



HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKE- MYKSIÄ LÄÄKKEIDEN KONEEL- LISESTA ANNOSJAKELUSTA JÄM- SÄN KOTIHOIDOSSA

Minna-Liisa Heinonen

Mia Salmela

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HEINONEN, MINNA-LIISA & SALMELA, MIA:

Hoitohenkilökunnan näkemyksiä lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta Jämsän kotihoidossa

Opinnäytetyö 57 sivua, joista liitteitä 17 sivua
Huhtikuu 2014

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Jämsän kotihoidon hoitohenkilökunnan näkemyksiä lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa lääkkeiden koneellisen annosjakelun toimivuudesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja lääketurvallisuuden toteutumisesta annosjakelussa.

Opinnäytetyön menetelmänä oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin teemahaastattelemalla neljää lääkkeiden koneellisen annosjakelun parissa työskentelevää Jämsän kotihoidon hoitajaa. Tutkimus toteutettiin marraskuussa 2013. Teemahaastatteluista saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen.

Opinnäytetyön tulosten mukaan yhteistyö apteekin kanssa oli monipuolista ja sujuvaa. Yhteistyö lääkäreiden kanssa taas koettiin haastavaksi lääkäreiden suuren vaihtuvuuden vuoksi. Toimivuutta parantaisi kotihoidon oma lääkäri, joka olisi perehtynyt kotihoidon erityistarpeisiin. Päivittäisessä työssään annosjakelun parissa hoitajat kokivat vaikeaksi yksittäisten lääkkeiden tunnistamisen ja lääkemuutosten tekemisen annosjakelupusseihin. Hoitajat kokivat myös oman lääkehoidon osaamisensa heikentyneen.

Tämän opinnäytetyön jatkotutkimusaiheena esitämme selvitystä, kuinka usein lääkkeiden koneellisen annosjakelun asiakkaiden lääkityksiin tehdään muutoksia. Lääkemuutosten määrää voisi myös verrata lääkkeiden koneellisen annosjakelun ulkopuolella olevien kotihoidon asiakkaiden lääkemuutosten määrään.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Public Health Nursing

HEINONEN, MINNA-LIISA & SALMELA, MIA:
Nursing Staff's Views on Automated Dose Dispensing in the Home Care in Jämsä

Bachelor's thesis 57 pages, appendices 17 pages
April 2014

The purpose of this thesis was to present the views of the home care nursing staff in Jämsä on the automated dose dispensing of medications. The thesis aims at producing information on the functionality of automated dose dispensing from the nursing staff's point of view, and on the safety of medication in dose dispensing.

The thesis applied a quantitative research method. The material was collected through themed interviews of four Jämsä home care nurses working with automated dose dispensing. The study was carried out in November 2013. The material collected in the themed interviews was analysed by means of content analysis.

According to the results of the thesis, co-operation with the pharmacy was versatile and flowing. Co-operation with physicians was considered challenging due to their high turnover. The situation would be improved by a dedicated home care physician, familiar with the special needs in home care. In their daily dose dispensing work, the nurses found it difficult to identify individual medications and change medications in the dose dispensing bags. The nurses also felt their own expertise in medical care had weakened.

As a subject for further research, we propose an account of the frequency of changes made in the medications of clients within automated dose dispensing. The number of changes in their medication could also be compared to that of home care clients that are not covered by automated dose dispensing.

Key words: dose dispensing, home care, safe medical care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Kotihoito	8
3.1.1	Laatusuositukset.....	10
3.1.2	Kotihoito Jämsässä.....	11
3.2	Turvallinen lääkehoito	11
3.2.1	Lääkehoitosuunnitelma	12
3.2.2	Lääkityspoikkeama	13
3.2.3	Vanhusten hyvän lääkehoidon erityispiirteitä.....	14
3.3	Lääkkeiden koneellinen annosjakelu	14
3.3.1	Annosjakelu Suomessa	15
3.3.2	Lääkkeiden koneellisen annosjakelun vaikutuksia	16
3.3.3	Rinnakkaisvalmiste	18
3.3.4	Koneellisen annosjakelun toteuttaminen kotihoidossa	19
4	TOTEUTTAMINEN	20
4.1	Opinnäytetyömenetelmä	20
4.2	Teemahaastattelu	20
4.3	Aineiston käsittely ja analyysi	22
5	TULOKSET	23
5.1	Annosjakelun aloitus.....	23
5.2	Moniammatillinen yhteistyö	23
5.2.1	Yhteistyö apteekin kanssa.....	23
5.2.2	Yhteistyö lääkärin kanssa.....	24
5.3	Annosjakelupussien vienti asiakkaille ja niiden säilytys.....	25
5.4	Annosjakelupussien käsittely ja lääkehoidon toteuttaminen	25
5.5	Lääkkeiden tunnistaminen ja tarkastaminen.....	26
5.6	Lääkemuutokset annosjakelupusseihin.....	27
5.7	Läkehoidon kirjaaminen, tiedonkulku ja vastuunjako	27
5.8	Lääkityspoikkeamat	28
5.9	Hoitajan oma lääkehoidon osaaminen	29
5.10	Hoitajien näkemyksiä annosjakelun vaikutuksesta asiakkaalle.....	29
5.11	Hoitajien näkemyksiä annosjakelun parissa työskentelystä	30
6	POHDINTA.....	31
6.1	Johtopäätökset.....	31
6.2	Luotettavuus.....	33

6.3 Eettisyys	34
6.4 Jatkotutkimushaasteet	35
LÄHTEET	37
LIITTEET	41
Liite 1. Teemahaastattelurunko	41
Liite 2. Tiedote	43
Liite 3. Suostumuslomake	44
Liite 4. Sisällönanalyysitaulukko	45

1 JOHDANTO

Iän myötä pitkäaikaiset sairaudet lisääntyvät. Tämä taas johtaa osaltaan lääkkeiden runsaaseen käyttöön. Vaikka Maailman terveysjärjestö suosittelee, että iäkkäillä saisi olla käytössä korkeintaan kolme - neljä lääkettä, on heillä kuitenkin käytössä tätä useampia lääkkeitä. Osalla on käytössä useampi kuin kymmenen lääkettä. (Kivelä 2004, 11.)

Henkilöt, jotka eivät kykene huolehtimaan itsenäisesti lääkehoidostaan, ovat usein kotihoidon palvelujen piirissä. Tällöin lääkehoito edellyttää yhteistyötä potilaan, omaisten ja ammattityöntekijöiden välillä. (Nurminen 2011, 105.) Apteekkien annosjakelupalvelun tavoitteena on parantaa lääketurvallisuutta ja lisätä terveydenhuollon kustannustehokkuutta (Nurminen 2011, 573).

Iäkkäiden henkilöiden laitospaikkojen määrän vähentäminen lisää kotihoidon tarvetta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Siltikään ei ole itsestään selvää, että kotihoidon resursseja lisätään vastaamaan lisääntyntä palveluntarvetta. Lääkkeiden koneellisen annosjakelun on katsottu lisäävän hoitajien välittömän asiakasajan määrää ja mahdollistavan toimintaa vähäisemmillä henkilöstöresursseilla. Opinnäytetyössämme kuullaankin lääkkeiden koneellisen annosjakelun parissa työskentelevien hoitajien omakohtaisia mielipiteitä ja näkemyksiä annosjakelun toimivuudesta käytännön hoitotyössä. Kentällä työskentelevien hoitajien näkemykset ovatkin tärkeitä kotihoidon toiminnan arvioinnin ja kehittämisen kannalta.

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli Jämsän kotihoidon tarve selvittää hoitohenkilöstön näkemyksiä lääkkeiden koneellisen annosjakelun toimivuudesta. Koimme aiheen ajankohtaiseksi ja kiinnostavaksi, koska lääkkeiden koneellisen annosjakelun piirissä olevien asiakkaiden määrä lisääntyy ja tietämys aiheesta palvelee myös omaa oppimistamme tulevana sairaanhoitajina.

Tässä työssä selvitetään vain henkilökunnan näkemyksiä koneellisesta annosjakelusta. Työ tehtiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin teemahaastatteluita tehden kotihoidon hoitohenkilökunnalle.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan näkemyksiä lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta Jämsän kotihoidossa.

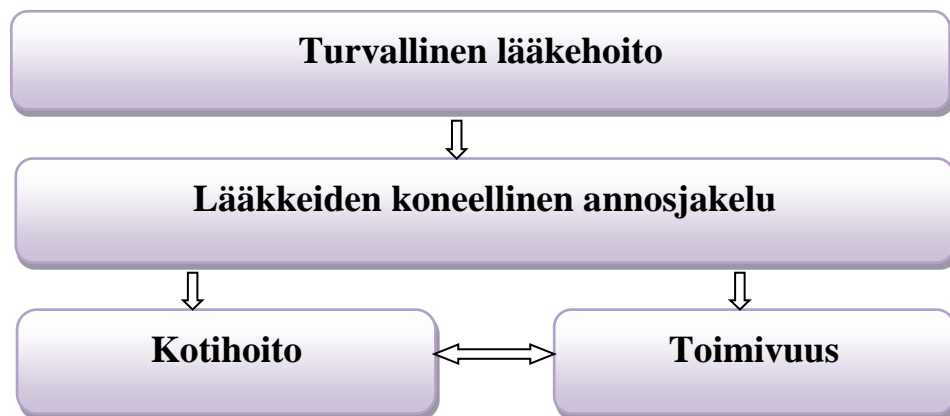
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten toimivaksi lääkkeiden koneellinen annosjakelu koetaan Jämsän kotihoidossa?
2. Miten lääketurvallisuus toteutuu lääkkeiden koneellisessa annosjakelussa Jämsän kotihoidossa?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa lääkkeiden koneellisen annosjakelun toimivuudesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja lääketurvallisuuden toteutumisesta annosjakelussa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme teoreettisiksi lähtökohdiksi valikoituivat turvallinen lääkehoito, lääkkeiden koneellinen annosjakelu sekä kotihoito. Tarkastelemme kotihoidossa hyödynnettävää lääkkeiden koneellista annosjakelua, joten nämä pääkäsitteet toimivat teoreettisen tiedon pohjana. Turvallinen lääkehoito liittyy olennaisesti lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun, jota kotihoito on osaltaan toteuttamassa. Opinnäytetyössämme tutkimme näiden kolmen pääkäsitteen keskinäistä toimivuutta. (Kuvio 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

3.1 Kotihoito

Suomessa kotihoito perustuu sosiaalihuoltoasetukseen (607/1983) ja terveydenhuoltolaikiin (1326/2010). Sosiaalihuoltoasetuksessa määritellään tukipalvelut ja kodinhoitajan tai kotiavustajan kotona antama työapu, henkilökohtainen huolenpito ja tukeminen. Terveydenhuoltolaki taas velvoittaa järjestämään kotisairaanhoidon kuntansa asukkaille. Se on säännöllistä eli hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista apua tai tilapäistä apua, joka annetaan kotona tai siihen verrattavissa olevassa paikassa ja se toteutetaan moniammatillisesti.

Kotihoito tukee ja auttaa, kun asiakas tarvitsee apua kotiin sairauden tai alentuneen toimintakyvyn takia. Kotihoito koostuu kotipalvelusta, tukipalveluista ja kotisairaanhoidosta. Kotipalvelu auttaa päivittäisissä toimissa ja tukipalvelut täydentävät muuta kotipalvelua huolehtimalla esimerkiksi ateriapalveluista ja kuljetuspalveluista. Kotisairaanhoido huolehtii sairaanhoidollisista toimista ottamalla näytteitä, valvomalla lääkitystä ja seuraamalla asiakkaan vointia. Palveluita voi saada kaikkina vuorokauden aikoina suurimmassa osissa kuntia. (Kotipalvelut 2013.)

Kotihoidon tavoitteena on auttaa asiakasta selviytymään mahdollisimman pitkään kotona. Kokonaisvaltaiseen kotihoitoon kuuluu perushoiva, terveyden edistäminen, sairaanhoido, psykososiaalinen tuki asiakkaalle ja omaisille, sekä kuntouttavien toimintojen suunnittelu ja toteutus muiden toimijoiden kanssa. Viime aikoina on monessa kunnassa resurssipulan vuoksi siirrytty kodinhoidon tehtävistä enemmän henkilökohtaiseen huolenpitoon. (Ikonen & Julkunen 2007, 20-23.) Kotihoidon tarve on kasvanut kunnissa voimakkaasti ja tämä asettaa suuria vaatimuksia käytettävissä oleviin resursseihin nähdessä (Valvira 2012).

Marraskuussa vuonna 2012 oli 75 vuotta täyttäneistä noin 12 prosenttia kotihoidon asiakkaina. Näin ollen säännöllisiä kotihoidon asiakkaita oli kaikkiaan suomessa noin 70 500. Tukipalveluita säännöllisen kotihoidon asiakkaista käytti noin 65 prosenttia. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden määrä on kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana kolmanneksen, mutta hoidon tarpeessa ei ole tapahtunut muutosta. (Kotihoidon laskenta 2013.) Kotihoidon palveluja saadakseen asiakkaan toimintakyvyn tulee olla alentunut tai asiakas on vammautunut. Kotihoidon palveluihin on oikeutettu myös jos perhetilanne sitä vaatii tai sairaus edellyttää kotona tapahtuvaa hoitoa. (Valvira 2012.) Kotihoidon säännöllisiksi asiakkaiksi määritellään sellaiset henkilöt, joilla on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma tai jotka muuten saavat säännöllisesti vähintään kerran viikossa palveluja. Kunnan on laadittava perusteet siitä, millä edellytyksellä henkilöillä on oikeus sosiaalipalveluihin ja sosiaalihuollon tukitoimiin. Nämä perusteet tulee olla ikääntyneen väestön saavutettavissa ja ymmärrettävässä muodossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 31-62.)

Kun ikäihmisellä ilmenee palveluntarpeita, hänelle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää kaikki iäkkään henkilön hyvinvoinnin ja avuntarpeen kannalta tarpeelliset toimet ja niitä toteuttavat tahot. Hoito- ja palvelu-

suunnitelman toteutusta seurataan säännöllisesti ja sitä voidaan tarvittaessa päivittää. Palveluita toteutettaessa tulee ottaa huomioon asiakkaan mielipide ja hänen tulee olla osallinen palvelun toteutuksessa. Kotihoidon laadun parantamiseksi tulisi kiinnittää erityistä huomiota hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuuteen. Samoin palveluiden toteutumisen tulisi vastata suunnitelmaa ja vastuunjako olisi kirjattava selkeästi suunnitelmaan. Myös kuntoutumisen mahdollisuus on tunnistettava riittävällä asiantuntemuksella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 30-31.)

Kotihoidon on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tekemää moniammatillista yhteistyötä. Asiakkaalle nimetään hoitotiimi, jonka kokoonpano vaihtelee asiakkaan tarpeen mukaan. Sairaanhoidosta vastaa lääkäri. Tiimin työntekijät sopivat työnjaosta, tehtävistä ja vastuista. Tiimille valitaan myös tiiminvetäjä, joka kehittää työtä ja huolehtii perustehtävien onnistumisesta. Toimintaperiaatteista on sovittava, koska työskennellään yhteisten asiakkaiden hyväksi ja toiminta on asiakaslähtöistä ja tavoitteellista. Asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus valita hänelle parhaiten sopivat palvelut. (Ikonen & Julkunen 2007, 20-23.)

3.1.1 Laatusuositukset

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut laatusuositukset, jotka edistävät ikääntyneiden mahdollisuutta elää hyvää elämää riippumatta heidän toimintakyvystään. Laatusuositusten laadinnassa on otettu huomioon ikäihmisten hyvinvointi, terveyden edistäminen, eriasteisten hoidon ja huolenpidon tarpeen arviointi ja siihen vastaaminen. Tärkeintä on hyvä elämän laatu ja toimivan arjen turvaaminen, johon pyritään parantamalla palveluiden laatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 15–69.)

Laatusuosituksissa annetaan kotihoidolle muun muassa suosituksia välittömän asiakasajan paikallisista tavoitteista ja sen toteutumisen seurannasta. Henkilöstön kokonaistyöajan välitöntä asiakasaikaa pyritään lisäämään palveluprosessia kehittämällä. Välittömään asiakasaikaan kuuluvat mm. hoitotoimenpiteet, lääkehuolto, kuntoutumista edistävä työote ja palvelutarpeen arviointi. Myös hoito- ja palvelusuunnitelman päivitys lasketaan kuuluvaksi välittömään asiakasaikaan. Välilliseen asiakasaikaan lasketaan kirjaaminen, muu asiakastyö toimistolla, matka-ajat sekä palaverit ja koulutukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 15–69.)

3.1.2 Kotihoito Jämsässä

Jämsän kaupungin Sosiaali- ja Terveystilajalautakunta on vahvistanut perusteet kotihoidon asiakkaaksi pääsemiselle. Lähtökohtana asiakkuudelle on, että henkilö ei selviydy arjen toiminnoista itsenäisesti tai omaisten turvin. Tällöin tarvitaan ulkopuolista apua kotona pärjäämiseen. Avun tarpeen tulee olla myös toistuvaa. Palvelutarpeen arvioimiseksi tehdään kartoituskäynti kotiin ja tällöin selvitetään myös omaisten mahdollisuudet osallistua asiakkaan hoitoon sekä taloudelliset mahdollisuudet hankkia palvelut yksityisiltä palvelun tuottajilta. (Palveluopas 2012, 19.)

Säännöllisen kotihoidon asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Asiakkaan toimintakykyä ja asetettuja tavoitteita seurataan säännöllisesti, vähintään kahdesti vuodessa tai tarpeen vaatiessa. Tilapäisen palveluntarpeen ilmetessä, asiakas ohjataan ensisijaisesti yksityisten palvelun tuottajien pariin. Kaupungin kotihoito voi tehdä tilapäisiä käyntejä, mikäli asiakas ei jostain syystä pysty hakemaan hoitoa terveyskeskuksesta tai hänen toimeentulonsa ei mahdollista yksityisen palvelun käyttöä. (Palveluopas 2012, 21.)

Jämsän kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajia ja lähihoitajia. He voivat suorittaa asiakkaan kotona lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimia, ottaa erilaisia näytteitä, valvoa lääkitystä ja seurata asiakkaan vointia. (Jämsän kaupunki 2013.) Jämsän kaupunki tarjoaa kotihoidon asiakkaille myös erilaisia tukipalveluita, kuten ateriapalvelu, asiointipalvelu, kylvetyspalvelu, vaatehuolto, siivouspalvelu, turvapalvelu ja lääkehoidon tukipalvelu eli apteekin tarjoama annosjakelu. (Palveluopas 2012, 11-14.)

3.2 Turvallinen lääkehoito

Lääkehoidon tavoitteena on sairauksien ehkäisy, parantaminen ja etenemisen hidastaminen. Lääkehoidolla pyritään myös lievittämään sairauden aiheuttamia oireita ja ehkäisemään sairauden aiheuttamia komplikaatioita. Lääkehoidon turvallisuus on osa potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuuden näkökulmasta keskeistä on lääkehoidon toteuttaminen oikein, turvallisesti, tehokkaasti, taloudellisesti ja tarkoituksenmukaisesti. (Turvallinen lääkehoito-opas 2006, 11.)

Turvallinen lääkehoito muodostuu lääketurvallisuudesta ja lääkitysturvallisuudesta. Lääketurvallisuutta on lääkkeen farmakologisten vaikutusten ja ominaisuuksien tunteminen ja laadukas valmistusprosessi sekä lääkkeen merkitseminen ja pakkaaminen. Lääketurvallisuutta tarkastellaan myyntilupamenettelyn kautta ja lääkkeen haittavaikutuksia arvioidaan myyntiluvan myöntämisen jälkeenkin. Lääkitysturvallisuus on lääkkeen käyttöön liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on taata lääkehoidon turvallisuus ja estää potilaan vahingoittuminen. (Potilasturvallisuussanasto 2007, 8-9.) Eli lääkitysturvallisuus on toimintayksikön prosessin virheettömyyttä ja lääkehoidon toteuttajien inhimillistä toimintaa (Lääke- ja lääkitysturvallisuus).

Lainsäädäntö ohjaa Suomessa toteutettavaa lääkehoitoa. Lääkelaki (395/1987) ylläpitää ja edistää lääkkeiden turvallista ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Laki myös varmistaa, että terveydenhuollon ammattilaisilla on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja muu riittävä ammatillinen pätevyys sekä ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) puolestaan korostaa potilaan oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja kohteluun. Laissa säädetään mm. hoitoon pääsystä, potilaan oikeudesta saada tietoa terveydestään ja oikeudesta myös päättää hoidostaan.

3.2.1 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoidon toteuttaminen perustuu lääkehoitosuunnitelmaan, joka on toimipaikkakohmainen. Suunnitelma on työväline lääkehoidon hallintaan ja laadulliseen kehittämiseen. Suunnitelman taso ja vaativuus määräytyvät yksikön toiminnan luonteen ja lääkehoidon vaativuuden mukaan. Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja toteuttamisesta vastaa toimintayksikön johto. Johdon mukana suunnitelmaa laatimassa ovat toiminnasta vastaava lääkäri, hoitotyöstä ja lääkehuollosta vastaavat sekä lääkehoitoa toteuttava henkilöstö. Lääkehoitosuunnitelma päivitetään tarvittaessa. (Turvallinen lääkehoito-opas 2006, 43–44.)

Turvallinen lääkehoito-opaan (2006) mukaan lääkehoitosuunnitelma sisältää lääkehoidon sisällön, prosessin ja toimintatapojen kuvauksen, henkilöstörakenteen ja tehtävien kuvaksen, lääkehoidon osaamisen arvioinnin, varmistamisen ja ylläpitämisen sekä myös

lääkehoidon toteuttamisen lupakäytännöt. Lääkehoitosuunnitelmassa on lisäksi lääkehuoltoa, potilaan ohjausta ja neuvontaa ja lääkehoidon dokumentointia sekä vaikuttavuuden arviointia koskevat kokonaisuudet. (Turvallinen lääkehoito-opas 2006, 43–44.)

3.2.2 Lääkityspoikkeama

Lääkityspoikkeama on lääkitysturvallisuuden kuuluva käsite, jossa lääkehoitoon liittyy sovitusta tai suunnitellusta poikkeava tapahtuma (Nurminen 2011, 116). Lääkityspoikkeama voi syntyä tekemisen tai tekemättä jättämisen seurauksena. Poikkeama toiminnan seurauksena voi syntyä esimerkiksi silloin, jos lääkkeen antoreitti on väärä, potilas saa väärän annoksen tai lääke annetaan väärään aikaan. Lääkkeen antamatta jättäminen aiheuttaa taas poikkeaman tekemättä jättämisen seurauksena. (Potilasturvallisuussanasto 2007, 9.) Myös läheltä piti – tilanne, eli tapahtuma, joka olisi realisoituessaan voinut aiheuttaa potilaalle haittaa, kuuluu poikkeamiin. Lääkityspoikkeaman taustalla voi olla mm. ongelmat tiedonkulussa, inhimillinen erehdys, kiire tai puutteelliset lääkehoitotiedot ja – taidot. (Nurminen 2011, 116.)

Lääkityspoikkeama voi johtaa lääkehoidon vaaratapahtuman syntymiseen. Lääkehoidon vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava lääkehoidon tapahtuma, josta voi olla haittaa potilaalle. Tällainen tapahtuma voi liittyä lääkkeen aiheuttamaan haittavaikutukseen, lääkkeen jakeluun, toimittamiseen, annosteluun, neuvontaan tai lääkkeen käyttöön ja seurantaan. (Potilasturvallisuussanasto 2007, 10.)

Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, HaiPro, on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenetelmä (HaiPro: Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2012). Vaaratapahtumasta ilmoittamisen tulee olla vaivatonta ja nopeaa. Lisäksi ilmoittaminen on täysin anonymia. Kertynyttä tietoa tulee käyttää oppimiseen ja siten estämään vastaavien poikkeamatilanteiden syntyminen. Pyrkimyksenä on myös yksikön toiminnan kehittäminen ja lääkehoidon turvallisuuden parantaminen. (Nurminen 2011, 117–118.)

Ammattihenkilölaki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa työnantajan luodessa edellytykset täydennyskoulutukseen osallistumiselle. Hoitohenkilökunnan lääkehoidon osaa-

mista testataan LOVE-tentillä viiden vuoden välein. Testi sisältää lääkehoidon teoriaa ja lääkelaskuja. Lääkehoitoon osallistuminen edellyttää testin suorittamista hyväksytysti. LOVE-tentin tarkoituksena on potilasturvallisen lääkehoidon toteuttaminen ja henkilöstön korkeatasoisen lääkehoidon osaamisen turvaaminen. (Luojuus 2012.) Testi mahdollistaa myös oman ammatillisen osaamisen ylläpitämisen (LOVe-Lääkeosaaminen verkossa).

3.2.3 Vanhusten hyvän lääkehoidon erityispiirteitä

Kivelän (2004) mukaan vanhusten hyvään lääkehoitoon kuuluu saumaton yhteistyö. Lääkäri määrää lääkkeen ja hoitohenkilökunta seuraa vanhuksen vointia ja oireita lääkehoidon aikana sekä raportoi havaituista oireista lääkärille, vanhukselle ja hänen omaisilleen. Vanhusten käyttäytymistä, oireita ja kognitiivisia toimintoja on tarkkailtava myös lääkkeiden mahdollisten haittavaikutusten vuoksi. Hoitohenkilökunnan onkin tunnettava yleisimmät lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset. (Kivelä 2004, 95–96.)

Viimeisten vuosikymmenten aikana on vanhusten käyttämien lääkkeiden määrä lisääntynyt. Tämä lisää päällekkäislääkityksen ja yhteisvaikutusten riskiä. Näiden riskien välttämiseksi tulee vanhuspotilaan lääkityksen tarve ja turvallisuus arvioida vähintään kerran vuodessa. (Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet 2007,1; Nyman 2009, 237.) Joskus myös tilapäisesti akuutin sairauden hoitoon määrätty lääke voi jäädä pysyväksi (Nyman 2009, 236). Etenkin annosjakelun ongelmaksi on koettu lääkityksen jatkuminen pidemmän aikaa kuin on tarpeellista. Ruotsissa vuonna 2012 tehdyn tutkimuksen mukaan annosjakelun piirissä olevien potilaiden lääkityksiin tehtiin vähemmän muutoksia kuin potilaiden, joiden lääkkeet oli määrätty tavallisilla resepteillä. (Sjöberg, Ohlsson & Wallerstedt 2012.)

3.3 Lääkkeiden koneellinen annosjakelu

Koneellinen annosjakelu on apteekkien tarjoama palvelu, jossa asiakkaalle toimitetaan tabletti- ja kapselimuotoiset lääkkeet annospusseihin pakattuina enintään kahdeksi viikoksi kerrallaan. Pusseihin on tulostettu tiedot potilaasta, sen sisältämistä lääkkeistä ja lääkkeen ottamisajankohdasta. (Nyman 2009, 236.) Annosjakelusta hyötyvät eniten

ikäntyneet, joilla on käytössä useita lääkevalmisteita ja joiden on omatoimisesti vaikea ottaa lääkkeet oikeaan aikaan, oikeina annoksina (Nyman 2009, 236; Saikkonen 2003, 18). Samalla asiakas saa ajan tasalla olevan lääkityskortin, jossa näkyy käytössä olevat lääkkeet ja niiden annostukset. Palvelu sisältää myös apteekin tekemän kokonaislääkityksen tarkastuksen, jossa selvitetään mahdolliset tarpeettomat ja päällekkäiset lääkitykset. Samalla varmistetaan, että käytettävät lääkkeet sopivat samanaikaisesti käytettäväksi. (Apteekkariliitto 2014.)

Annosjakeluasiakkaan lääkityksen tulee olla suhteellisen vakiintunutta. Annosjakeluun eivät sovellu tarvittaessa otettavat lääkkeet, eivätkä helposti kostuvat tai valoherkät tabletit. Myös Marevan® jää annostelun vaihtelun vuoksi usein pois jakelun piiristä. (Apteekkariliitto 2014.) Antibiootit eivät annosjakeluun sovellu kuurien lyhykestoisuuden, mutta eivät myöskään antibioottien allergisoivan luonteen takia. Esimerkiksi penisilliinistä irtoava pöly voisi levitä annosjakelukoneeseen ja sitä kautta penisilliinille allergisen henkilön lääkkeisiin. Annosjakelupussit tulee säilyttää suojassa auringonvalolta, sopivassa lämpötilassa ja kuivassa. Pusseja tulee säilyttää apteekista saadussa pahvikotelossa, koska pussit ovat läpinäkyviä ja lääkkeet siten valolle alttiina. (Palttala 2010, 7, 24, 26.) Annosjaetut lääkkeet tulee käyttää pusseista niihin merkittyinä päivinä, mitään erillistä kestoaikaa ei niillä ole. Haasteena on niiden säilyttäminen alkuperäispakkausten ulkopuolella. Enintään annosjakelupusseihin voidaan yhdellä kertaa pakata lääkkeitä 28 vuorokaudeksi. Näin toimitaan jos asiakas on lähdössä esim. lomalle. (Vainio 2014.)

3.3.1 Annosjakelu Suomessa

Vuodesta 2003 lähtien ovat avohoidon apteekit tarjonneet koneellista annosjakelupalvelua koko maan kattavasti. Suomessa on annosjakelun piirissä yli 30 000 kotihoidon ja palvelutalojen asiakasta. (Apteekkariliitto 2014.) Muissa Pohjoismaissa palvelu on suosituimpaa. Vuonna 2009 annosjakelun piirissä oli Ruotsissa 170 000 ja Tanskassa 42 000 potilasta. (Sinnemäki, Sihvo, Isojärvi, Blom, Airaksinen & Mäntylä 2013, 3015.) Annosjakelun kysyntä on lisääntynyt viime vuosina ikääntyneiden määrän lisääntymisen ja kunnallisten palvelujen resurssipulan vuoksi (Peura 2006, 100).

Lääkelakiin sisältyy koneellista annosjakelua koskeva säännös. Lääkelain 12 a §:n mukaan annosjakelu sairaala-apteekissa tai apteekissa on luvanvaraista. Lupaviranomainen

on Fimea. Avohuollon apteekkitoiminnan kehittämistarpeita pohtinut työryhmä ehdottaa, että koneellisen annosjakelupalveluyksikön perustaminen tulisi mahdollistaa muillekin toimijoille kuin apteekkeille ja sairaala-apteekkeille. Tällä hetkellä avohoidon palvelua potilaille tuottaa kaksi apteekkia tukenaan aputoimiyhtiöt PharmaService Oy, omistajina Suomen Apteekkariliitto ja Orion Oy sekä Tamro Oyj: n ja eräiden apteekkien omistama Pharmac Finland Oy. (Avohuollon apteekkitoiminnan kehittämistarpeet 2011.) Maaliskuusta 2013 lähtien on myös Yliopiston Apteekki tarjonnut annosjakelupalvelua. Yliopiston Apteekki pakkaa annosjaellut lääkkeet annosjakelupussin sijasta dosetin muotoiseen läpipainopakkaukseen. (Yliopiston Apteekki 2013.)

Annosjakelupalvelun korvaaminen on säädelty sairausvakuutuslaissa. Sairausvakuutuslain 5 luvun 10 §:n mukaan 75 vuotta täyttänyt vakuutettu on oikeutettu saamaan korvusta annosjakelupalkkiosta, mikäli hänellä on käytössään annosjakelun alkaessa vähintään kuusi sairausvakuutuslain perusteella korvattavaa, annosjakeluun soveltuvaa lääkettä. Lisäksi lääkitys tulee olla tarkastettu päällekkäisten, tarpeettomien ja keskenään sopimattomien lääkkeiden poistamiseksi. Korvauksen määrä on 35 prosenttia perittävästä palkkiosta. Jos palkkio on enemmän kuin 3,60 euroa viikossa, lasketaan korvaus kuitenkin enintään tuosta summasta. (Sairausvakuutuslaki 1224/2004.)

Apteekit hinnoittelevat annosjakelupalvelun itsenäisesti. Esimerkiksi Jämsän apteekki laskuttaa annosjakelupalvelusta 8,5 €/viikko. Palvelumaksusta mahdollisesti saatavan kelakorvauksen jälkeen omavastuuksi jää 7,24 €/viikko. (Jämsän apteekki 2014.) Kunnissa on ollut vaihtelevaa käytäntöä siitä, kuka maksaa apteekkien annosjakelupalkkiot, kunta vai asiakas (Eduskunnan oikeusasiamies: Tiedote 2013). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on ohjeistanut, että jos kotihoidon hoitosuunnitelmaan kuuluu lääkkeiden jako annostelijaan, vastaa kunta lisäkustannuksista ulkoistaessaan annosjakelun apteekkeille (Kuntien järjestämä lääkejaku 2013).

3.3.2 Lääkkeiden koneellisen annosjakelun vaikutuksia

Tammikuussa 2013 lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Finohta ja Helsingin yliopisto julkaisivat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen lääkkeiden koneellisen annosjakelun vaikutuksista lääkitysturvallisuuteen, lääkkeiden käyttöön ja kustannuksiin. Katsauksessa käytiin läpi lääketieteen tärkeimmät kansainväliset tietokannat vuo-

desta 1995 aina maaliskuuhun 2012. Kriteerit täyttäviä julkaisuja löytyi seitsemän. Pääasiassa tutkimukset oli tehty Ruotsissa ja Norjassa. Suomalaisista tietokannoista ei kriteerit täyttäviä tutkimuksia löytynyt. Katsauksen mukaan tutkimusnäyttö on vähäistä lääkkeiden koneellisen annosjakelun vaikuttavuudesta avoterveydenhuollossa. Näin ollen johtopäätösten teko palvelun toimivuudesta on hankalaa. (Sinnemäki ym. 2013, 3014–3018.)

Kirjallisuuskatsauksen yhteydessä ei tutkimuksista löytynyt tieteellisistä näyttöä annosjakelun mahdollisesta työaikahyödyistä. Kuntien päätösten oletetaan pohjautuvan niiden omiin julkaisemattomiin selvityksiin työajoista. Selvää ei myöskään ole, mihin mahdollisesti lääkkeiden koneellisen annosjakelun avulla säästynyt työaika käytetään. Käytetäänkö säästynyt aika potilaan toimintakyvyn tukemiseen vai palvelutarpeen lisääntyessä käynteihin uusien asiakkaiden luona. Myöskään annosjakelun kustannusvaikutuksia ei ole katsauksen mukaan tutkimuksin selvitetty. Katsauksen mukaan tärkeää on myös määrittää annosjakeluun liittyvä kustannus- ja järjestämisvastuu. Eli selvittää kotihoidon rooli annosjakelun järjestämisessä, määrittellä Kelan osuus palvelun kustannusten korvaamisesta potilaalle sekä määrittää palvelun hinta ja kuka sen maksaa. (Sinnemäki ym. 2013, 3017.)

Lääkkeiden koneellisen annosjakelun on todettu lisäävän lääkitysturvallisuutta lääkityspoikkeamien vähenemisen ja lääkehoidon kokonaisarvioinnin vuoksi (Peura 2006,100; Saikkonen 2003; 18; Apteekkariliitto 2014; Nyman 2009, 238; van den Bemt, Ibzinga, Robertz, Kormelink & Pels 2009). Toisaalta Sjöberg, Edward, Fastbom, Johnell, Landahl, Narbrok & Wallerstedt (2011) ovat tutkimuksessaan havainneet annosjakelun piirissä olleilla henkilöillä lääkehoidon laadun olleen merkittävästi huonompi kuin henkilöillä, jotka eivät annosjakelun piirissä olleet. Tutkimuksessa havaittiin mm. annosjakelun lisäävän käytettävien lääkkeiden määrää. Tutkimuksessa arveltiin yhden syyn tähän olevan reseptien uusimiskäytännöissä. Annosjakelussa olleet reseptit uusittiin kaikki aina yhdellä kertaa, kun muuten reseptit uusittiin yksitellen. Näin ollen voisi ajatella, että yksittäin uusittaviin resepteihin kiinnitettäisiin enemmän huomiota. Mitään tieteellistä näyttöä ei tämän oletuksen tueksi tosin ole.

Tutkittaessa sairaanhoitajien käsin jakamia lääkkeitä, on havaittu, että niistä lähes joka viidennessä lääkeannoksessa oli virhe (Barker, Flynn, Pepper, Bates & Mikael 2002). Annosjakelukone saattaa tehdä virheen lääkkeen jakelussa, mikäli lääkkeen putoamis-

nopeus jakelukanavassa muuttuu. Tällöin lääke voi tipahtaa väärään pussiin. Sallittu virhefrekvenssi on neljä virhettä 10 000 annospussia kohden eli 0,04 prosenttia. Kaikki annosjakelunauhat tarkastetaan vielä farmaseutin toimesta ennen eteenpäin lähettämistä. (Saikkonen 2003, 8.)

Lääkkeiden koneellisen annosjakelun tavoitteena on lääkekulujen vähentäminen. Säästöjä on katsottu syntyvän lääkehävikin pienentyessä, kun lääkkeitä ostetaan vain kahdeksi viikoksi kerrallaan. Lääkityksen muuttuessa lääkehävikki jää pieneksi. (Apteekkariliitto 2014; Saikkonen 2003, 19; Medicin på kredit och i påse 2001, 18.) Saikkosen (2003) 120 potilaalle tekemän tutkimuksen mukaan lääkkeen koneellinen annosjakelu toi säästöjä 53 prosentille tutkimukseen osallistuneista. Eniten säästöä tuli potilaille, joilla oli käytössä vähintään kuusi lääkettä. (Saikkonen 2003, 16.) Säästöä tulee myös kun lääkkeen koneellisessa annosjakelussa lääke jaetaan suurista pakkauksista, jotka ovat pieniä pakkauksia edullisempia ja useammin myös Kelan korvauksen piirissä. Näin ollen yksikköhinta tulee edullisemmaksi. (Apteekkariliitto 2014; Saikkonen 2003, 6.)

3.3.3 Rinnakkaisvalmiste

Rinnakkaisvalmiste on rinnakkainen lääkevalmiste alkuperäisvalmisteelle eli ensimmäisenä käyttöön tulleelle lääkevalmisteelle. Muutkin kuin alkuperäisen valmisteen kehittäjä voi tuoda markkinoille oman rinnakkaisvalmisteensa kun alkuperäislääkkeen patentti on rauennut. Rinnakkaisvalmisteen tulee täyttää samat laatuvaatimukset kuin alkuperäisvalmisteenkin. Rinnakkaisvalmiste voi poiketa väriltään, ulkonäöltään ja muodoltaan alkuperäisvalmisteesta. Myös eri rinnakkaisvalmisteet voivat olla erinäköisiä keskenään. (Rinnakkaislääkkeet.)

Yleensä rinnakkaisvalmisteet ovat alkuperäisvalmisteita edullisempia, mutta teholtaan kuitenkin samanlaisia. Rinnakkaisvalmisteet tuovat käyttäjilleen säästöjä varsinkin pitkällä aikavälillä. Rinnakkaisvalmisteiden mukanaan tuoma hintakilpailu saa usein myös alkuperäistuotteen hinnan laskuun. (Rinnakkaislääkkeet.)

3.3.4 Koneellisen annosjakelun toteuttaminen kotihoidossa

Kotihoidosta toimitetaan apteekkiin annosjakeluun siirtyvän kotihoidon asiakkaan allekirjoittama sopimus koneellisesta annosjakelusta ja lääkelista. Asiakkaan lääkitys ja lääkelista tarkastetaan apteekissa päällekkäisten, tarpeettomien ja yhteen sopimattomien lääkitysten poistamiseksi. Apteekki toimittaa kotihoitoon kommentoidun lääkekortin ja Salko – tulosteen. (Käytännön ohjeita Jämsänkosken kotihoidolle 2012.) Salko on Apteekkariliiton kokoama tietokanta lääkehoidon kokonaisuuksien hallitsemiseksi. Tietokannasta saa tietoa haittavaikutusriskien kertymisestä ja lääkeaineiden tärkeistä ominaisuuksista yksinkertaisessa taulukkomuodossa. (Uutta apua lääkityksen tarkastukseen 2012.) Näistä tulosteista lääkäri saa tietoa asiakkaan lääkityksestä. Sen jälkeen lääkäri tekee päätökset lääkityksestä. (Käytännön ohjeita Jämsänkosken kotihoidolle 2012.)

Lääkelehti toimii koneellisessa annosjakelussa olevien reseptien perustana. Tarkastettuun lääkitykseen, lääkäri tekee lääkelehdelle annosjakelu -merkinnän ja allekirjoittaa lääkelehden. Annosjakelu -merkintä osoittaa, että asiakkaan lääkitys on tarkastettu ennen annosjakelun alkamista ja että annosjakeluun on pitkäaikaisessa lääkehoidossa lääketieteelliset perusteet. Sen jälkeen lääkelehden jako-ohjelehti toimitetaan apteekkiin. Lääkelehdellä olevien tietojen perusteella apteekki tekee lääkkeitä puhelinreseptit vuodeksi. Asiakas allekirjoittaa myös sopimuksen henkilö- ja lääkitystietojen säilyttämisestä. Jos lääkityksessä tapahtuu muutoksia, on kotihoidon tai hoitavan lääkärin vastuulla toimittaa ajantasainen lääkelista ja uudet reseptit apteekkiin. (Käytännön ohjeita Jämsänkosken kotihoidolle 2012.)

Kotihoito toimittaa apteekkiin asiakkaalla kotona olevat lääkkeet ja mahdolliset dosetit. Lääkkeet jaetaan dosetteihin käsin kahden viikon jaksoissa ennen siirtymistä koneelliseen annosjakeluun. Apteekki tarkastaa lääkerullat ennen kuin kotihoito ne hakee tai apteekki toimittaa ne kotihoitoon. (Käytännön ohjeita Jämsänkosken kotihoidolle 2012.)

4 TOTEUTTAMINEN

4.1 Opinnäytetyömenetelmä

Draperin (2004) ja Öhmanin (2005) mukaan laadullisen tutkimuksen tavoite on ymmärtää tutkittavia ilmiöitä tutkimuksen osallistujien subjektiivisesta näkökulmasta. Laadullinen tutkimus ei kohdistukaan ensisijaisesti tutkittavan ilmiön määrään, vaan sen laatuun. Yksi laadullisen tutkimuksen keskeisimmistä piirteistä on induktiivisuus, jolla tarkoitetaan päättelyn etenemistä yksittäistapauksesta yleiseen. Päättely on aineistolähtöistä, jolloin yksittäisistä tapahtumista tehdyt havainnot yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Laadullista tutkimusta käytetään, kun tutkittavasta kohteesta on vain vähän tai ei ollenkaan tutkittua tietoa. (Kylmä & Juvakka 2012, 26–31.)

Selvitimme Jämsän kotihoidon hoitohenkilökunnan omakohtaisia kokemuksia koneellisesta annosjakelusta. Selvityksemme kohdistui ilmiön laatuun jolloin tutkimusmenetelmäksemme valikoitui laadullinen tutkimus ja aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu. Lupa haastatteluiden toteuttamiseen haettiin Jämsän kaupungin sosi- ja terveystoimen johtoryhmältä.

Toiveenamme oli saada neljä lääkkeiden koneellisen annosjakelun parissa toimivaa hoitajaa osallistumaan haastatteluihin. Työelämäyhdysenkilömme ehdotuksesta hän toimi yhdyshenkilönä eri yksiköiden esimiesten välillä ja sopi meille haastateltavat. Haastattelussa oli neljä osallistujaa, kolmesta eri kotihoitoyksiköstä.

4.2 Teemahaastattelu

Yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä laadullisessa tutkimuksessa ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Haastattelut jaetaan vielä lomakehaastatteluun, teemahaastatteluun ja syvähaastatteluun. Teemahaastattelu etenee keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja teemaan liittyvien tarkentavien kysymysten avulla. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 71–75.) Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa tutkittavaa ilmiötä lähestytään mahdollisimman avoimesti, joten suunnitelmaan ei liitetä yksityiskohtaista kysymysluettelo. Tarkkaan strukturoiduista kysymyksistä saa huo-

nosti aineistoa laadulliseen analyysiin. Öhman (2005) tuo esille tutkimuksen vuorovai-
kutusluonteen tärkeyden, sillä tutkimuksen osallistuja ja tekijä vaikuttavat toisiinsa.
(Kylmä & Juvakka 2012, 28, 64.)

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluiden avulla. Opinnäytetyössä
käytetyt teemat muodostuivat opinnäytetyön tekijöiden lukiessa aiheeseen liittyvää kir-
jallisuutta ja aiheesta tehtyjä tutkimuksia. Opinnäytetyön tekijät miettivät lääkkeiden
koneelliseen annosjakeluun liittyviä osa-alueita ja niihin sisältyviä toimintoja kotihoi-
don näkökulmasta. Näin muodostuivat käytetyt teemat apukysymyksineen.

Opinnäytetyön työelämäyhdyshenkilö sopi neljä haastattelua toivomallemme päivälle ja
haastattelut olivat osallistujien työaikana. Yksi sovitusta haastatteluista peruuntui, mut-
ta yhdessä haastattelutilanteessa oli kaksi osallistujaa. Yhden haastattelun kestoksi
olimme arvioineet noin yhden tunnin. Päivän aikataulussa tuli ottaa huomioon myös
siirtymiset eri kotihoidon yksiköiden välillä. Opinnäytetyön tekijät haastattelivat yhdes-
sä opinnäytetyön haastatteluihin osallistujia ja haastattelut nauhoitettiin. Haastattelut
tapahtuivat ennalta sovituisissa kotihoidon yksiköissä.

Haastatteluiden aluksi osallistujille kerrottiin työstä ja heille annettiin kirjallinen tiedote
(Liite 2) luettavaksi. Osallistujat allekirjoittivat myös suostumuksen (Liite 3) haastatte-
luun. He saivat myös haastattelun teemat (Liite 1) nähtäväkseen. Haastattelut kestivät
44 minuuttia, 45 minuuttia ja 81 minuuttia.

Haastattelut tapahtuivat kahdessa eri paikassa. Ensimmäinen haastattelu tapahtui yksi-
kön yleisissä tiloissa, johon kantautui ulkopuolisten puhetta, mutta haastattelun kulkua
se ei häirinnyt. Kaksi seuraavaa haastattelua tapahtuivat toisen yksikön ovin suljettavas-
sa oleskelutilassa. Haastattelut keskeytyivät kuulutuksen, tilasta tavaroita hakevan hen-
kilön ja osallistujalle tulleen puhelun vuoksi. Haastattelut jatkuivat kuitenkin normaalis-
ti häiriöistä huolimatta.

Kaikki haastattelutilanteet olivat luontevia ja osallistujat kokivat mielestämme aiheen
tärkeäksi. Haastattelut olivat keskustelutilanteita, jotka etenivät omaan tahtiinsa, kuiten-
kin kaikkia teemojen osa-alueita käsitellen. Osallistujat toivat hyvin esiin omat näkö-
kulmansa asioihin, joita he vielä syvensivät käytännön esimerkein. Haastatteluiden nau-
hoittaminen ei vaikuttanut osallistujien luontevuuteen, vaikka alkuun tieto nauhoittami-

sesta aiheutti pientä jännitystä. Haastatteluista saatu materiaali on ollut ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden saatavilla.

4.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Haastattelut tallennettiin nauhurille ja siirrettiin tietokoneelle omiksi tiedostoiksi. Nauhoitetut kolme haastattelua jaettiin opinnäytetyön tekijöiden kesken niin, että kummallakin tuli ajallisesti suunnilleen yhtä paljon kuunneltavaa. Tämän jälkeen nauhoitukset kuunneltiin ja litteroitiin. Litterointi tarkoittaa tallenteiden kirjoittamista tekstimuotoiseksi mahdollisimman sanatarkasti (Kananen 2010, 58). Litteroitua tekstiä saatiin aineistosta 38 sivua, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Aikaa litterointiin kului noin 15 tuntia.

Laadulliseen tutkimukseen keskeisesti liittyvä aineistolähtöinen sisällönanalyysi tarkoittaa, että kerätty aineisto puretaan osiin ja sisällöllisesti samanlaiset osat yhdistetään. Sen jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tutkimustehtäviin ja tarkoitukseen. Eli analyysin avulla tutkittavaa ilmiötä kuvataan pelkistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2012, 113.)

Opinnäytetyön tekijät lukivat aineistoa läpi useaan kertaan. Sitten he jakoivat tekstimuotoisen aineiston puoliksi koodausta varten. Koodaamisella tarkoitetaan tekstiin tehtyjä merkintöjä, joilla helpotetaan samaa aihepiiriä käsittelevien kohtien löytämistä tekstistä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Opinnäytetyön tekijät alleviivasivat aineistosta tutkimustehtävälle oleellisia pelkistettyjä ilmauksia ja kirjasivat niitä sen jälkeen erilliselle paperille. Sisällöllisesti samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin teemoittain luokiksi, jolloin syntyivät alaluokat. Luokiteltu aineisto tiivistyy yksittäisten tekijöiden sisältyessä yleisimpiin käsitteisiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Alaluokista tiivistyi yläluokkia, joista puolestaan muodostuivat pääluokat. Yleistäen voisi sanoa, että aineistolähtöisessä analyysissä yhden haastattelun kuvauksesta edetään yleisempään kuvaukseen. Luokittelu liitteenä (Liite 4).

5 TULOKSET

5.1 Annosjakelun aloitus

Opinnäytetyömme tulosten mukaan annosjakelun aloitus koettiin henkilökunnan keskuudessa pääosin toimivaksi, melkeinpä automaattiseksi. Apteekin rooli koettiin aloituksessa tärkeäksi.

Kyllähän se melko automaattisesti...

Apteekkia mä tästä kiittelen, et ne on tehny ison työn niin kun siinä alussa et se ei meillekkään tuota mitään suurempia ongelmia.

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että välttääkseen annosjakelupussien ja dosetin käsittelyä rinnakkain, annosjakelupussit aukaistiin ja siirrettiin dosettiin. Ongelmaksi taas koettiin tilanteet, joissa oli samanaikaisesti käytössä dosetti ja annosjakelupussi.

Osa menee dosetista ja osa menee pussista, niin siinä on jonkunlainen ongelma.

Me puretaan ne pussilääkkeet dosettiin.

5.2 Moniammatillinen yhteistyö

5.2.1 Yhteistyö apteekin kanssa

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni yhteistyön olevan toimivaa apteekin kanssa. Apteekkiin voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa ja heiltä saa tietoa annosjakelua koskevis-
sa asioissa. Hoitajien reseptien käsittely on vähentynyt e-reseptin myötä ja paperireseptien ollessa apteekissa säilytyksessä.

Apteekki on kyllä hyvä ja toimii erittäin hyvin.

Apteekki antaa meille paljon tietoa, tavallaan kouluttavat meitä kaikissa asioissa mitä tulee.

Enää ei tarte niiden reseptien kanssa pelata, kun menee niinkun suoraan e-reseptiin.

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että osa kotihoitoyksiköistä nouti itse annosjakelurullat ja osaan ne toimitettiin apteekin toimesta. Osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista ei olisi kokenut ongelmaksi noutaa itse annosjakelupusseja apteekista muun asioinnin yhteydessä, koska apteekissa asioitiin paljon muutenkin, annosjakelusta huolimatta.

Henkilökohtaisesti en näe siinä mitään ongelmaa, että me ne itse haettas, monesti ajetaan peräkanaa tän apteekin työntekijän kanssa.

Paljon me joudutaan kumminkin asioimaan apteekissa. Se varmaan oli alun perin tarkoitus, ettei niin paljon.

5.2.2 Yhteistyö lääkärin kanssa

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että lääkärin vaihtuvuus oli suurta. Tämä koettiin epäkohtana annosjakelun toimivuudelle. Lääkärille voi laittaa viestin, mutta aina ei ollut välttämättä selvää, kenelle viestin osoitti. Joskus viestit jäivät vaille vastausta. Kaikki lääkärit eivät halunneet edes ottaa kantaa annosjakeluun toimensa lyhytaikaisuuteen vedoten.

Lääkärit vaihtuu joka päivä, joka viikko.

Lääkäri sanoo, et mä oon tässä vaan viikon tai kaks, en mä puutu teidän annosjakeluihin.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan hoitajat eivät toisinaan voineet toimittaa apteekkiin lääkärin allekirjoittamaa lääkelehteä, koska he eivät allekirjoitusta onnistuneet saamaan. Allekirjoitettu lääkelehti olisi pitänyt toimittaa apteekkiin, koska se toimi annosjakelussa olevien reseptien perustana. Hoitajat kertoivatkin, että toisinaan annosjakelu alkoi ilman tuota allekirjoitettua lääkelehteä. Lääkelehdet eivät olleet aina myöskään ajan tasalla. Hoitajissa heräsi myös epäily, että olivatko kaikki lääkärit yleensäkin tietoisia annosjakelusta. Vastaan oli tullut myös kotihoitoa vähättelevää asennetta lääkärin taholta.

Asiakas on ollut varmaan nelisen viikkoa annosjakelussa, niin edelleenkään mä en oo saanut lääkäriltä allekirjoitettua lääkelehteä.

En osaa sanoa, tietääkö välttämättä tällä hetkellä kaikki lääkärit tästä annosjakelusta.

Vähän niinkun semmonen vähättely, kotihoitoo vähätellään.

5.3 Annosjakelupussien vienti asiakkaille ja niiden säilytys

Opinnäytetyömme tulosten mukaan annosjakelurullat säilytettiin kotihoidon toimistolla, kunnes ne vietiin asiakkaalle muun asioinnin yhteydessä. Tämä koettiin hyväksi tavaksi toimia. Lääkkeet säilytettiin pääsääntöisesti asiakkaiden kodeissa. Joissain yksiköissä oli käytössä lukolliset kaapit ja avaimet hoitajilla. Tapana oli merkitä kaapit, joissa lääkkeet säilytettiin, keltaisella aurinkotarralla. Tapa helpotti lääkkeiden löytämistä asiakkaan kotoa. Muutamien asiakkaiden lääkkeet olivat säilytyksessä toimistolla, koska ei ollut turvallista niitä kotona säilyttää.

Viedään kotiin silloin kun on jakopäivä, päivä ei ole sama kaikilla.

Suurimmalla osalla on kotona.

Kahden on toimistolla, ihan sen takia, et ne on niin muistisairaita, et ne särki tuon lääkekaapin.

5.4 Annosjakelupussien käsittely ja lääkehoidon toteuttaminen

Opinnäytetyömme tulosten mukaan annosjakelupussit aukesivat hyvin tietystä reunasta repäistäessä. Toisinaan avaamiseen tosin tarvittiin saksia. Annosjakelupussien käsittelyssä tuli olla varovainen, etteivät lääkkeet putoa lattialle, koska hukkaan menneen lääkkeen tilalle ei ole antaa uutta.

Täytyy olla itekin hyvin varovainen, kun ne aukaisee, ettei ne lennä siitä sitten.

Hankalaa, kun lääkkeen tippuessa ei ole mistä ottaa uuden.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan harvat asiakkaat kykenivät huolehtimaan, annosjakelusta huolimatta, omasta lääkityksestään itse. Usein hoitaja laittoi asiakkaan lääkkeet

pussista purkkeihin tai suoraan asiakkaan suuhun. Erityisesti keskustelua herätti Marevan®-lääkityksen toteuttaminen. Toisinaan se oli annosjakelussa, toisinaan se jaettiin purkista erikseen.

Meillä on aika paljon muistisairaita, eihän nää osaa pusseista.

Jollain menee Marevan®itkin annosjakelussa, jos on pitkään tasapainossa.

Me ollaan koettu helpommaksi, että me jaetaan ne erikseen dosettiin ja huolehditaan ne sieltä.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin koettiin vaikeutuneen annosjakelun myötä. Kun antoi lääkkeet annosjakelupussista, ei välttämättä tullut ajateltua lääkehoidon vaikuttavuutta samalla tavalla kuin jos itse ne olisi jakanut.

Vaikutuksia ei välttämättä ajattele kun sä pussista vaan annat, niin sitä ei sillai tuu...

Se on vähän niin kuin että niihin tuli nopeemmin reagoitua silloin kun niitä jako ihan viikottain.

5.5 Lääkkeiden tunnistaminen ja tarkastaminen

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että hoitajat kokivat lääkkeiden tunnistamisen ongelmalliseksi. Annosjakelussa oli käytössä rinnakkaisvalmisteita, jotka saattoivat vaihtua usein ja olivat ulkonäöltään toistensa kaltaisia. Tarvittaessa hoitajat selvittivät itse tietokoneohjelman avulla, mikä lääke oli kyseessä. He kokivat tämän aikaa vieväksi.

Just kun ne on rinnakkaisvalmisteita... Meillä ei välttämättä oo tietoa, minkä näköinen lääke se on.

Sellanen ohjelma, että me katotaan minkä näköinen, mutta sehän on hidasta, jos kaikki pitäisi katsoa.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan annosjakelurullat tarkastettiin kun ne tuli apteekista tai kun ne vietiin asiakkaalle, yksikön toimintatavoista riippuen. Rullissa olevia annosjakelupusseja ei tarkastettu jokaista erikseen, vaan tarkastus tapahtui pistokokeita teke-

mällä. Yksittäisten annospussien tarkastusta helpotti, kun pusseissa luki niiden sisältö ja pussi oli läpinäkyvä.

Mä teen lähinnä niinku pistareita, en kyllä tarkista kaikkia pusseja ihan sillee.

Siitä näkee lävitte montako siinä on ja minkä näkösiä.

5.6 Lääkemuutokset annosjakelupusseihin

Opinnäytetyömme tulosten mukaan lääkemutosten toteuttamisessa ilmeni kahdenlaista käytäntöä. Osassa yksiköistä hoitajat tekivät kiireelliset lääkemutokset rullaan itse, mikäli siinä oli vain vähän lääkkeitä jäljellä. Jos taas lääkkeitä oli paljon jäljellä, rullat toimitettiin apteekkiin muutoksien tekoa varten. Mikäli lääkemutokset eivät olleet kiireellisiä, muutokset laitettiin alkamaan seuraavasta toimitettavasta rullasta. Osassa yksiköistä muutokset tehtiin itse heti.

Lääkemutokset ei oikeestaan vaikeuta, kyllä ne tulee siinä samalla.

Kyllä me pussi aukastaan ja puolitetaan, eikä ajatella, että se voi mennä seuraavasta.

Jos ei oo ihan pakko alottaa just, niin siirretään se siihen seuraavaan rullaan.

Aika harvoinhan ne on sillee, että ne täytyy tehdä just nyt.

5.7 Lääkehoidon kirjaaminen, tiedonkulku ja vastuunjako

Opinnäytetyömme tulosten mukaan kirjaamiskäytäntöihin ei suuria muutoksia annosjakelun myötä tullut. Kirjattiin, että annosjakelurulla viety asiakkaalle tai lääkkeet annettu. Toisaalta enää ei tarvinnut kirjata lääkkeenjakoja tai apteekista haettavaksi tarkoitettuja lääkkeitä. Myös kaikki normaalista poikkeavat tapahtumat kirjattiin.

Me kirjataan nää lääkkeiden annot ja jos on ollut jotain virheitä.

Kirjataan, että nyt on annosjakelupussit viety ja jaettu dosettiin vaikka Marevan®it.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan tiedonkulku koettiin tärkeäksi. Hoitajat kokivat tiedon myös kulkevan. Apuna muistuttamassa käytettiin irtolappuja ja selkeitä ohjeita lääkekaapissa. Asioista voitiin tiedottaa myös aamupalaverissa.

Just näissä lääkeasioissa kauhean tarkkana oltava, että tieto kulkee.

Tieto kulkee mun mielestä ihan hyvin.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan hoitajat kokivat, että vastuu lääkehoidosta oli jakautunut. Enää lääkehoidosta eivät olleet vastuussa vain tietyt henkilöt. Osa hoitajista katsoi e-reseptin helpottaneen työtään. Hoitajien mukaan annosjakelupussien tarkastamista helpotti ohjeistus siitä, että heidän tuli luottaa annosjakelupussien lääkkeiden olevan oikein jaettu. Hoitajat kokivat toimivansa resursseilla, jotka oli määritelty sellaisten henkilöiden taholta, joilla ei ole kokemuksia kotihoidon nykypäivän vaativuudesta.

Meillehän on sanottu silloin, kun tämä annosjakelu tuli, että meidän täytyy uskoa ja luottaa siihen, että ne on oikein jaettu.

Mä kutsuisin sitä melkein vastuunsiirroksi, koska meille on sanottu, että meidän täytyy luottaa, kun ne on robotti jakanut ja joku farmaseutti tarkastanut, että ne on oikein.

5.8 Lääkityspoikkeamat

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että hoitajilla oli erilaiset näkemykset annosjakelupussien virheettömyydestä. Osa oli sitä mieltä, että poikkeamia ei ollut, toiset taas kokivat, että niitä oli. Hoitajien mukaan poikkeamia esiintyi inhimillisten virheiden vuoksi. He olivat myös havainneet lääkepoikkeamien yhdeksi syyksi kotiutustilanteen yhteydessä esiintyneet puutteelliset lääkelehdet. Asiaan olikin puututtu kirjaamalla erilliselle lomakkeelle havaitut epäkohdat.

Kello kahdeksan pusseja olikin kaksi... Se toinen pussi jäi antamatta.

Ei varmaan sillai, että olis ollu ihan vääriä lääkkeitä, mutta joku muutos on saattanut, että ei ookaan joku viesti menny perille, että sieltä niinkun puuttu joku.

Kotiutuksen yhteydessä rupes olemaan niin hankalaa se työnteko, ku ei yhtään tiedä mitä lääkkeitä syötetään.

5.9 Hoitajan oma lääkehoidon osaaminen

Opinnäytetyömme tulosten mukaan hoitajat tunsivat oman lääkehoidon osaamisensa heikentyneen. Myös lääkkeiden jakotaidon ylläpito koettiin haastavaksi, kun lääkkeitä ei enää jaeta niin usein. Todettiin myös, että lääkehoidon osaamisen ylläpito jää suurelta osin hoitajan omalle vastuulle.

Lääkätatsi on kärsinyt ihan hirveesti.

Kyllä se on niinku omasta aktiivisuudesta kiinni.

Alkuun varsinkin oli vähän semmonen ohkanen olo, kun anto vaan siitä pussista.

5.10 Hoitajien näkemyksiä annosjakelun vaikutuksesta asiakkaalle

Opinnäytetyömme tulosten mukaan hoitajat kokivat välittömän asiakastyön lisääntyneen annosjakelun vaikutuksesta. Annosjakelu koettiin myös hygieeniseksi ja kotiin kertyvien lääkkeiden määrän vähentyneen annosjakelun myötä. Hoitajat myös kokivat asiakkaalle koituvan säästöjä, koska asiakas maksaa vain käyttämistään lääkkeistä. Säästöä tulee hoitajien näkemysten mukaan myös annosjakelussa käytössä olevien edullisempien lääkkeiden vuoksi.

Sehän tässä taka-ajatuksena onkin, että välitön asiakastyö lisääntyy.

Asiakas maksaa vaan siitä mitä se syö.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan hoitajien mielestä suurin syy, miksi asiakas ei halunnut liittyä annosjakelun piiriin, oli sen kalleus. Myös ajankohdan määrittäminen, milloin annosjakelu laitetaan tauolle esim. asiakkaan sairaalassa olon vuoksi, oli hoitajien mielestä vaikea määrittää.

Se on kallista.

Ei koskaan tiedä, kuinka pitkään asiakas on sairaalassa, missä vaiheessa tautot-
taa, ettei turhaan sitten asiakas maksa lääkkeitä.

5.11 Hoitajien näkemyksiä annosjakelun parissa työskentelystä

Opinnäytetyömme tulosten perusteella havaittiin hoitajien suhtautuvan eri tavalla an-
nosjakelun parissa työskentelyyn. Osa hoitajista katsoi, että annosjakelua tulisi lisätä,
koska se selkeyttää toimintaa ja jakaa vastuuta. Osa taas katsoi, että lääkkeiden jako
dosetteihin olisi selkeämpää. Yhtenä näkökulmana tuli myös esille, että nykyisillä hen-
kilökuntamitoituksilla eivät hoitajat ehtisi lääkkeitä virheettömästi jakamaan.

Mä laittaisin nyt paljon enemmänkin näitä oikein vähän niinkun innolla, se
selkeyttää tätä ja nyt tää vastuu on vähän enemmän jakautunut.

Kyllä mä pikkasen vielä ite olen sitä mieltä, että se dosettijakaminen sitten
kuitenkin olis selkeempää.

Tällä henkilökuntamitoituksella niitä lääkkeenjakoja ei ihan oikeesti pys-
tyis tekemään tai niissä olis paljon virheitä.

6 POHDINTA

6.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme taustalla oli Jämsän kotihoidon tarve selvittää hoitohenkilöstön näkemyksiä lääkkeiden koneellisen annosjakelun toimivuudesta ja lääketurvallisuuden toteutumisesta annosjakelussa. Koimme aiheen ajankohtaiseksi ja kiinnostavaksi, koska kotihoidon asiakkaiden määrä tulee kasvamaan ja siten myös lääkkeiden koneellisen annosjakelun piirissä olevien potentiaalisten asiakkaiden määrä lisääntyy.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan lääkkeiden koneellisen annosjakelun aloitus oli toimivaa apteekin tekemän suuren työmäärän vuoksi. Apteekki mm. vastaanotti asiakkaan kotona jäljellä olevat lääkkeet ja jakoi ne dosetteihin kunnes lääkkeet loppuivat ja siirtyivät annosjakeluun. Apteekki teki myös salkon, joka lisäsi lääketurvallisuutta näyttämällä interaktiot ja muita lääkityksessä ilmeneviä epäkohtia. Opinnäytetyömme tulosten mukaan hoitajat kokivat annosjakelun aloituksen suurimmaksi ongelmaksi pussien ja dosettien samanaikaisen käytön, jolloin myös mahdollisten lääkepoikkeamien riski kasvoi. He kokivat sen myös sekavaksi ja hankalaksi. Myös Björkholmin (2010, 33) tutkimuksen mukaan annosjakelun aloituksessa esiintyvät käynnistämisen hankaluudet heikensivät toimivuutta.

Opinnäytetyömme tuloksissa todettiin annosjakelupussien avaamisen olevan hankalaa. Pussit saattoivat revetä ja tabletit pudota lattialle, eikä pudonneiden lääkkeiden tilalle ollut antaa uutta. Samanlaisiin tuloksiin selvityksissään päätyi myös Björkholm (2010, 34, 50) sekä Lönnqvist ja Valli (2009, 54.)

Opinnäytetyömme tulosten mukaan hoitajat kokivat lääkkeiden tunnistamisen haastavaksi. Annosjakelussa käytettävät rinnakkaisvalmisteet muuttuivat usein, eikä niiden ulkonäöstä voinut päätellä, mikä lääke oli kyseessä. Tunnistusohjelman käytön he kokivat aikaa vieväksi. Lääkkeiden huonon tunnistettavuuden vuoksi hoitajat kokivat lääkeshoidon vaikuttavuuden seurannan vaikeutuneen. Samoihin tuloksiin oli päätyneet myös Björkholm (2010, 50) tutkimuksessaan. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni myös, että oli hoitajan omasta aktiivisuudesta kiinni, miten omaa lääkeshoidon osaamistaan ylläpitää ja kehittää. Haastatteluissa tulikin esille idea liittää annospussien mukaan kuva jokaisesta

pussin sisältämästä lääkkeestä. Tämä idea olisi yksinkertaisempi ja edullisempi kuin hankkia jokaiselle hoitajalle erillinen älypuhelin, jossa olisi lääkkeen tunnistusohjelma. Kuvan lisäksi mukaan voisi liittää lääkevalmisteen kuvauksen, kuten väri, koko, muoto tai muut ulkoiset tunnistet.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan yksiköiden toimintatavat lääkemuutosten tekemiseksi erosivat toisistaan. Toisissa yksiköissä kaikki muutokset tehtiin heti sillä perusteella, että hoitajat olivat itse olleet aktiivisia lääkemuutosten esittämisessä. Näissä yksiköissä muutokset tehtiin itse, eikä sitä pidetty työläänä. Toisissa yksiköissä taas koettiin, että muutoksia tarvitsi harvoin tehdä heti, vaan ne aloitettiin seuraavan rullan alusta. Mikäli lääkemuutos tuli tehdä heti, rullat vietiin apteekkiin muutosten tekemistä varten. Muutokset koettiin hankalina ja työläinä, vaikka niitä ei itse tehty. Tutkimuksissaan myös Björkholm (2010, 40) ja Viikilä (2009, 34) ovat todenneet lääkemuutosten tekemisen olevan työlästä ja haittaavan annosjakelun toimivuutta.

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että eri yksiköistä olleiden haastateltavien näkemykset annosjakelun toimivuudesta erosivat toisistaan. Toiset kokivat annosjakelun toimivammaksi kuin toiset. Osa hoitajista halusi mm. lisätä lääkkeiden koneellisen annosjakelun piiriin kuuluvien asiakkaiden määrää, kun taas osa halusi palata takaisin lääkkeiden jakamiseen käsin. Opinnäytetyön tekijät ehdottavatkin yksiköiden välisen yhteistyön tiivistämistä, jotta syntyisi keskustelua näkemuserojen syistä. Hoitajat, annosjakelun toimivaksi kokevista yksiköistä, voisivat kertoa omista toimintatavoistaan ja siten mahdollisesti parantaa muidenkin yksiköiden toimivuutta. Tällaiset tapaamiset, joihin myös suorittava porras osallistuisi, voisivat toimia myös vertaistukena kotihoidon työn ollessa kovin itsenäistä.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan kaikki hoitajat olivat yksimielisiä siitä, että yhteistyö apteekin kanssa oli toimivaa. Yhteistyötä apteekin kanssa toimivaksi kuvasivat myös tutkimuksissaan Lönnqvist ja Valli (2013, 53) ja Björkholm (2010, 55). Hoitajat kertoivat myös luottavansa apteekin ammattitaitoon ja osaamiseen. Opinnäytetyömme tulosten mukaan hoitajat asioivat apteekissa kuitenkin paljon, annosjakelusta huolimatta. Apteekista haetaan annosjakeluasiakkaille mm. kuurilääkkeitä ja apteekkiin viedään annosjakelurullat korjattaviksi, mikäli lääkitykseen oli tullut muutoksia. Tutkimuksissaan Lönnqvist ja Valli (2013, 54) olivat saaneet päinvastaisia tuloksia. Heidän tutkimuksensa mukaan annosjakelu oli vähentänyt hoitajien apteekkikäyntejä.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan suurin uhka annosjakelun toimivuudelle oli lääkäreiden suuri vaihtuvuus. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että lääkäreiden vaihtuvuus uhkasi jopa lääketurvallisuutta. Hoitajat kokivat, että lääkelehdet eivät olleet ajan tasalla. Annosjakelu jouduttiin myös joskus aloittamaan ilman lääkärin allekirjoittamaa lääkelehteä, kun allekirjoitusta ei ollut saatu pyynnöistä huolimatta. Allekirjoitettu lääkelehti toimi annosjakelussa olevien reseptien perustana ja oli siksi tärkeä. Olsson, Bergman, Carlsten, Okè, Bernsten, Schmidt & Fastbom (2010) ovatkin, tutkittuaan Jönköpingin hoitokotien ja dementiapotilaiden erikoishoitoyksiköiden potilaita, todenneet, että lääkkeitä määränneiden lääkäreiden kasvava määrä lisää epätarkoituksenmukaisen lääkehoidon riskiä. Näin ollen hoitajien huoli lääkitysturvallisuuden toteutumisesta ei ollut turhaa. Ratkaisuna ongelmiin olisi kotihoidon oma lääkäri, joka olisi kunnolla perehtynyt annosjakeluun ja kotihoidon tarpeisiin.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan lääkityspoikkeamia syntyi pääasiassa inhimillisten virheiden johdosta. Lääkkeet oli annettu esimerkiksi väärään aikaan tai osa lääkkeitä jäi antamatta. Annosjakelupusseissa olevat mahdolliset jakovirheet jakoivat mielipiteitä. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että jakovirheitä oli, kun taas osa piti annosjakelupusseja virheetöminä. Eräät hoitajista arvelivat annosjakelupussien mahdollisten jakovirheiden syyksi katkosta tiedonkulussa. Näin ollen lääkityspoikkeama saattoi syntyä, kun tieto lääkemuutoksesta ei mennyt perille annosjakeluyksikköön.

6.2 Luotettavuus

Tieteellisillä tutkimuksilla pyritään tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkimuksen kohteesta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on kehitetty yleiset luotettavuuskriteerit. Kriteereinä voidaan käyttää uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja saatujen tulosten uskottavuutta. Tutkijan on varmistuttava, että saadut tulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Uskottavuutta vahvistetaan mm. pitämällä tutkimuksen tekemisen vaiheista päiväkirjaa, jossa tutkimusprosessia käydään läpi ja perustellaan valintoja. Muita vaihtoehtoja ovat keskusteleminen toisten samaa aihetta tutkivien henkilöiden kanssa tai että tutkija on riittävän kauan tekemisissä tutkimuksensa kohteen kanssa.

(Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyön tekijät ovat työskennelleet tutkittavan aiheen ja teemahaastatteluun saadun tutkimusaineiston parissa useita kuukausia. Tuona aikana he ovat lukeneet tutkimuksen kohteesta kirjoitettua kirjallisuutta sekä aihetta käsitteleviä aikaisempia tutkimuksia. Opinnäytetyön tekijät ovat pyrkineet käyttämään vuoden 2002 jälkeen julkaistuja luotettavia lähteitä. Teemahaastatteluun saatuja tutkimustuloksia on peilattu samaa aihetta käsitteleviin aikaisempiin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin.

Vahvistettavuus tarkoittaa tutkimusprosessin kirjaamista niin, että muut tutkijat voivat prosessin kulkua seurata (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyössä on kuvattuna tämän tutkimuksen vaiheita ja tutkimuksen prosessin etenemistä. Näin ollen tutkimuksen kulku on kaikkien nähtävissä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa siirrettävyydellä tarkoitetaan saatujen tutkimustulosten yleistettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Työssä on kuvattu miten haastattelut ovat tähän opinnäytetyöhön valikoituneet ja kerrottu myös yksityiskohtaisesti haastattelutilanteesta ja saadun materiaalin analysoinnista.

Refleksiivisyys edellyttää tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimusta tehdessään. Eli tutkijan on tiedostettava kuinka hän vaikuttaa omaan tutkimukseensa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön tekijät olivat täysin ulkopuolisia tutkittavaan kohteeseen nähden eli he eivät työskennelleet tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä. Näin ollen opinnäytetyön tekijät käsitelivät tutkimusainesta ja siitä saatuja tuloksia täysin objektiivisesti.

6.3 Eettisyys

Tutkimuksen aiheen tulee olla oikeutettu ja perusteltu. Pelkkä uteliaisuus aihetta kohtaan ei riitä. Myös tutkimusmenetelmien tulee olla eettisesti oikeutettuja. Selvittää tulee myös saadaanko haluttu tieto valituilla menetelmillä. Tutkimukseen osallistujilta tulee saada kirjallinen, tietoon perustuva suostumus. Osallistujia tulee myös informoida miten nimettömyys, luottamuksellisuus ja yksityisyys toteutuvat tutkimuksessa. Tutkimusaineiston puhtaaksikirjoituksissa tai muistiinpanoissa ei tule mainita haastatteluun osallistuneiden nimiä. Tutkimukseen osallistujan tulee tietää tutkimuksen tekijät, jotta osallistuja voi tarvittaessa kysyä tutkimukseen liittyviä kysymyksiä. Samoin tulee selvittää

perusteet, millä osallistujat ovat tutkimukseen valittu. Tutkimukseen osallistujalle tulee myös selvittää hänen oikeutensa vetäytyä milloin tahansa tutkimuksesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 144, 146, 147, 149, 150,151.)

Opinnäytetyön tutkimusosa on toteutettu teemahaastattelemalla Jämsän kotihoidossa lääkkeiden koneellisen annosjakelun parissa työskenteleviä hoitajia. Ennen haastattelun alkua opinnäytetyön tekijät antoivat hoitajille luettavaksi tiedotteen, jossa kerrottiin opinnäytetyöhön osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista ja että osallistumisen saattoi keskeyttää milloin tahansa. Tiedotteessa oli myös opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot, mikäli teemahaastatteluun osallistujat halusivat tutkimuksesta lisätietoja. Tiedotteessa kerrottiin myös opinnäytetyöllemme myönnetystä tutkimusluvasta. Teemahaastatteluun osallistuneille hoitajille selvitettiin, että opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, eikä yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Haastatteluihin osallistujat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta. Teemahaastattelut nauhoitettiin. Haastattelut tallennettiin opinnäytetyön tekijöiden tietokantoihin nimillä haastattelu I, haastattelu II ja haastattelu III. Osallistujien nimiä ei käytetty. Nauhoitteet ja niistä kirjoitetut tekstit on säilytetty huolella ja ne ovat olleet vain opinnäytetyön tekijöiden kuunneltavissa ja luettavissa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen ne hävitetään.

Opinnäytetyön tulosten esittämisessä on käytetty haastateltavien alkuperäisiä ilmauksia. Näin on pyritty korostamaan opinnäytetyön tulosten raportoinnin rehellisyyttä. Tekijänoikeuksia opinnäytetyön tekijät ovat kunnioittaneet merkitsemällä lähdeviittaukset tekstiin jokaisen lainatun kappaleen jälkeen. Lähteinä käytetyt teokset on myös luetteloitu työn lopussa olevaan lähdeluetteloon.

6.4 Jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa tietoa koneellisen annosjakelun toimivuudesta Jämsän kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta sekä lääketurvallisuuden toteutumista annosjakelussa. Opinnäytetyön tekijät katsovat onnistuneensa tuottamaan tietoa asioista, jotka henkilökunta kokee toimiviksi tai missä voisi olla kehitettävää. Opinnäytetyön tekijät esittivät myös kehittämisideoita annosjakelun toimivuuden parantamiseksi.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni lääkemuutosten tekemisen heikentävän lääkkeiden koneellisen annosjakelun toimivuutta. Jatkotutkimuksia ajatellen, olisi mielenkiintoista tutkia, kuinka usein lääkemuutoksia todella lääkkeiden koneellisen annosjakelun asiakkaille tulee. Lääkemuutosten määrää voisi myös verrata lääkkeiden koneellisen annosjakelun ulkopuolella olevien kotihoidon asiakkaiden lääkemuutosten määrään. Sjöberg ym. (2012) ovat tutkimuksessaan todenneet lääkkeiden koneellisen annosjakelun vähentävän lääkemuutosten määrää. Olisi hyödyllistä, jos asiaa tutkittaisiin myös Suomessa.

LÄHTEET

Apteekkariliitto. 2014. Apteekkien annosjakelupalvelu. Luettu 21.1.2014.
<http://www.apteekkariliitto.fi/asiakkaille/annosjakelupalvelu.html>

Avohuollon apteekkitoiminnan kehittämistarpeet. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Luettu 12.1.2014.
<http://urn.fi/urn:isBn:978-952-00-3152-7>

Barker, K., Flynn, E., Pepper., G., Bates, D. & Mikael, R. 2002. Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern Med.* 2002;162(16):1897-1903.

van den Bemt, PM., Ibinga, JC., Robertz, H., Kormelink, DG. & Pels, N. 2009. Medication administration errors in nursing homes using an automated medication dispensing system. *J Am Med Inform Assoc.* 2009 Jul-Aug; 16(4): 486–492.

Björkholm, K. 2010. ANJA-lääkejakelu työntekijöiden kokemana Vaasassa. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Vaasan ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK-tutkinto.

Eduskunnan oikeusasiamies: Tiedote 2013. Luettu 12.1.2014.
<http://www.oikeusasiamies.fi/Resource.phx/pubman/templates/2.htx?id=967>

HaiPro: Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. THL 2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haipro

Ikonen E-R. & Julkunen S. 2007. Kehittyvä kotihoito. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Jämsän apteekki. 2014. Tervetuloa Jämsän apteekin lääkehoidon tukipalvelun asiakkaaksi. Luettu 5.4.2014.
<http://www.jamsanapteekki.fi/laakehoidon-tukipalvelu.php>

Jämsän kaupunki. 2013. Luettu 21.9.2013.
<http://www.jamsa.fi/en/sosiaali-ja-terveys/vanhuspalvelut/kotihoidon-yksikot>

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kivelä, S.-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kotihoidon laskenta. 2013. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Luettu 14.1.2014
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110191/Tr17_13.pdf?sequence=4

Kotipalvelut. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö Luettu 21.9.2013.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Kuntien järjestämä lääkejakelu. 2013. Kuntainfo 6/2013. Sosiaali- ja terveysministeriö.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/-/view/1864866>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käytännön ohjeita Jämsänkosken kotihoidolle. 2012. Jämsänkosken apteekki. Hallin apteekki. 11.12.2012.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559

LOVe-Lääkeosaaminen verkossa. Luettu 3.1.2014.

<http://www.laakeosaaminen.fi/>

Luojaus, K. 2012. Terveysturvan ammattilaisten ammattipätevyys osoittamien lääketurvallisuuden näkökulmasta. 25.9.2012. Luettu 3.1.2014.

Läkelaki 10.4.1987/395

Lääke- ja lääkitysturvallisuus. Kliinisen Farmasian Seura ry. Luettu 17.12.2013.

<http://www.kliinisenfarmasianseura.fi>

Lönnqvist, H. & Valli, A.-M. 2013. Hoitohenkilökunnan kokemuksia koneellisen annosjakelun käytöstä ja lääketurvallisuuden toteutumisesta palveluasumisen yksikössä. Hoitotyön koulutusohjelma. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Medicin på kredit och i påse 2001. Apotekets delbetalningssystem och dosdispenseringsverksamhet. Riksförsäkringsverket. Anser 2001:6.

Nurminen, M.-L. 2011. Lääkehoito. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro oy.

Nyman, J. 2009. Apteekin annosjakelu kotihoidon lääkejakelussa. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A.-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito 2009. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Olsson, J., Bergman, A., Carlsten, A., Okè, T., Bernsten, C., Schmidt, IK. & Fastbom, J. 2010. Quality of drug prescribing in elderly people in nursing homes and special care units for dementia: a cross-sectional computerized pharmacy register analysis. Clin Drug Investig. 2010;30(5):289-300.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20384385>

Palttala, I. 2010. Tablettien soveltuvuus koneelliseen annosjakeluun. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Pro gradu- tutkielma.

Palveluopas 2012. Jämsä – Kuhmoinen Sote-yhteistoiminta-alue.

Peura, S. 2006. Koneellinen annosjakelu parantaa lääketurvallisuutta. Teoksessa Turvallinen lääkehoito-opas 2006. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki: Yliopistopaino.

Potilasturvallisuussanasto 2007. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 19.12.2007. Luettu 27.12.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus

Rinnakkaislääkkeet. Fimea. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus.
http://www.fimea.fi/usein_kysytyt_kysymykset/rinnakkaislaakkeet

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu] Luettu 30.1.2014.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_2.html

Saikkonen, E.-L. 2003. Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 29/2003. Luettu 13.1.2014.
<http://hdl.handle.net/10250/3433>

Sairausvakuutuslaki 21.12.1224/2004.

Sinnemäki, J., Sihvo, S., Isojärvi, J., Blom, M., Airaksinen, M. & Mäntylä, A. Lääkkeiden koneellisen annosjakelun kehittämistarpeet avoterveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti 46/2013, 3014-3018a.

Sjöberg, C., Edward, C., Fastbom, J., Johnell, K., Landahl, S., Narbro, K. & Wallerstedt, S. 2011. Association between multi-dose drug dispensing and quality of drug treatment. Luettu 30.1.2014.
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0026574>

Sjöberg, C., Ohlsson, H. & Wallerstedt, SM. 2012. Association between multidose drug dispensing and drug treatment changes. Luettu 30.1.2014.
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0026574>

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Iäkkäiden laitoshoidtoa vähennetään useilla erilaisilla toimenpiteillä. Tiedote 34/2014. Luettu 11.3.2014.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1875929#fi>

Terveysturvalaki 30.12.2010/1326

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

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

Uutta apua lääkityksen tarkistukseen. 2012. Apteekkari.fi. 4.4.2012. Luettu 17.3.2014.
<http://www.apteekkari.fi/uutiset/yksittainen-artikkeli/uutta-apua-laakitysten-tarkistukseen.html>

Vainio, M. Asiakkuuspäällikkö 2014. Anja annosjakelu. Sähköpostiviesti. marjo.vainio@apteekit.net. Tulostettu 28.1.2014.

Valvira 2012. Kotipalvelut ja kotihoito kunnissa. Luettu 10.1.2013
<http://www.valvira.fi/files/esitteet/Kotipalvelut.pdf>

Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet 2007. Kuntainfo 6/2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaistu 8.6.2007. Luettu 5.1.2014.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1236539>

Viikilä, J. 2009. Työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Yliopiston Apteekki. 2013. Uudenlainen lääkkeiden annosjakelun alkaa Suomessa. 07.3.2013. Luettu 5.4.2014.

http://www.yliopistonapteekki.fi/fi/yritystiedot/media/tiedotteetjauutiset/Pages/Uudenlainen_1%C3%A4%C3%A4kkeiden_annosjakelu_alkaa_Suomessa.aspx

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Lääkkeiden koneellisen annosjakelun toimivuus ja turvallisuus päivittäisessä hoitotyössä

Annosjakeluasiakkuuden aloitus

- hoitajan tehtävät, sopimukset, lääkitys

Reseptien käsittely

- reseptien uusinta, uudet reseptit

Yhteistyö apteekin kanssa

- lääkemuutosten ilmoittaminen apteekkiin

Asiointi apteekissa

- lääkkeen tilaus annosjakeluun tai muu asiointi

Lääkkeiden säilytys

- annosjakelupussit ja muut lääkkeet

Annosjakelupussien vienti asiakkaalle

- lääkkeiden anto ja tunnistaminen

Annosjakelupussien tarkistus ja mahdolliset lääkemuutokset

- lääkelisäys, lääkkeen poisto, lääkkeen tunnistus

Lääkelehden pitäminen ajan tasalla

- lääkitystietojen selvittäminen, lääkemuutoksista tiedottaminen

Moniammatillinen yhteistyö lääkehoidossa

- lääkärin/apteekkihenkilökunnan konsultointi

Lääkehoidon kirjaaminen

Asiakkaan ohjaus lääkehoidossa

- opastaminen annospussien käytössä, opastaminen muiden lääkkeiden käytössä

Lääkehoidon toimivuus

- lääkkeen sopivuus, oireiden arviointi, voinnin seuranta, kirjaaminen

Lääkehoitoa koskeva tiedonkulku

- tiedonkulku hoitajien kesken

Lääkehoidon keskeiset roolit ja vastuunjako

- annosjakelun käyttöön liittyvät roolit ja vastuunjako

Annosjakelun vaikutukset lääketurvallisuuteen

- moniammatillisen yhteistyön toimivuus, toimintatapojen arviointi

Lääkepoikkeamat

- lääkepoikkeamailmoitus

Lääkehoidon osaaminen

- hoitajan oma lääkehoidon osaaminen, jatkokoulutuksen tarve

TIEDOTE

27.11.2013

Hyvä haastateltavamme!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta Jämsän kotihoidossa.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Jämsän SoTe-johtoryhmä on myöntänyt luvan opinnäytetyön tekemiseen.

Opinnäytetyö toteutetaan teemahaastattelemalla 4-5 hoitajaa. Aikaa haastatteluun on varattu noin yksi tunti haastateltavaa kohti. Haastattelut nauhoitetaan.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijät

Mia Salmela
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
mia.salmela@health.tamk.fi

Minna-Liisa Heinonen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
minna-liisa.heinonen@health.tamk.fi

Liite 3. Suostumuslomake

SUOSTUMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tutkia **hoitohenkilökunnan näkemyksiä lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta Jämsän kotihoidossa** sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että suostuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus ja nimen selvennys

Suostumuksen vastaanottajat:

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus ja nimen selvennys

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus ja nimen selvennys

Liite 4. Sisällönanalyysitaulukko

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetyt ilmaukset
Annosjakelun aloitus	Aloitus toimivaa	-Aloitus automaattista -Annosjakelun aloitus koetaan toimivaksi	- Kyllähän se melko automaattisesti... - Mulla on semmoinen kuva, että se aika hyvin toimii
	Apteekin rooli annosjakelun aloituksessa suuri	-Apteekki auttaa annosjakelun aloituksessa	- Apteekkia mä tästä kiittelen, et ne on tehny ison työn niin kun siinä alussa et se ei meillekkään tuota mitään suurempia ongelmia
	Asiakkaan kotona jäljellä olevat lääkkeet tuottavat ongelmia	- Ongelmia kun dosetti ja annosjakelupussi käytössä samanaikaisesti	- Se on melko vaivatonta uuden asiakkaan kohdalla, paitsi jos hänellä on paljon omia lääkkeitä jäljellä - Se oli kyllä todella hankala se alkuvaihe, kun oli dosetissa ja pussissa. Siinä tuli paljon lääkepoikkeamia. - Se vaan oli niin sekavaa sitten - Osa menee dosetista ja osa menee pussista, niin siinä on jonkunlainen ongelma
		-Pussissa olevat lääkkeet siirretään dosettiin	- Me puretaan ne pussilääkkeet dosetteihin
		-Apteekki tekee salkon, joka parantaa	- Proviisori, joka tekee salkon

		lääkitysturvallisuutta	<p>kaikista lääkkeistä ja sitten kone näyttää yhteensopivuudet ja muutenkin meneekö sitten oikeilla ajoilla ja meneekö sitten kaikki</p> <p>-Meidän tehtävänä on viedä vaan se lääkelehti ja sitten he tekee ne tarvittavat muutokset ja sitten se viedään lääkärille</p>
Moniammatillinen yhteistyö	<p>Apteekin kanssa yhteistyö toimivaa</p> <p>Apteekki neuvoo ja opastaa</p> <p>Apteekki toimittaa annosjakelurullat</p>	<p>-Apteekin kanssa on hyvä työskennellä</p> <p>-Apteekin kanssa ei ole ongelmia</p> <p>- Apteekkiin voi olla yhteydessä jos on ongelmia</p> <p>-Apteekista saa paljon tietoa</p> <p>- Apteekki kouluttaa annosjakelu-asioissa</p> <p>- Apteekki toimittaa annosjakelurullat tiimeihin</p> <p>- Työntekijät voisivat myös itse hakea rullat apteekista</p>	<p>- Apteekki on kyllä hyvä ja toimii erittäin hyvin</p> <p>- Apteekin kanssa sinänsä ei oo niinkun mitään</p> <p>- Jos jotain tulee tietää mihin soittaa</p> <p>- Aina on voinut kysyä</p> <p>- Aina on voinut soittaa</p> <p>- Apteekki antaa meille paljon tietoa, tavallaan kouluttavat meitä kaikissa asioissa mitä tulee</p> <p>- Apteekki toimittaa ne annosjakelurullat tonne tiimiin</p> <p>- Henkilökohtaisesti en näe siinä mitään ongelmaa, että me ne itse haettas, monesti ajetaan peräkanaa tän apteekin</p>

			työntekijän kanssa
	Annosjakelurullat noudetaan apteekista	-Annosjakelurullat noudetaan kahden viikon välein apteekista	- Haetaan ne aina sit kahden viikon välein
	Asiointi apteekin kanssa	- Apteekissa asioidaan paljon annosjakelusta huolimatta	- Paljon me joudutaan kumminkin asioimaan apteekissa. Se varmaan oli alun perin tarkoitus, ettei niin paljon.
		- Kuuriläkkeet haetaan erikseen myös annosjakeluasiakkaille	- Antibioottikuuri tai tällöinen, niin mehän ne sitten haetaan näille annosjakeluasiakkaillekin.
	Reseptien käsittely	- E-reseptit käytännöllisiä	-Nyt e-reseptinä, sehän on hirveen käytännöllistä
		- Reseptien käsittely vähentynyt	-Enää ei tartte niiden reseptien kanssa pelata, kun menee suoraan niinkun e-reseptiin
		- Paperireseptit säilytetään apteekissa	- Paperireseptit, niin nehän säilytettiin kaikki apteekissa - Paperireseptit ovat apteekissa säilytyksessä
	Yhteistyö lääkärin kanssa	-Lääkäreille voi laittaa viestiä	-Me voidaan laittaa lääkärille suoraan viestiä
		- Viestittelyä hankaloittaa epätietoisuus paikalla olevista lääkäreistä	- Voi laittaa viestin, mutta kun ei me tiedetä ketä siellä on. Tosi ontuvaa.
		- Viesteihin ei aina saa vastausta	- Tietääkö ne, että viesteihin pitää välillä vastata?
		-Asiakas annosjakelun	- Asiakas ollut

		<p>piiriin ilman allekirjoitettua lääkelehteä</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lääkärien vaihtuvuus suurta - Lääkäri ei aina ota kantaa annosjakeluun - Oma lääkäri helpottaisi tilannetta - Lääkäreillä vähättelevä asenne kotihoitoa kohtaan - Annosjakelu ei ole kaikille lääkäreille selvä asia 	<p>varmaan nelisen viikkoa, niin edelleenkin mä en oo saanut lääkältä allekirjoitettua lääkelehteä. Kyllä ne siellä kiltisti apteekissa uskoo mua ja on jakanut ne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lääkärit vaihtuu joka päivä, joka viikko - Äärimmäisen huono lääkäritilanne on - Lääkäri sanoo et mä oon tässä vaan viikon tai kaks, en mä puutu teijän annosjakeluihin - Oma lääkäri helpottas tilannetta paljon - Vähän niinkun semmonen vähättely, kotihoitoo vähätellään - En osaa sanoa tietääkö välttämättä tällä hetkellä kaikki lääkärit tästä annosjakelusta
--	--	--	---

<p>Annosjakelupussien vienti asiakkaille ja niiden säilytys</p>	<p>Annosjakelupussien vienti</p> <p>Lääkkeiden säilytys kotona</p> <p>Lääkkeiden säilytys toimistolla</p>	<p>- Lääkkeet viedään asiakkaille jakopäivänä</p> <p>- Lääkkeet säilytetään toimistolla, kunnes ne viedään asiakkaalle</p> <p>-Lääkkeet säilytetään pääsääntöisesti asiakkaiden kotona, lukollisissa kaapeissa</p> <p>- Kaapit merkitty, joissa lääkkeet säilytetään</p> <p>- Eräissä tapauksissa lääkkeet säilytetään toimistolla, koska niitä ei voi säilyttää asiakkaiden luona</p>	<p>- Viedään kotiin silloin kun on jakopäivä, päivä ei ole sama kaikilla</p> <p>- Ne on toimistolla hyllyssä ja siitä viedään, kun saattaa olla joku sellainen, jolla käydään kahden viikon välein</p> <p>- Suurimmalla osalla on kotona</p> <p>- Kaikilla on lukolliset kaapit ja meillä avaimet</p> <p>- Siinä on semmoinen keltainen aurinko siinä kaapin kyljessä missä ne on</p> <p>- Kahden on toimistolla ihan sen takia et ne on niin muistisairaita, et ne särki tuon lääkekaapin</p> <p>- Parin ihmisen annosjakelupussit on tuolla meidän lukollisessa lääkekaapissa</p>
<p>Annosjakelupussien käsittely ja lääkehoidon toteuttaminen</p>	<p>Annosjakelupussien avaaminen</p>	<p>- Usein annosjakelupussit repeävät ja tabletit putoavat lattialle</p> <p>- Pussit tulee avata varovasti</p> <p>- Pussit aukeavat tietystä reunasta repäistäessä hyvin</p> <p>- Joskus aukaisessa tarvitaan saksia</p>	<p>- Paljon tulee sitä, että ne repee ja sitten ne levaa pitkin lattiaa</p> <p>- Täytyy olla itekin hyvin varovainen kun ne aukaisee, ettei ne lennä siitä sitten</p> <p>- Yhestä reunasta saa repästyä hyvin</p> <p>- Välillä tuntuu, ettei niitä saakaan muuten kun saksilla auki</p>

	<p>Lääkkeen ottaminen omatoimisesti</p> <p>Lääkkeiden antaminen</p>	<p>- Hukkaan menneen lääkkeen tilalle ei ole antaa uutta</p> <p>- Harvat asiakkaat ottavat lääkkeet omatoimisesti pusseista</p> <p>- Hoitaja laittaa lääkkeet purkkeihin</p> <p>- Hoitaja huolehtii lääkkeen suuhun asti</p> <p>- Marevan®in annosjakelukelpoisuus harkitaan tapauskohtaisesti</p> <p>- Marevan®in annostus tarkistettava aina vaikka se menee annosjakelussa</p>	<p>- Hankalaa, kun lääkkeen tippuessa ei ole mistä ottaa uuden</p> <p>- Vähän niitä on ketkä pussista ite pystyy... Ihan muutama</p> <p>- Meillä on aika paljon muistisairaita, eihän nää osaa pusseista</p> <p>- Otetaan niistä pusseista ja kipotetaan</p> <p>- Otetaan pusseista ne sit purkkeihin pöydälle, asiakas ne sitten ottaa ite tai me huolehditaan ne suoraan asiakkaalle suuhun</p> <p>- Jollain menee Marevan®itkin annosjakelussa, jos on pitkään tasapainossa</p> <p>- Aina kattoo, kun on pussilääk-keissä Marevan®, että onko se annos oikein</p> <p>- Turvallisempaan ihan, että me jaetaan purkista sitä aina sen Marevan®-kaavakkeen mukaan</p> <p>- Me ollaan koettu helpommaksi, että me jaetaan ne erikseen dosettiin ja huolehditaan ne sieltä</p> <p>- Vaikutuksia ei välttämättä ajattele</p>
	Lääkehoidon vaikuttavuuden	- Lääkehoidon vaikuttavuutta ei	

	arviointi	välttämättä ajattele, kun antaa lääkkeit annosjakelu-pussista - Lääkehoidon vaikutuksiin reagoi nopeammin kun itse jakoi lääkkeit	kun sä pussista vaan annat, niin sitä ei sillai tuu... - Se on vähän niin kuin, että niihin tuli nopeammin reagoitua silloin kun niitä jako ihan viikoittain
Annosjaettujen lääkkeiden tunnistaminen ja tarkastaminen	Lääkkeen tunnistus	- Lääkkeiden tunnistamisessa alkuun ongelmia, kunnes asiakkaan lääkkeet tulevat tutuiksi - Hoitajan pitää itse selvittää lääkkeen ulkonäkö - Ohjelma auttaa lääkkeen tunnistamisessa, mutta se on hidasta - Aikaa menee lääkkeiden tunnistamiseen - Rinnakkaislääkkeet vaikeuttavat lääkkeiden tunnistamista	- Lääkkeiden tunnistaminen olikin alussa vähän ongelma, mutta aika pian oppii huomaamaan, että nää on nämä samat lääkkeet - Ite pitää sillai tehdä ja tutkia - Sellanen ohjelma, että me katotaan minkä näkönen, mutta sehän on hidasta, jos kaikki pitäisi katsoa - Kyllä mullekin tulee soittoja, että mikä lääke tää tämmönen on, tää on mulle ihan vieras - Just kun ne on rinnakkaisvalmisteita... meillä ei välttämättä oo tietoa minkä näköinen lääke se on -Ja täähän on hirveen ontuvaa nyt ollut kaikkiaan tää, että rinnakkaisvalmisteta on hirveästi
	-Lääkerullien tarkastaminen	- Lääkkeet tarkastaa se, joka ne vie asiakkaalle	- Kuka vie niin tarkistaa - Tarkistetaan silloin kun kelat tulee

	- Annospussien tarkistus	<ul style="list-style-type: none"> - Jokaista pussia ei tarkasteta - Pusseissa lukee niiden sisältö - Pussit läpinäkyviä 	<ul style="list-style-type: none"> - Mä teen lähinnä niinku pistareita, en kyllä tarkista kaikkia pusseja ihan sillee - Yksittäisessä pussissa lukee kaikki mikä siinä menee - Siitä näkee lävitte montako siinä on ja minkä näkösiä
Lääkemuu- tokset annosjakelu- pussiin	- Lääkemuutosten tekeminen	<ul style="list-style-type: none"> - Lääkemuutosten teko sujuvaa - Lääkemuutoksia tehdään harvoin - Muutokset annosjakelupusseihin tehdään heti muutostarpeen ilmetessä - Hoitajat tekevät muutokset, jos rullassa lääkkeitä enää vähän - Muutokset tulee voimaan seuraavan lääkerullan alusta, ellei niitä ole ihan pakko tehdä heti - Harvoin muutokset tulee tehdä heti - Pusseihin ei ole miellyttävä tehdä muutoksia - Muutoksien teko aikaa vievää -Apteekki auttaa annosjakelupusseihin 	<ul style="list-style-type: none"> - Lääkemuutokset ei oikeestaan vaikeuta, kyllä se tulee siinä samalla - Eihän niitä niin kauheen usein niitä muutoksia tuu - Kyllä me pussi aukastaan ja puolitetaan, eikä ajatella, että se voi mennä seuraavaa vasta kelasta - Jos 3-4 päivän lääkkeet enää jäljellä, niin voidaan tehdä itse - Jos ei oo ihan pakko alottaa just, niin siirretään se siihen seuraavaan rullaan - Aika harvoinhan ne on sillei, että ne täytyy tehdä just nyt - Sitten viillät sen pussin auki ja teet sinne jotain niin en kyllä tykkää siitä yhtään - Ja hirveen aikaa vievää - Aina ne on tehny ne vaihdokset kun
	Apteekki tekee lääkemuu- tokset		

		tulevien muutosten kanssa	on pyytänyt
Lääkehoidon kirjaaminen ja tiedonkulku	Lääkehoidon kirjaaminen	<ul style="list-style-type: none"> - Annosjakelupussien vienti asiakkaalle ja dosettiin jaetut lääkkeet kirjataan - Havaitut virheet kirjataan ja tehdään HaiPro 	<ul style="list-style-type: none"> - Kirjataan, että nyt on annosjakelupussit viety ja jaettu dosettiin vaikka Marevanit - Me kirjataan lääkkeiden annot ja jos on ollut jotain virheitä - Plus nää HaiProt
	Lääkehoidon tiedonkulku hoitajien kesken	<ul style="list-style-type: none"> - Tiedonkulku koetaan toimivaksi - Tiedon kulku tärkeää lääkeasioissa - Irtolaput muistuttamassa - Ohjeet lääke-hoitoon kaapissa - Aamupalaverissa tiedotetaan lääkähoidosta 	<ul style="list-style-type: none"> - Tieto kulkee mun mielestä ihan hyvin - No aika hyvää se on - Just näissä lääkeasioissa kauheen tarkkana oltava, että tieto kulkee - Lääkeasioissa täytyy melkein olla sitten joku irtolappusysteemi - Ohjeet selkeesti kaapissa - Aamupalaverissa sitten sanotaan vaikka sitten, että lääkäri on muuttanut tältä ihmiseltä lääkkeet
Lääkehoidon vastuunjako		<ul style="list-style-type: none"> - Vastuu lääkehoidosta jakautunut - Hoitajien tulee luottaa siihen, että annosjakelupussit ovat oikein jaettu - Vastuu lääkkeen antajalla - Kyseessä vastuunsiirto, kun robotti jakaa lääkkeet 	<ul style="list-style-type: none"> - Vastuu on vähän enemmän jakautunut - Meillehän on sanottu silloin, kun tämä annosjakelu tuli, että meidän täytyy uskoa ja luottaa siihen, että ne on oikein jaettu - Antajan vastuulla se meidän mielestä kuitenkin on. - Mä kutsuisin sitä melkein vastuunsiirroksi,

		<p>ja farmaseutti tarkastaa</p> <p>- Resursseista päätetään ilman käytännön kokemusta</p>	<p>koska meille on sanottu, että meidän täytyy luottaa, kun ne on robotti jakanut ja joku farmaseutti tarkistanut, että ne on oikein.</p> <p>- Musta tuntuu, että kun ne päättää näitä mitoituksia ja resursseja niin ne on tuolla jossakin muualla, kun ei ne oo sitä työtä tekemässä, ne määrätään jostain toimiston penkeiltä, että sitten kun olisivatkin olleet, et eihän tää voi mitenkään sujua, tässä on kuitenkin lääkkeitä kysymys</p>
Lääkitys-poikkeamat	<p>- Lääkitys-poikkeamat pusseissa</p> <p>-Lääkitys-poikkeama inhimillisen erehdyksen vuoksi</p>	<p>- Annosjakelupusseissa ei ole poikkeamia</p> <p>- Annosjakelupusseissa on poikkeamia</p> <p>- Poikkeama syntyy, kun viesti muutoksesta ei mene perille</p> <p>- Lääkkeet kahdessa pussissa, niin toinen pussi jäi antamatta</p> <p>- Viety väärä lääkerulla väärän ihmisen luo</p>	<p>- pusseissa ei, ei oo</p> <p>- Kyllä niistä pusseista vaan löytyy virheitä</p> <p>- Ei varmaan sillai, että olis ollu ihan väärä lääkkeitä, mutta joku muutos on saattanu, että ei ookaan joku viesti menny perille, että sieltä niinku puuttuu joku</p> <p>- Ihan tämmösiä inhimillisiä virheitä</p> <p>- Kello kahdeksan pusseja olikin kaksi... Se toinen pussi jäi antamatta</p> <p>- On viety väärä lääkerulla väärän ihmisen luo, mutta on huomattu se</p>

	-Lääkitys- poikkeama kotiutus-tilanteessa	<ul style="list-style-type: none"> - Poikkeamat johtuvat monista tekijöistä - Kotiutustilanteessa huomattu puutteita lääkelehdellä ja asiakkaan lääkitys jää epäselväksi - Kirjataan ylös lääkitysongelmat kotiutustilanteessa - Tarkastellaan lääkityspoikkeamien syitä 	<p>sitten kyllä</p> <ul style="list-style-type: none"> - On siis johtunut meidän jaosta, pusseissa on ollut virheitä ja tietysti on annettu väärään aikaan - Ja aika usein on ollut sitä, että lääkelehti ei oo ollu ajantasalla - Kotiutuksen yhteydessä rupes olemaan niin hankalaa se työnteko, ku ei yhtään tiedä mitä lääkkeitä syötetään - Sitten meille tulikin sellainen lomake, mihin meidän piti ruveta laittamaan niitä missä oli ongelmia - Kuinka paljon se on tuolta terveystakeskuksen puolelta ja osastojen puolelta
Hoitajan oma lääkehoidon osaaminen	Annosjakelun vaikutus lääkeosaamiseen	<ul style="list-style-type: none"> - Lääketuntemus kärsii - Lääkkeiden jakamisen taito unohtuu, kun lääkkeitä ei enää jaeta paljoa - Tuntemus omasta lääkeosaamisesta vähenee - Lääkehoidon osaamisen ylläpito jää omalle vastuulle 	<ul style="list-style-type: none"> - Lääketatsi on kärsinyt ihan hirveesti - Kun ei enää ite jaeta niin paljoo, kyllä se vähän niin kun ruostuu sekin homma - Alkuun varsinkin oli vähän semmonen ohkanen olo, kun anto vaan siitä pussista... - Kyllä se on niinkun omasta aktiivisuudesta kiinni

<p>Hoitajien näkemyksiä annosjake- lun parissa työskentelys- tä</p>		<p>- Annosjakelua tulee lisätä, koska se selkeyttää toimintaa ja jakaa vastuuta</p> <p>- Dosettiin jakaminen olisi selkeämpää</p> <p>- Henkilökuntamitoi- tus ei riitä lääkkeiden käsin jakamiseen</p>	<p>-Mä laittaisin nyt paljon enemmänkin näitä oikein vähän niinkun innolla, se selkeyttää tätä ja nyt tää vastuu on vähän enemmän jakautunut</p> <p>-Kyllä mä pikkasen vielä ite olen sitä mieltä, että se do- settijakaminen sit- ten kuitenkin olis selkeempää</p> <p>-Tällä henkilökun- tamitoituksella niitä lääkkeenjako- ja ei ihan oikeesti pystyis tekemään tai niissä olis pal- jon virheitä</p>
---	--	--	---