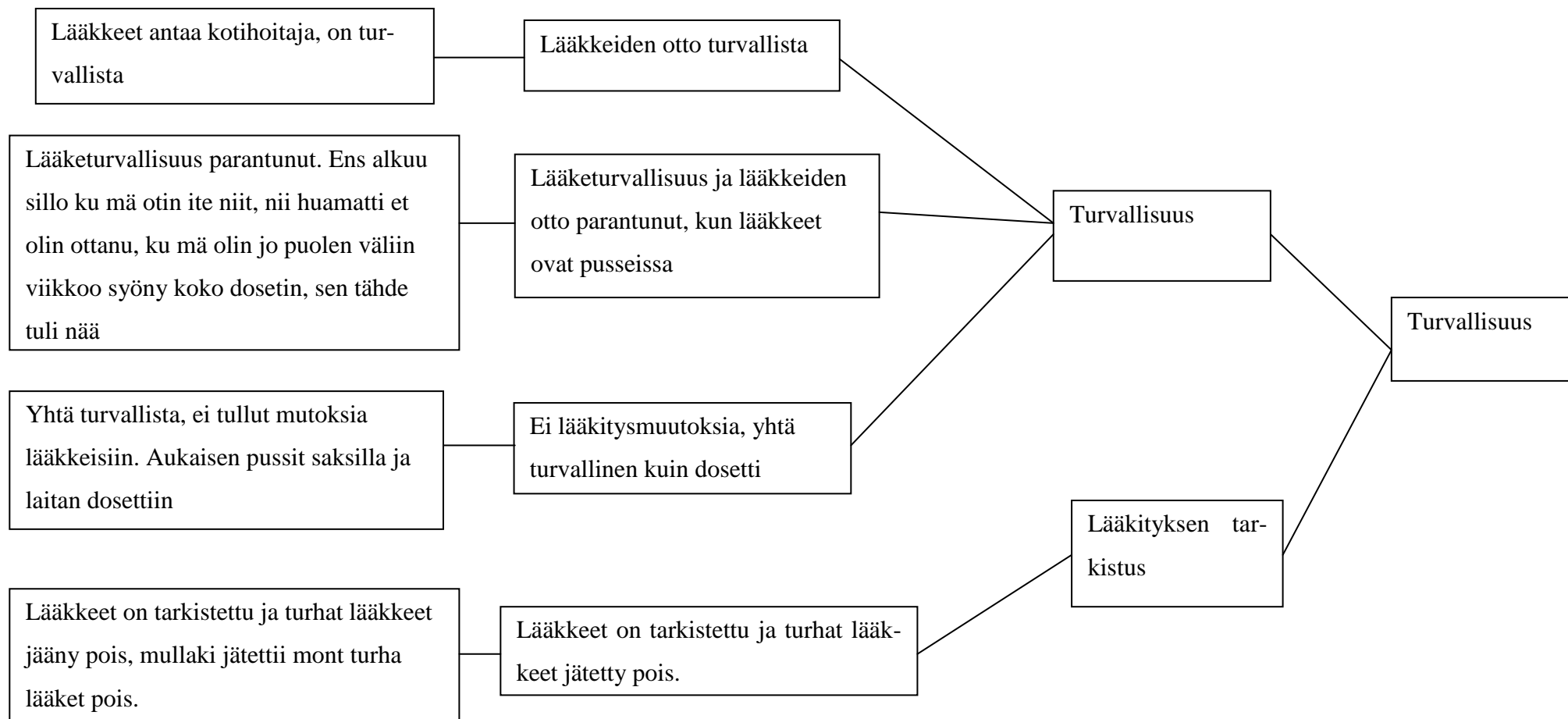
ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET

Alkuperäisilmaukset

Pelkistetty ilmaus

Alakategoria

Yläkategoria



ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET

Alkuperäisilmaukset

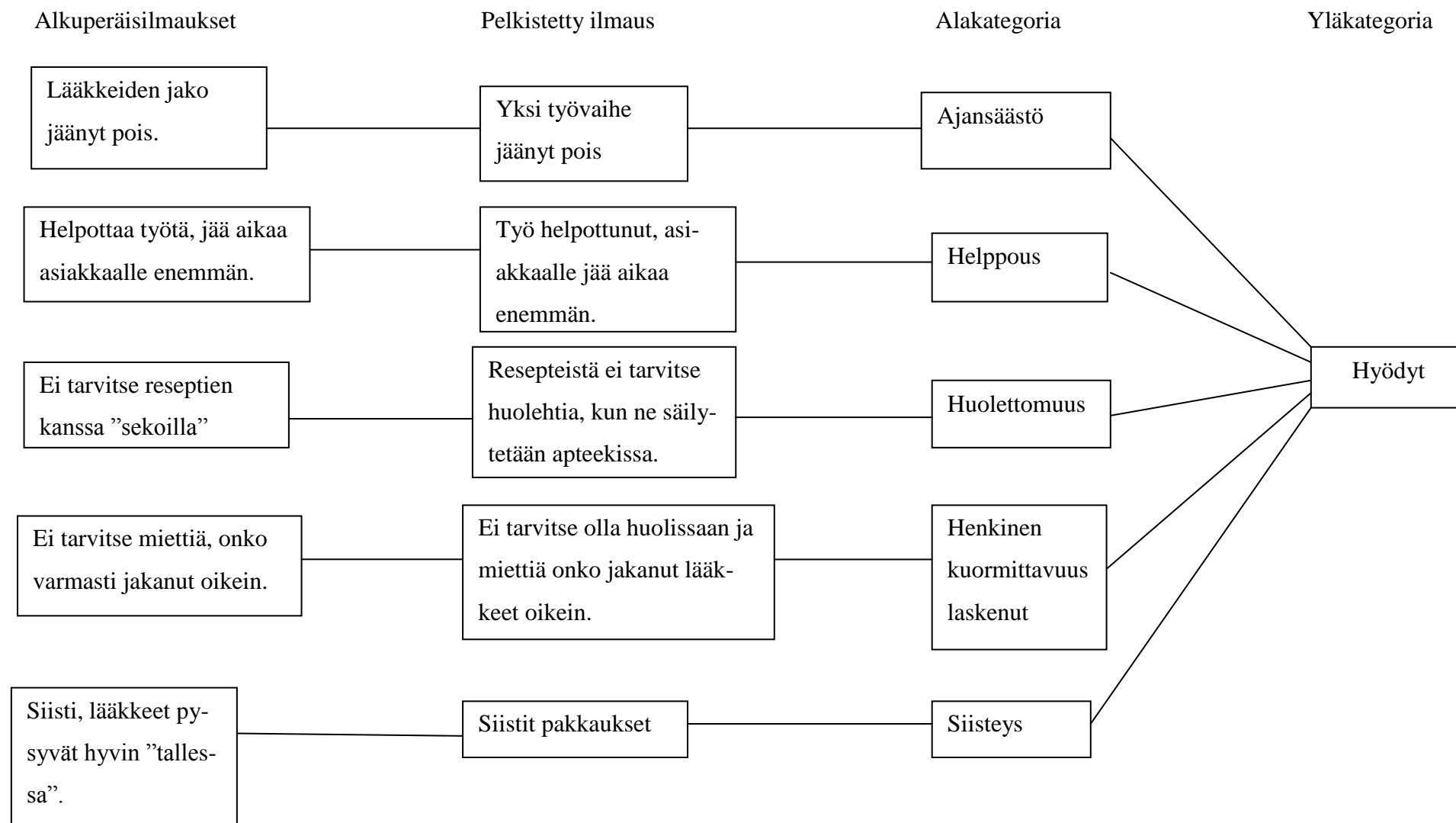
Pelkistetty ilmaus

Alakategoria

Yläkategoria



HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSET



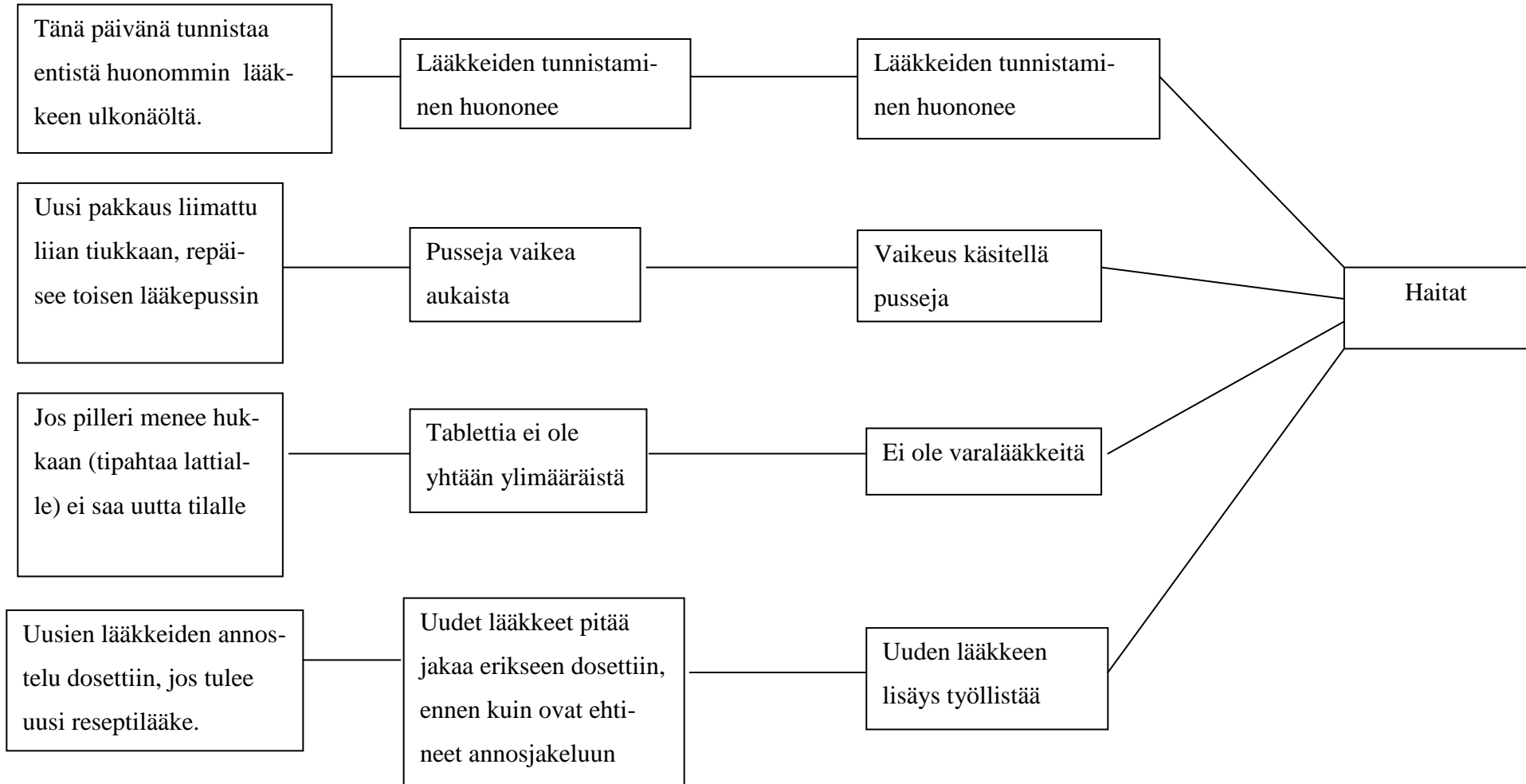
HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSET

Alkuperäisilmaukset

Pelkistetty ilmaus

Alakategoria

Yläkategoria



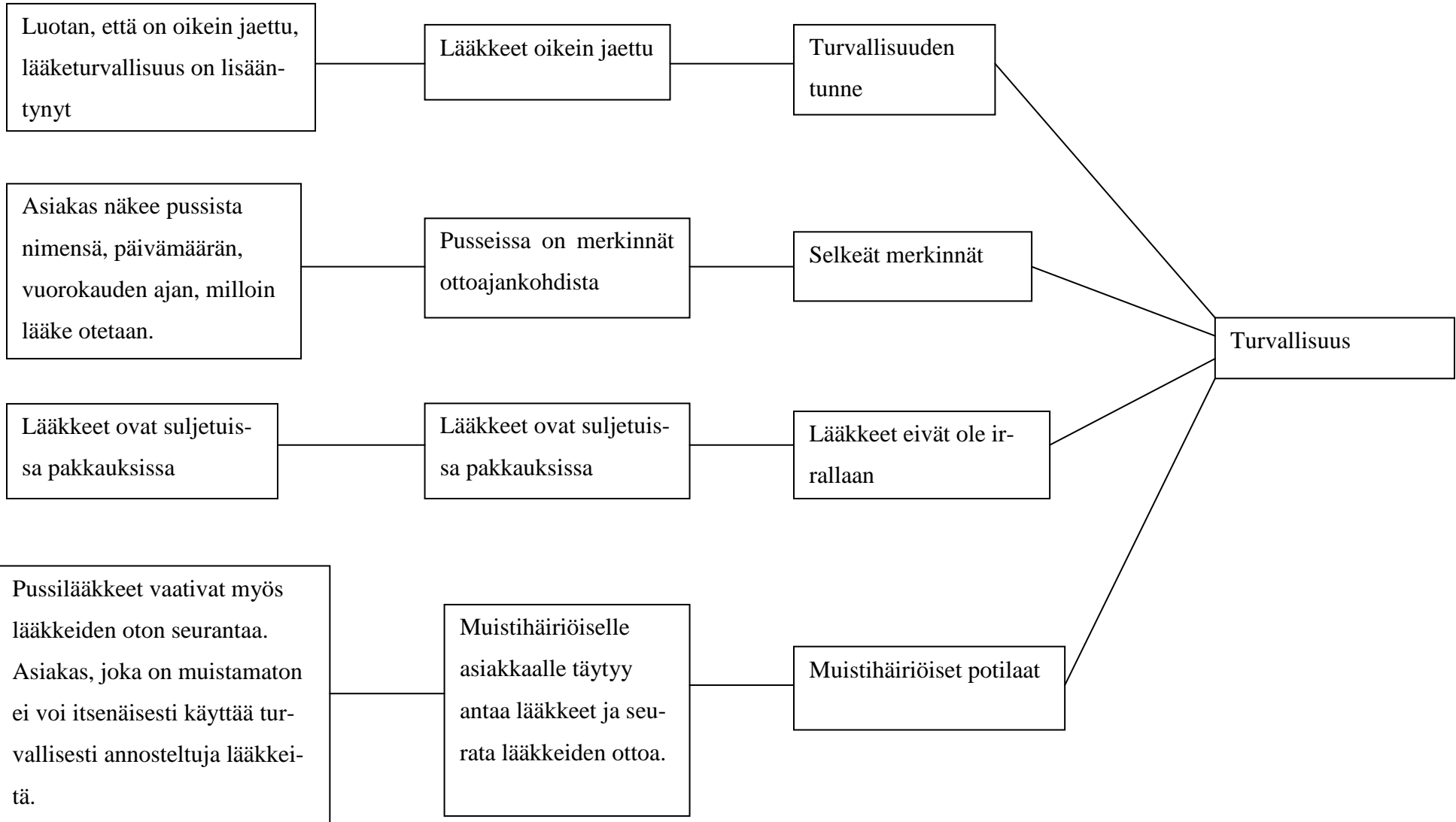
HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSET

Alkuperäisilmaukset

Pelkistetty ilmaus

Alakategoria

Yläkategoria



HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSET

Alkuperäisilmaukset

Pelkistetty ilmaus

Alakategoria

Yläkategoria

