



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

HOITAJIEN KOKEMUKSIA MONILÄÄKITYKSEN JÄRKEISTÄMISESTÄ

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
11.12.2014
Tua Ek-Taiminen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

EK-TAIMINEN, TUA: Hoitajien kokemuksia monilääkityksen järjeistämistä

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 32 sivua, 5 liitesivua

Syksy 2014

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia lääkituskäytännön muutoksesta, monilääkityksen järjeistämistä. Uutta lääkituskäytäntöä alettiin toteuttamaan kolmella tutkimuskohteena olevan palvelukeskuksen pitkäaikaishoitoa tarjoavalla osastolla alkuvuodesta 2012. Tavoitteena oli iäkkäiden asukkaiden lääkehoidon optimointi arvioimalla jokaisen asukkaan lääkitys ja tekemällä siihen tarvittavia muutoksia. Monilääkityksen järjeistämällä saatiin aikaan huomattavia taloudellisia säästöjä lääkekuluissa ja joidenkin asukkaiden voinneissa tapahtui muutoksia parempaan.

Iäkkäiden lääkehoitoon tarvitaan uusia toimintamalleja, sillä iäkkäiden osuus väestöstä kasvaa ja nykyisellään iäkkäiden lääkehoidossa on suuria puutteita. Puutteet iäkkäiden lääkehoidossa näyttäytyvät usein hallitsemattomana monilääkityksenä, jolloin samanaikaisessa käytössä on useita keskenään sopimattomia lääkkeitä ja lääkeaineita. Hallitsemattoman monilääkityksen haittavaikutukset ovat toimintakykyä heikentäviä ja seuraukset vakavia. Iäkkäiden lääkehoidosta on tehty tutkimuksia, mutta toistaiseksi iäkkäiden lääkehoitoa koskevia hoitosuosituksia ei ole laadittu. Iäkkäiden lääkehoitoa on aiheellista arvioida avo - ja laitoshoidossa vuosittain ja korostaa hoitohenkilökunnan moniammatillista yhteistyötä ja säännöllistä lääkehoidon tarkkailua.

Tutkimus toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Aineisto kerättiin teemahaastattelemalla hoitajia kesäkuussa 2014. Analysointi tapahtui aineistolähtöisesti kvalitatiivista sisällönanalyysiä käyttäen. Hoitajia haastattelemalla saatiin ainutlaatuista ja arvokasta tietoa lääkituskäytännön toteuttamisesta. Tutkimustuloksia voidaan käyttää apuna kehitettäessä uusia toimintamalleja- ja käytäntöjä iäkkäiden lääkehoitoon.

Tuloksista käy ilmi, että monilääkityksen järjeistämisen soveltaminen käytäntöön vaatii vielä kehittämistä. Haastatellut hoitajat toivat ilmi tiedonkulkuun, esimiestyöhön, henkilökunnan resursseihin ja tiimityöskentelyyn liittyviä puutteita. Uuden lääkituskäytännön toimivinaa puolina he pitivät puolestaan moniammatillista yhteistyötä, lääkehoito-osaamistaan ja asukkaiden lääkelistojen järjestelmällistä läpikäymistä.

Asiasanat: hoitotyö, monilääkitys, iäkkäät, moniammatillisuus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

EK-TAIMINEN, TUA: Nurses' experiences of rationalizing polypharmacy

Bachelor's Thesis in nursing, 32 pages, 5 pages of appendices

Autumn 2014

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to gather experiences from nurses about a new medical approach. The aim of the approach was to rationalize polypharmacy and it began in the beginning of the year 2012. The new approach was implemented in a nursing home for the aged. My aim was to produce information from the nurses' experiences to assess the new approach from nurses' point of view.

A qualitative research method was used in the thesis. I gathered information by interviewing the nurses at June 2014. Data was gathered with focused interviews and was analysed inductively using qualitative content analysis.

New approaches are needed to prevent the inappropriate use of medicines among aged. The existing medicinal approaches are not functional enough considering the aging of the population. The deficiency in medical treatment appears as a uncontrolled polypharmacy such as simultaneous use of different medicines and drugs. Uncontrolled polypharmacy can cause side effects that reduce the functional capacity and the consequences may be serious. There is a various number of studies about the medical treatment and pharmacotherapy of aged, but so far there are no medical guidelines about the subject. The medical treatment of aged should be implemented multi-professionally and the assessment of the medication should happen regularly both in outpatient care and institutional care.

Interviewing nurses gave me unique and dignified information that can be used to develop the approach further. The results show that rationalizing polypharmacy was an good approach, but the nurses also brought up suggestions to improve it. Interdisciplinary communication, medicinal knowledge of the nurses and systematic review of the patients' medication were the most functional parts of the approach. Informing and sharing information in the working community, feedback and supervisory and the changing personnel were the sections that need more attention in the future.

Key words: nursing, polypharmacy, aged, interdisciplinary communication

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	2
2	IÄKKÄIDEN MONILÄÄKITYS	3
3	MONIAMMATILLINEN LÄÄKEHOITO-OSAAMINEN	5
4	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	8
5	OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄT	9
	5.1 Laadullinen tutkimus	9
	5.2 Teemahaastattelu	10
	5.3 Aineiston analyysi	11
6	TULOKSET	13
	6.1 Uuden lääkityskäytännön toimivat osa-alueet	13
	6.2 Uuden lääkityskäytännön kehittämistä vaativat osa-alueet	15
7	POHDINTA	19
	7.1 Tutkimustulosten tarkastelua	19
	7.2 Lääkityskäytännön kehittämis ehdotukset	21
	7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	22
	7.4 Tietoperusta	25
	LÄHTEET	27
	LIITTEET	30

1 JOHDANTO

Iäkkäiden määrä maassamme kasvaa väestöennusteen mukaan niin, että vuoteen 2030 mennessä yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä nousee nykyisestä 18 prosentista 26 prosenttiin ja vuonna 2060 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on jo 28 prosenttia. Väestön ikääntyminen asettaa haasteita terveydenhuollolle, sillä väestön sairastavuus ja lääkkeiden käyttö ovat keskenään suoraan verrannollisia. (Tilastokeskus 2014.)

Iäkkäiden lääkehoidon kokonaisvaltainen järjestäminen on erityisen haastavaa, sillä tavoitteena on tarpeettomien lääkkeiden välttäminen, toimintakyvyn säilyttäminen ja sairauksien pitäminen oireettomina. Nykyisellään iäkkäiden lääkehoito ei toteudu asianmukaisesti, vaan lääkkeiden käytöstä seuraa käyttäjilleen runsaasti haittavaikutuksia, terveydenhuollon kuormittumista ja ylimääräisiä taloudellisia kustannuksia. (Kivelä 2006.)

Opinnäytetyöhöni haastattelin hoitajia, jotka työskentelevät pitkäaikaishoitoa tarjoavassa palvelukeskuksessa. Palvelukeskuksessa aloitettiin asukkaiden lääkehoidon optimointiin tähtäävä projekti vuonna 2012. Mukaan otettiin kolme osastoa, joilla on yhteensä 50 pitkäaikaisasukasta. Asukkaat ovat iältään 65–85-vuotiaita ja tarvitsevat jatkuvaa hoitoa, sekä tukea arjessa selviytymiseen. Yleisimpiä sairauksia heillä ovat dementoivat sekä sydän- ja verisuonisairaudet. (Ahonen, Karjalainen, Kuohukivi & Ojala 2013.)

Läkehoidon optimointiin tähtäävää projekti nimettiin monilääkityksen järjeistämiseksi. Lähtökohtana olivat hoidon suunnitelmallisuus ja seurannan tehostaminen. Tarpeettomien lääkkeiden poistaminen ja annosten pienentäminen näkyivät osalla potilaista virkistymisenä ja toimintakyvyn parantumisena. Toinen merkittävä tulos oli lääkekustannusten aleneminen.

Kiinnostuin aiheesta saatua tietää projektin tuloksista ja menetelmistä, joilla tuloksia saatiin. Halusin tietää käytännön toteuttamisesta lisää ja hoitotyön opiskelijana minulle oli luontevaa lähestyä aihetta siihen osallistuneiden hoitajien kokemusten kautta.

2 IÄKKÄIDEN MONILÄÄKITYS

Lääkkeiden käyttö on yleistynyt viime vuosikymmeninä koko väestön ja etenkin iäkkäiden keskuudessa. Monilääkitys on iäkkäillä hyvin tavallista. Vuonna 2006 tehdyssä väestöpohjaisessa yli 75-vuotiaiden tutkimuksessa peräti 66 % tutkimukseen osallistuneista käytti vähintään kuutta lääketta samanaikaisesti. (Niskanen, 2014.)

Kirjallisuuteen ja puhekieleen monilääkitys on vakiintunut termi, mutta sille ei toistaiseksi ole olemassa yhteistä, tarkkaa määritelmää. Monilääkityksellä kuitenkin tarkoitetaan yleisesti yhden potilaan samanaikaisesti käyttämiä useita eri lääkeaineita. Yleisimmin monilääkitystä käsiteltäessä tarkoitetaan keskimäärin viiden eri reseptilääkkeen samanaikaista käyttöä. (Jyrkkä 2011, 29.)

Monilääkityksen määrittelyyn vaikuttaa myös maantieteellinen sijainti. Esimerkiksi eurooppalaisissa ja yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa käytettävät lääkkeet huomioidaan ja otetaan mukaan tutkimukseen eri kriteerein ja joissain tutkimuksissa lääkkeiksi lasketaan myös ilman reseptiä saatavat, ns. itsehoitovalmisteet. Lääkkeiden samanaikaista käyttöä käsittelevien tutkimustulosten vertailussa on siis tärkeää kiinnittää huomiota monilääkityksen määritelmään. (Jyrkkä 2011, 29.)

Keskeisimpiä ongelmia iäkkäiden lääkehoidossa ovat mm. liian suuret tai pienet annoskoot, lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset, liiallinen oireenmukainen hoito ja huono hoitoon sitoutuminen. Hoito on usein pirstaleista hoitopaikkojen ja lääkäreiden vaihtuessa toistuvasti, jolloin lääkehoidosta jää puuttumaan kokonaisvaltaisuus ja pitkäjänteisyys. Lääkitykseen liittyvien ongelmien ja haittavaikutusten kasautuminen näkyy erityisen hyvin pitkäaikaispotilaiden lääkehoidoissa. (Ahonen, Karjalainen ym. 2013.)

Yleisimpiä lääkkeiden haittavaikutuksia iäkkäillä ihmisillä ovat kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen. Haittavaikutukset näyttäytyvät muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikkenemisenä, kuten käytöshäiriöinä, sekavuutena, huimauksena, väsymyksenä, masennuksena, virtsan ja ulosteen karkailuna, ummetuksena, näköhäiriöinä, kävelykyvyn menetyksenä ja

liikkumisen jäykkyytenä ylipäänsä. Lähes kaikki haittavaikutukset aiheuttavat hoidon tarvetta, lisäävät hoitohenkilökunnan työtä ja aiheuttavat merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Etenkin sekavuudesta ja siihen liittyvästä kaatuilusta aiheutuvat murtumat ovat haittavaikutuksia, jotka lisäävät runsaasti sairaalahoidon käyttöä. (Kivelä 2006, 64)

Yksikin lääkeaine voi aiheuttaa hankalia haittavaikutuksia iäkkäälle. Mitä useampi lääke iäkkäällä on käytössä samanaikaisesti, sitä suuremmalla todennäköisyydellä lääkkeiden käytöstä seuraa toimintakykyä heikentäviä yhteis- ja haittavaikutuksia. Suomen lääketilaston (2012) mukaan 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien eniten käyttämä reseptivalmiste on parasetamoli ja erilaiset sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet.

Toimintakyvyn heikkenemisen seurauksena iäkkäiden lääkehoidon toteuttaminen itsenäisesti vaikeutuu merkittävästi. Hallitsematon monilääkitys puolestaan heikentää ilmeisesti iäkkään pärjäämistä itsenäisesti ja lisää arjessa tarvittavan avun määrää. Seurauksena on hoidon tarpeen lisääntyminen, hoitajien tarpeen lisääntyminen ja pahimmillaan jopa hoitajien uupuminen. (Kivelä 2006, 64.)

Iäkkäiden kokonaislääkitystä tulisi arvioida vähintään kerran vuodessa.

Lääkityksen arvioinnin tehtävänä on optimoida lääkehoitoa siten, että kaikki välttämättömät lääkehoidot ovat käytössä iäkkäille sopivilla annoksilla, ja käytössä ei ole tarpeettomia tai sopimattomia lääkkeitä. (Ahonen 2011, 6.)

Iäkkäiden lääkehoidon rinnalla on Kivelän (2006, 109) mukaan syytä huomioida myös lääkkeettömän hoito. Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan psykiatrisia, psykologisia ja psykososiaalisia hoitoja, kirurgisia hoitoja, ravitsemushoitoja, fysioterapiaa, liikuntahoitoja, toimintaterapiaa ja sosiaalityön eri muotoja.

3 MONIAMMATILLINEN LÄÄKEHOITO-OSAAMINEN

Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan ryhmää, jonka jäsenet tulevat eri ammateista, mutta toimivat yhdessä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

Moniammatillisessa yhteistyössä on tärkeää, että jokainen ryhmän osallistuja on tietoinen, mihin hänen osaamistaan voidaan käyttää. Yhteistyön edellyttämiseksi ryhmän jäsenillä tulee olla ymmärrystä ja riittävä tietoperusta omasta vastuualueestaan. Tarpeen vaatiessa ryhmä voi käyttää apunaan myös ulkopuolista asiantuntijuutta täydentämään sisäisen asiantuntemuksen puutetta. (Kontio 2010, 9.)

Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu viisi kohtaa: asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset sekä verkostojen huomioiminen. Yhteistyön lähtökohtana ja keskiössä on asiakas, joka huomioidaan niin kokonaisvaltaisesti kuin mahdollista. (Kontio 2010, 9.)

Terveydenhuollossa toteutettava lääkehoito perustuu potilaan, lääkärin ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön väliseen moniammatilliseen yhteistyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut valtakunnallisen oppaan lääkehoidon toteuttamiseksi yksityisissä ja julkisissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. Oppaan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteutumista ohjaavia periaatteita, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteutettavissa yksiköissä. (Sosiaali- ja terveysalan valvonta- ja lupavirasto Valvira, 2005.)

Terveydenhuollon toimintayksikössä lääkäri vastaa lääkkeen määräämisestä ja lääkehoidon kokonaisuudesta. Lääkärin tehtävä on arvioida potilaan lääkehoidon tarve ottaen huomioon potilaan terveydentila, sairaudet, aikaisempi lääkitys ja mahdolliset yliherkkyydet. Lääkäri päättää lääkehoidon aloittamisesta, muutoksista ja lopettamisesta siten, että potilas on tietoinen hänelle määrättävän lääkkeen tarkoituksesta. Lääkärin tulee ottaa huomioon lääkityksen tarpeellisuus, teho, turvallisuus ja hinta. (STM 2006, 36)

Potilaiden lääkehoitoon liittyvästä tehtävien jakamisesta ja työyksikön lääkehuollon toimivuudesta vastaavat pääasiallisesti osastonhoitajat tai vastaavat sairaanhoitajat. Sairaanhoitaja toteuttaa lääkehoitoa lääkärin antamien ohjeiden ja määräysten mukaisesti. Lääkehoitoa toteuttavan sairaanhoitajan tulee ymmärtää lääkemääräys oikein ja valmistaa lääke käyttökuntoon ohjeiden mukaisesti. Lääkehoidon periaatteena on, että oikea potilas saa oikeaa lääkettä oikean annoksen. Lääkkeen pitää olla oikeassa muodossa, lääke annetaan oikeana ajankohtana ja lääkkeen antamisessa noudatetaan oikeaa annostelutekniikkaa. (STM 2006, 37.)

Perus- ja lähihoitajat voivat jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiksi annoksiksi ja antaa suun kautta otettavia lääkkeitä. Perus- ja lähihoitajat voivat myös kirjallisella luvalla pistää lääkkeen injektiona lihakseen tai ihon alle, sekä osallistua suun kautta annettavan, pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavan lääkehoidon toteuttamiseen. Ensihoidon koulutusohjelmasta valmistuneet lähihoitajat voivat lisäksi osallistua suonensisäisen lääkehoidon toteuttamiseen sairaankuljetuksessa. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Tornainen 2006, 42.)

Farmaseuttisen henkilöstön lääkehoitoon osallistumisen, sekä ohjaamisen ja neuvonnan arvioidaan lisääntyvän sekä apteekeissa että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Farmaseutin pääasiallisena vastuualueena on lääkkeiden hankinta, varastointi, säilytys, valmistus, tutkiminen, käyttökuntoon saattaminen, toimittaminen, jakelu sekä lääkeinformaation antaminen. Farmaseutti kouluttaa hoitohenkilökuntaa tarkoituksena lääketurvallisuuden edistäminen. Farmaseutti myös vastaa myös asianmukaisesta huumausaineiden käsittelystä, säilytyksestä ja kirjanpidosta. (STM 2006, 51.)

Optimaalisen lääkehoidon edellytys on, että toiminta on suunnitelmallista, seuranta tehostettua ja siihen osallistuu koko hoitohenkilökunta. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi on merkittävä osa lääkehoidon kokonaisuutta. Lääkityksen aloittaminen, siihen puuttuminen ja sen purkaminen on hidas prosessi, eikä tuota aina toivottuja tuloksia. Lääkitysmuutoksista seuraa herkästi haittavaikutuksia, kuten sekavuutta, uneliaisuutta ja kaatumistapaturmia. (Liu, 2014.)

Sairaala- ja laitoshoidossa hoitajat arvioivat yhteistyössä potilaan ja lääkärin kanssa lääkehoidon vaikuttavuutta. Havainnot kirjataan asianmukaisesti potilastietojärjestelmään. Lääkehoidon avulla tavoitellaan aina positiivista muutosta ja se on ehto hoidon jatkamiselle. Mikäli lääkehoito aiheuttaa potilaalle sivuvaikutuksia, tai lääke ei vaikuta terveydentilaan oletetulla tavalla, lääkäri arvioi hoidon jatkamisen tai muuttamisen. Avohoidossa potilaan itsehoitotaidot ja tiedot mahdollisista haittavaikutuksista korostuvat, samoin kuin potilasta hoitavan ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön toimiva yhteistyö. (STM 2006, 37.)

Parhaimmillaan lääkehoito on toimintayksiköiden ja organisaatioiden rajat ylittävää, moniammatillista yhteistyötä. Toimiva moniammatillinen työyhteisö on myös hoitajien työhyvinvointiin positiivisesti vaikuttava tekijä. Hoitajien hyvinvointia edistäviä tekijöitä ovat mm. moninainen yhteistyö, hoitajien välinen kollegiaalisuus, yhteishenki ja ilmapiiri. Yhteistyö hoitajien ja lääkärin välillä, sekä eri organisaatioiden, yksiköiden ja muiden ammattiryhmien kanssa koetaan merkityksellisenä. (Utriainen 2006, 6.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia monilääkityksen järjeistämisestä, joka heidän toimintayksikössään toteutettiin lääkituskäytäntöä muuttamalla.

Tavoitteena on lisätä tietoisuutta iäkkäiden lääkehoidosta ja lääkehoidon järjestämisestä. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa, jolla voidaan kannustaa iäkkäiden pitkäaikaishoitoa tarjoavia yksiköjä järjeistämään potilaidensa monilääkitystä ja arvioimaan sitä kokonaisvaltaisesti.

Tutkimuskysymys:

Millaisia kokemuksia hoitajilla on uudesta lääkituskäytännöstä?

5 OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Laadullinen tutkimus

Toteutin tutkimukseni laadullisen tutkimuksen menetelmin. Kylmä & Juvakka (2007, 30) luonnehtivat kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen keskeiseksi tarkoitukseksi tuottaa uutta tietoa ja teoriaa. Usein laadulliseen tutkimusmenetelmään päädytään silloin, kun tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä tai aiheesta on vähän tai ei ollenkaan aiempaa tutkimustietoa. Opinnäytetyöni keskeisistä käsitteistä, iäkkäiden lääkehoidosta ja monilääkityksestä on tehty runsaasti tutkimuksia, mutta hoitajien näkökulmaa ja kokemuksia ei ole tutkittu aikaisemmin.

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on saada empiiristä tietoa eli tietoa todellisesta elämästä ja tutkia kohdetta kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole etsiä keskimääräisiä yhteyksiä tai tilastollisia säännönmukaisuuksia, joten aineiston koon määräytyminen on tutkimuskohtaista.

Haastateltavakseni suostui viisi hoitajaa, jotka ovat kaikki mukana uutta lääkityskäytäntöä toteuttamassa. Tutkimuksen kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti ja aineistoa hankittaessa ollaan kiinnostuneita käyttämään sellaisia metodeja, että kohderyhmän näkökulmat ja ääni pääsevät esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164–181.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään yleensä haastattelulla, kyselyllä, havainnoimalla tai erilaisilla dokumentteihin perustuvalla tiedolla. Keräsin aineiston tutkimukseeni haastattelulla, sillä halusin tietoa hoitajien kokemuksista suoraan heiltä itseltään. Haastattelussa kysymykset esitetään henkilökohtaisesti haastateltavalle, jolloin on mahdollista oikaista mahdollisia väärinkäsityksiä ja selventää ilmaisuja ja sanamuotoja. Haastattelija voi myös esittää kysymykset siinä järjestyksessä kun katsoo ne järkeväksi tai jättää jostaikin kysymyksiä kysymättä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72.)

5.2 Teemahaastattelu

Käytin teemahaastattelua, joka on ns. puolistrukturoitu haastattelu.

Teemahaastattelu sijoittuu strukturoidun eli lomakahaastattelun ja avoimen haastattelun välimaastoon. Haastattelusta pyritään luomaan keskustelunomainen tilanne ja haastateltavien tulkinnoille asioista annetaan painoarvoa.

Teemahaastattelussa keskitytään yksityiskohtaisten kysymysten ja tarkan kysymysjärjestyksen sijaan etenemään haastattelussa ennalta mietittyjen, tutkittavan aiheen kannalta keskeisten teemojen mukaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.)

Tein haastatteluja varten etukäteen kysymyksiä teemoista, joista halusin saada hoitajien kokemuksia ja joiden toivoin tuottavan vastauksia tutkimuskysymykseeni. Teemahaastattelun kysymysten tulee perustua tutkittavana olevaan aiheeseen ja niillä pyritään saamaan vastaus tutkimustehtävään. Etukäteen valittujen teemojen tulee perustua tutkimuksen viitekehukseen, eli tutkittavasta aiheesta ja ilmiöstä jo tiedettyyn tietoon ja teoriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Teemat nousivat opinnäytetyötäni teoripohjaa varten perehtymieni tutkimusten pohjalta. Alustavia teemoja olivat työtehtävät ja työyhteisön moniammatillisuus, työtyytyväisyys, esimiestyö, palaute ja tulokset, sekä parannusehdotukset ja käytännön kehittäminen (LIITE 2). Kysymysten tarkoitus on viedä keskustelua tarvittaessa eteenpäin, jolloin niiden ei tarvitse olla kovin tarkkoja muodoltaan (Hirsjärvi ym. 2009, 208). Haastattelutilanteessa kysyin myös hoitajien lääkehoito-osaamisesta, vaikka en ollut tehnyt teemasta etukäteen kysymyksiä.

Haastattelut tapahtuivat ryhmähaastatteluina kahtena päivänä kesäkuussa 2014 palvelukeskuksen tiloissa hoitajien työajalla ja haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastatteluihin osallistuvat hoitajat ilmoittivat osallistumisensa osastonhoitajalle.

Tein haastattelut ryhmähaastatteluina siten, että ensimmäisessä haastattelussa oli 3 hoitajaa ja toisessa haastattelussa 2. Haastattelujen kesto oli noin kolme varttia ja ne nauhoitettiin digitaalisella sanelukoneella. Haastatelluista hoitajista jokainen

osallistuu koulutuksensa antamin oikeuksin lääkehoidon toteuttamiseen toimintayksikössään. Haastattelujen ja kerättävän aineiston kannalta hoitajien koulutustaustalla ei ollut olennaista merkitystä.

Ryhmähaastatteluun päädyin sillä perusteella, että sitä pidetään tehokkaana tiedonkeruun muotona kun tietoa halutaan saada samalla henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmän koon pitäminen pienenä on eduksi haastattelujen purkamisessa myöhemmin. (Hirsjärvi ym. 2009, 210.)

5.3 Aineiston analyysi

Käytin aineistoni analysoinnissa induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jonka tarkoituksena on saada käsitteitä yhdistelemällä vastaus tutkimuskysymykseen. Tätä menetelmää käytettäessä kaikkea saatua ja puhtaaksi kirjoitettua aineistoa ei ole tarpeen analysoida. Aineistolähtöisessä analyysissä on myös mahdollista, että tutkimuskysymykset tarkentuvat. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on ennen kaikkea tulkintaa ja päättelyä saadun aineiston pohjalta. Tarkoituksena on edetä empiirisestä aineistosta käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä. Käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112).

Ensimmäiseksi lähdin käsittelemään nauhoittamiani haastatteluja litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelut tekstiksi. Litteroidessa haastatteluaineisto kirjoitetaan tekstimuotoiseksi tiedostoksi mahdollisimman tarkasti. Varsinaisia tekniikoita ja litteroinnin tasoja on monia. Itse päädyin litteroimaan aineistoni sanatarkasti. Sanatarkasti litteroinnissa jokainen sana kirjoitetaan ylös. Näin toimittaessa voidaan käyttää sitaatteja alkuperäisestä aineistosta tulosten esittämisessä. (Kananen 2008, 80.)

Aineistoni analyysiyksiköksi määrittelin yhden lauseen. Seuraavaksi analysoin informaatiota eli tekstiksi kirjoittamaani haastatteluaineistoa siten, että luin

aineiston läpi useaan kertaan ja etsin aineistosta tutkimustehtävääni vastaavia ja kuvaavia ilmauksia. Alleviivasin ilmauksia ja poimin ne erilliseen tiedostoon.

Tuomen & Sarajärven (2009, 110) mukaan aineisto tiivistyy luokitellen, kun yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Ryhmiteltäessä aineiston pelkistetyt ilmaukset käydään läpi huolellisesti ja niistä etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ryhmittelin ilmaukset konkreettisesti sisältöjensä mukaan siten, että yhdistin samaa asiaa tarkoittavat käsitteet omiksi ryhmikseen ja nimesin syntyneet ryhmät sisältöään vastaaviksi alaluokiksi (LIITE 3).

Aineiston ryhmittelyn perusteella muodostuneista, samaa sisältöä kuvaavista alaluokista yhdistin yläluokkia. Seuraavaksi keskityin aineiston abstrahointiin, jossa edetään aineiston kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin. Abstrahointia jatketaan niin kauan, kuin se aineiston sisällön kannalta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111).

Abstrahoinnin päätteeksi sain aineistolleni pääluokat, jotka muodostuivat monilääkityksen järjeistämisen nykyisellään toimivista ja kehittämistä vaativista osa-alueista. Yhdistävänä luokkana kahdelle pääluokalle oli opinnäytetyöni tutkimuskysymys, millaisia kokemuksia hoitajilla on uudesta lääkityskäytännöstä.

6 TULOKSET

Olen kuvannut tulokset pääluokittain. Pääluokkia on kaksi ja ne ovat uuden lääkityskäytännön toimivat osa-alueet ja uuden lääkityskäytännön kehittämistä vaativat osa-alueet. Pääluokat sisältävät yhteensä kahdeksan yläluokkaa, jotka puolestaan kattavat kaikki alaluokkansa.

6.1 Uuden lääkityskäytännön toimivat osa-alueet

Hoitajat olivat pääasiallisesti tyytyväisiä itse käytäntöön ja kokivat uuteen lääkityskäytäntöön siirtymisen positiivisena asiana. Uuden lääkityskäytännön toimiviin osa-alueisiin sisältyy yläluokat *moniammatillinen työyhteisö, hoitajien lääkehoito-osaaminen ja lääkelistojen järjestelmällinen läpikäyminen*.

Moniammatillinen työyhteisö muodostuu palvelukeskuksen hoitohenkilökunnasta, johon kuuluu osastonhoitajan, sairaanhoitajien, perushoitajien ja lähihoitajien lisäksi lääkäri. Hyvä työilmapiiri hoitajien kesken ja potilaiden hyvinvointi motivoivat hoitajia työssään. Hoitajat kokivat voivansa keskustella avoimesti keskenään lääkityksiin ja lääkekäytäntöön liittyen. Mieltään askarruttavista lääkitysasioista hoitajat keskustelivat ensisijaisesti keskenään ja sairaanhoitajan kanssa.

KYSin lääkeinformaatiokeskusta ja apteekkia pidettiin toimivana ja luotettavana yhteistyökumppanina, molempien tahojen mainittiin olevan helposti tavoitettavissa asiantuntevaa apua tarjoten. Uuden lääkityskäytännön myötä tutuksi tullut proviisori koettiin myös helposti lähestyttävänä niinä kertoina, kun häntä oli mahdollista tavata.

Lääkehoito-osaamistaan hoitajat pitivät ajantasaisena. Hoitajat kokivat, että he pärjäsivät hyvin lääkkeisiin ja lääkitykseen liittyvissä asioissa koulutuksellaan ja työkokemuksellaan, mutta he olivat kiinnostuneita saamaan lisää koulutusta työn ohessa. Osa haastatelluista hoitajista muisteli olleensa luennolla, jossa oli puhuttu lääkkeistä ja lääkityksistä. Hoitajat kaipasivat tarkennettua lisätietoa etenkin lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutuksista, sekä vanhusten ja monisairaiden elimistön kyvystä käsitellä ja kestää lääkaineita.

”...ei ois pahitteeksi saada tietoo lääkkeistä enemmän. Että mitä haittavaikutuksia niillä on. Eihän sitä tiedä jos on kymmenen lääkettä, että mitä ne yhdessä tekkeevät, miten reagoivat.”

Palvelukeskuksessa siirryttiin koneelliseen lääkkeiden jakoon samoihin aikoihin, kun monilääkityksiä lähdettiin tarkastamaan yhteistyössä Fimean kanssa. Hoitajat kokivat koneelliseen annosjakeluun siirtymisen pääasiallisesti positiivisena muutoksena, eivätkä kokeneet sen vähentävän merkittävästi heidän lääkkeiden tunnistamistaan. Hoitajilla menee lääkkeiden jakamiseen vähemmän aikaa, kun lääkkeet tulevat apteekista valmiina annospusseissa asukkaiden nimillä.

Koneellista annosjakelua enemmän lääkkeiden tunnistamista vaikeutti geneerinen subsituutio, eli runsas rinnakkaisvalmisteiden käyttö. Rinnakkais- ja alkuperäisvalmisteessa on sama vaikuttava aine, ja sitä on sama määrä samassa annostelumuodossa. Lääkkeen ulkonäkö voi valmistajasta riippuen kuitenkin vaihdella. Rinnakkaisvalmisteet ovat alkuperäisiä valmisteita edullisempia, joten niiden käyttäminen on hyvin perusteltua ja turvallista.

Hoitajat pitivät myös hyvänä asiana lääkkeiden jakamiseen liittyvää, konkreettista aikataulumuutosta. Muutoksen myötä lääkkeiden antoajat suhteutettiin palvelukeskuksen ateria-aikoihin, jolloin lääkkeet jaetaan asukkaille ruokailun yhteydessä, jos se lääke- ja potilaskohtaisesti on mahdollista toteuttaa.

Hoitajat arvioivat, että asukkaiden omaiset ovat myös kiinnostuneita tietämään enemmän lääkityksistä ja monilääkityksen järjeistämistä ylipäätään. Asukkaiden omaiset ovat olleet aktiivisia hakemaan tietoa lääkkeistä eri tietolähteistä, mm. internetistä. Joidenkin asukkaiden omaiset olivat erään lääkityskäytännöstä tehdyn lehtiartikkelin perusteella siinä uskossa, että uuden lääkityskäytännön myötä palvelukeskuksessa ei käytetty lääkkeitä enää ollenkaan.

Asukkaiden lääkelistojen järjestelmällistä läpikäymistä hoitajat pitivät yksimielisesti hyvänä asiana ja sen myötä tapahtunutta tarpeettomien lääkitysten purkamista. Uusi käytäntö kohteli asukkaita tasapuolisesti ja kävi asukkaiden

lääkelistat läpi järjestelmällisesti. He kokivat, että uuden käytännön myötä tapahtunutta, huomattavaa taloudellista säästöä tärkeämpää oli potilaiden hyvinvointi ja toimintakyvyn säilyminen.

“Ehottomasti hyvä on että tämä Fimea on tuonu esille näitä lääke -ja lääkitysasioita, että sinäsä että käyään läpi. Kun niitä käy ammattilaiset läpi ja niitä tehään semmosella oikeella lailla, oikeella tyylillä, niin varmasti on apu.”

6.2 Uuden lääkityskäytännön kehittämistä vaativat osa-alueet

Uuden lääkityskäytännön kehittämistä vaativiksi osa-alueiksi nousivat *tiedonkulku työyhteisössä, esimiestyö ja palautekeskustelu, asukkaiden käytöshäiriöt, sitoutunut hoitohenkilökunta ja tiimityön tehostaminen.*

Tiedonkulku työyhteisössä herätti kaikkein eniten keskustelua hoitajissa. Kaikki haastatellut hoitajat kokivat, että heitä tiedotettiin epämääräisesti ja puutteellisesti heti uuden lääkityskäytännön alusta alkaen. Uuteen lääkityskäytäntöön siirtymisestä ja yhteistyöstä Fimean kanssa kerrottiin hoitajien mielestä liian niukasti. Hoitajat kertoivat saaneensa tietoa uudesta lääkityskäytännöstä hajanaisesti eri lähteistä, eräs hoitaja oli lukenut lehdestä olevansa mukana uutta lääkityskäytäntöä pilotoimassa. Yksi haastateltava muisteli nähneensä jonkun esitteen kahvihuoneessa ja toinen hoitaja muisti saaneensa alussa tietoa sairaanhoitajalta ja osaston lääkäriltä.

Hoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että huolelliset alkujärjestelyt ja koko hoitohenkilökunnan tavoittava tiedottaminen hyvissä ajoin ennen käytäntöön siirtymistä on ensiarvoisen tärkeää.

”Minusta se hirmu huonosti ilmoitettiin meille, et oikeestaan vähän jälkijunassa tuli vasta sitten meille tieto siitä kun me alettiin ihmettelemään niitä lääkityksiä. Ei ees tietetty että ollaan siinä Fimeassa mukana.”

Erittäin tärkeänä hoitajat pitivät myös avointa keskustelua ja säännöllisiä palavereja moniammatillisen työyhteisön kesken, jotka olivat heidän kokemustensa mukaan vähintäänkin puutteelliset nykyisellään. Hoitajat olivat tietämättömiä uuteen lääkityskäytäntöön siirryttäessä käytännön tavoitteista ja

aikataulusta, eikä heillä ollut haastattelujen aikana ajankohtaista tietoa käytännön nykytilasta tai yhteistyön jatkumisesta Fimean kanssa.

”Mut en mä ainakaan tiijä tästä Fimean projektista paljoa että missä se on tällä hetkellä menossa.”

”Se on tavallaan nyt jäissä. Minä...minun mielestä se on nyt jäissä. Että se on ollu jonkun aikaa jäissä nyt.”

Säännölliset osasto- tai tiimipalaverit eivät nykytilanteessa toteutuneet, vaan niiden järjestyminen oli satunnaista ja kärsi henkilökunnan resurssien puutteesta.

Esimiestyötä ja palautekeskustelua käsiteltäessä hoitajat eivät olleet varmoja millä tavalla heidän esimiehensä olivat mukana ja sitoutuneet uuteen lääkityskäytäntöön, eikä esimiehen läsnäolo näkynyt osastolla kuin poikkeustapauksissa. Hoitajat kaipasivat osastonhoitajan fyysistä läsnäoloa ja kokivat sillä olevan positiivista merkitystä, että osastonhoitaja olisi helposti tavoitettavissa hoitajien työaikana. Haastattelujen aikana osastoille vaihtui uusi osastonhoitaja, jonka hoitajat toivoivat olevan helposti tavoitettavissa ja tiiviissä yhteistyössä hoitajien kanssa.

”Sillä on iso merkitys kun hän [osastonhoitaja] on paikan päällä tällä samalla osastolla.”

Palautetta työstään hoitajat muistelivat saaneensa käytännön alkuaikoina, kun osaston lääkäri oli antanut hoitajille positiivista palautetta heidän tekemistään kirjauksista sähköiseen potilastietojärjestelmään. Hoitajat olivat epä tietoisia heidän antamansa palautteen menemisestä eteenpäin, eikä tilaisuutta antaa ja vastaanottaa palautetta ollut riittävän usein.

”No ollaan annettu sitä palautetta näissä meidän osastokokouksissa, mutta mutta eihän meiltä oo kukaan mitään kysyny. Ja onko se palaute menny eteenpäin, vai onko vaan tässä meidän osastolla.”

Asukkaiden käytöshäiriöt alkoivat näkymään lääkityksiä muutettaessa. Lääkkeiden vähentäminen ja väheneminen nähtiin haastattelujen perusteella ensisijaisesti positiivisena asiana, mutta toisaalta hoitajia myös askarrutti lääkkeiden liian nopea vähentäminen, minkä seurauksena potilaiden voimneissa saattoi tapahtua rajujakin muutoksia. Osa asukkaista reagoi lääkannostusten

muuttamiseen ja vähentämiseen. Käytöshäiriöistä hoitajat mainitsivat potilaiden huutelemisen, levottomuuden, aggressiivisen käytöksen ja tyypilliset masennuksen oireet.

Hoitajat kokivat potilaiden voinnin muutokset hankalina ja niistä kertomisen omaisille vaikeana. Näissä tilanteissa he olisivat kaivanneet lääkäriä keskustelemaan lääkevähennyksistä – ja muutoksista omaisten kanssa.

Sitoutunutta hoitohenkilökuntaa hoitajat pitivät ensiarvoisen tärkeänä oman työnsä sujuvuuden, mielekkyyden ja asukkaiden hyvän voinnin kannalta.

Haastatteluissa mainittiin toistuvasti usein vaihtuva osastonlääkäri ja lääkärintajaisuuudet. Haastattelujen aikana osastolla oli poikkeuksellisesti tilanne, jossa toinen vakituisista sairaanhoitajista oli poissa ja tilannetta oli paikattu varahenkilöstöstä saadulla sairaanhoitajalla. Hoitajat pitivät tärkeänä, että heidän vakituiset sairaanhoitajansa tuntevat osastojen asukkaat ja pystyvät tietämyksensä pohjalta arvioimaan ja seuraamaan asukkaiden vointia ja lääkityksiä.

”Ammattitaitoinen lääkäri, geriatri. Vanhoja ihmisiä hoitanu ihminen, joka ois pitkään, että vaihtuvuutta ei ois. Joka tuntee vanhan ihmisen fysiologian ja on kokemusta lääkehoidosta.”

Lääkärin saattoi nykyisellään tavoittaa päivisin vain sähköpostin välityksellä; lääkäri soitti virka-aikoina sopivan tilaisuuden tullen takaisin luettuaan sähköpostin. Lääkäri on fyysisesti hoitajien tavoitettavissa parina kertana viikossa, minkä hoitajat kokivat riittämättömänä potilaiden voinnin seuraamista ajatellen. Lääkäri ei myöskään tavannut potilaita järjestelmällisesti, vaan saattoi käydä tapaamassa vain sellaisia potilaita, joiden voinnissa oli tapahtunut muutoksia ja joista hoitajat erikseen mainitsivat lääkärille.

Akuuteissa tilanteissa ja viikonloppuisin hoitajat soittivat yhteispäivystykseen, minkä he kokivat hankalana ja päivystystä turhaan kuormittavana käytäntönä. Mikäli puhelimitse keskustelemalla tapahtuva lääkärin konsultaatio on riittämätön, potilas lähetetään yhteispäivystykseen ambulanssilla. Hoitajat kokivat, että ammattitaitoinen, vanhusten hoitamisesta kokemusta omaava ja sitoutunut lääkäri olisi erittäin tarpeellinen heidän yksikkönsä.

”Varsinkin perjantapäivä on sellanen haasteellinen, kun

viikonloppu on tulossa. Et sit pitää soittaa yhteispäivystykseen, jossa on muutenkin ryysistä. Musta tuntuu hurjalta ku pitää kuormittaa sitte täältä vielä sitä”

Lääkärin läsnäoloa pidettiin tärkeänä myös kokonaisvaltaisen hoitotyön toteuttamisen kannalta, esimerkiksi potilaiden omaiset olivat halukkaita tietämään omaistensa voimien muutoksista ja ottamaan kantaa lääkehoitoon.

Tiimityön tehostaminen tuli puheeksi haastatteluissa käytännön kehittämisestä keskusteltaessa. Osa hoitajista toi ilmi halunsa osallistua toimintamallien kehittämiseen ja ideointiin alusta alkaen, mutta he kokivat nyt jääneensä tyystin kaiken uuteen käytäntöön liittyvän kehittämistoiminnan ulkopuolelle.

”Eikä kysytty että halutaanko me tai onko meillä mitään näihin toimintamalleihin mittään ideoita tai millä aikataululla edetään...”

Parhaaksi vaikuttamiskeinokseen hoitajat nimesivät huolellisen kirjaamisen, jonka he kokivat lääkityskäytännön alussa saamansa palautteen perusteella toteuttaneensa hyvin. Hoitajat toivoivat käytännön jatkuessa lisää mahdollisuuksia saada äänensä kuuluviin asukkaita ja omaa työntekoaan koskevissa päätöksissä.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia heidän siirtyessään ja jo siirryttyään toteuttamaan uutta lääkityskäytäntöä, jonka tarkoituksena oli monilääkityksen järjeistäminen heidän toimintayksikössään. Opinnäytetyöni keskeiset tulokset ovat yhteneväisiä aiempien iäkkäiden lääkehoitoa ja monilääkitystä käsittelevien tutkimusten ja suositusten kanssa vastaten myös tutkimuskysymykseeni.

Haastatteluissa hoitajat toivat esiin omia havaintojaan ja kokemuksiaan käytäntöön liittyen ja heillä oli antaa ehdotuksia lääkityskäytännön toimivuuden parantamiseksi omaa ja muita terveydenhuollon toimintayksiköitä ajatellen. Tulosten mukaan käytännössä on toimivia osa-alueita, mutta toimintaa tulee myös kehittää huomattavasti nykyisestään selkeyttämällä, yhtenäistämällä ja tehostamalla toimintatapoja.

Hoitajat pitivät yksimielisesti jokaisen potilaan lääkityksiin puuttuvaa kokonaislääkityksen arviointia ja monilääkityksen järjeistämistä hyvänä käytäntönä. Jyrkän (2011, 128) tutkimustuloksissaan esittämien suositusten mukaan iäkkäiden lääkitystä tulisi arvioida rutiininomaisesti ainakin kerran vuodessa. Arvioinnilla pyritään optimoimaan lääkehoito niin, että tarpeettomalta monilääkitykseltä vältytään.

Hoitajat näkivät ja tunnistivat lääkitysmuutosten vaikutukset asukkaiden voinnissa. Taloudellisia säästöjä merkittävämpinä hoitajat pitivät asukkaiden hyvinvointia ja toimintakykyä. Tulosten mukaan tarpeettomien lääkkeiden poistaminen ja annosten pienentäminen näkyivät noin kolmanneksella potilaista virkistymisenä ja toimintakyvyn parantumisena. Joidenkin asukkaiden kohdalla jouduttiin palaamaan ainakin osittain aiempaan lääkitykseen. (Ahonen ym. 2013.)

Hoitajat pitivät lääkeosaamistaan hyvänä ja olivat halukkaita käyttämään lääkehoito-osaamistaan. He kaipasivat kuitenkin lisää täydentävää, ajankohtaista

tietoa iäkkäiden lääkehoidosta ja monilääkityksen haittavaikutuksista.

Haastatteluissa tuli myös ilmi, ettei iäkkäiden lääkehoidosta ei ole vielä tehty hoitosuosituksia. Samaan asiaan on kiinnittänyt huomiota Jyrkkä (2011, 128), jonka mukaan iäkkäille tulisi laatia hoitosuosituksia, joilla yhtenäistää iäkkäiden hoitotyön käytäntöjä.

Sosiaali- ja terveysministeriölle tekemässään selvityksessä Kivelä (2006, 34–53) pitää iäkkäiden lääkehoidon järjestämisen kannalta ensiarvoisen tärkeänä ammattitaitoisen hoitohenkilöstön osaamisen varmistamista säännöllisellä täydennyskoulutuksella. Selvityksessä suositellaan koulutusohjelmien sisältöjen muuttamista vastaamaan paremmin ikääntyvän väestön tarpeita ja terveydenhuollolle asettamia haasteita.

Brittiläisen tutkimuksen (Loganathan, Singh, Franklin, Bottle & Majeed 2011) mukaan kokonaislääkityksen arvioinnissa ja iäkkäille sopimattoman lääkityksen purkamisissa parhaisiin tuloksiin päästään hyödyntäen uusinta tietoa ja kouluttamalla henkilökuntaa.

Lähtökohtaisesti hoitajat pitivät työyhteisönsä moniammatillisuudesta ja kokivat työilmapiirin myönteiseksi. Moniammatillisuus jäi kuitenkin toteutuksessaan puolitiehen henkilökunnan, etenkin lääkäreiden vaihtuvuuden takia. Hoitajat kokivat, että lääkärit eivät ehtineet perehtyä potilaiden tietoihin tarpeeksi hyvin ja tapasivat potilaita epäsäännöllisesti.

Kivelän (2006, 66) selvityksen mukaan iäkkään potilaan kokonaisvaltainen hoito toteutuu parhaiten, kun henkilökunnan vaihtuvuus on pientä. Hoitohenkilökunnan pitkiä työsuhteita pidetään keskeisenä tekijänä työntekijöiden osaamisen kehittämisessä ja motivaation ylläpitämisessä. Selvityksen mukaan lääkäreiden vaihtuminen ja lääkärivaje, vanhustyöntekijöiden lyhytaikaiset työsuhteet, sijaisten puute ja siitä johtuva kiire ovat esteitä myös lääkkeettömän hoidon kehittymiselle ja käyttämiselle.

Jyrkkä (2011, 128) esittää suosituksessaan, että lääkehoidon arvioinnin tulisi tapahtua moniammatillisena yhteistyönä, jolloin lääkehoitoa olisi arvioimassa ainakin lääkäri tai geriatri, hoitaja, farmaseutti, fysioterapeutti ja

ravitsemusterapeutti. Moniammatillisella yhteistyöllä saavutetaan kattava kuva iäkkään lääkityksen tarpeesta ja toimintakyvystä.

Eniten keskustelua syntyi puutteellisten alkuvalmistelujen ja uuteen lääkityskäytäntöön siirtymisen aiheuttamasta hämmennyksestä. Hoitajat eivät tienneet mitä heiltä odotetaan ja miten uusi käytäntö tulee vaikuttamaan heidän työntekoonsa. Hoitajat olivat kiinnostuneita käytännön toteuttamisesta, mutta heiltä puuttui kokonaiskuva ja tarpeellista tietoa käytännön tarkoituksesta, tavoitteista, aikataulusta ja jatkumisesta. Hoitajilla oli myös tunne siitä, että he jäivät tiedon ulkopuolelle, eikä heitä otettu mukaan käytännön kehittämiseen.

Toimiakseen sujuvasti käytäntö vaatisi selkeät tavoitteet ja päämäärän, jotka olisivat koko henkilökunnan tiedossa. Kontion (2010, 8) mukaan moniammatillista yhteistyötä tekeviltä edellytetään vastuuntunnon, toisten asiantuntijuuden kunnioittamisen, kuuntelu- ja ilmaisutaitojen lisäksi ennen kaikkea selkeää käsitystä omasta tehtävästä sekä kokonaisuuksien ymmärtämistä.

Hoitajilta puuttui mahdollisuus säännölliselle palautteen antamiselle ja saamiselle uutta lääkityskäytäntöä koskien. Osa ei ollut varmoja havainnoiko riittävän hyvin muutoksia potilaiden voinnissa. Palautekeskusteluilla on merkittävä työmotivaatiota edistävä vaikutus. Palautetta voi saada potilailta tai heidän omaisiltaan, työkavereilta, opiskelijoilta tai esimiehiltä. Palautteen voi kokea positiivisena, siitä voi oppia jotain uutta tai kokea onnistumista työssään. Esimiehen antaman palautteen, hoitajien työmotivaation ja henkilöstön yhteenkuuluvuuden välillä on tutkitusti voimakas yhteys. (Huttunen, Kvist & Partanen 2009, 24.)

7.2 Lääkityskäytännön kehittämisehdotukset

Tiedottamiseen ja tiedonkulkuun tulisi kiinnittää huomiota niin, että kaikilla henkilökuntaan kuuluvilla on oikeus ja mahdollisuus ajankohtaiseen tietoon käytännön tavoitteista, menetelmistä ja aikatauluista ja varata esivalmisteluihin riittävän pitkä aika. Myös potilaat ja potilaiden omaiset ovat oikeutettuja saamaan

asianmukaista ja ajankohtaista tietoa omaistensa lääkitysmuutoksiin liittyen. Ajankohtaisella tiedolla estetään myös virheellisen tiedon ja huhujen leviäminen.

Moniammatillista yhteistyötä tulee vahvistaa niin, että kaikilla potilaiden lääkehoitoon osallistuvilla, henkilökuntaan kuuluvilla on mahdollisuus tulla kuulluksi ja osallistua käytännön ideointiin. Säännöllisillä tapaamisilla ja palavereilla koko lääkehoitoon osallistuvan henkilökunnan kesken luodaan tilaisuus, jossa palautteen antaminen ja saaminen on luontevaa.

Hoitohenkilökuntaa palkattaessa tulee erityisesti kiinnittää huomiota työsuhteen laatuun. Pitkillä työsuhteilla luodaan hoitohenkilökunnan pysyvyyttä ja jatkuvuutta käytäntöihin. Pitkäaikainen henkilökunta luo hyvät edellytykset sitoutuneeseen ja motivoituneeseen työskentelyyn ja turvaa osaltaan asukkaiden hyvinvointia ja potilasturvallisuutta.

Iäkkäiden lääkehoitoon ja lääkehoidon optimoimiseen liittyvän koulutuksen järjestäminen koko henkilökunnalle ja työyhteisön lääkehoito-osaamisen säännöllinen päivittäminen on perusteltua ja tarpeellista, kun ollaan tekemisissä iäkkäiden lääkehoidon parissa. Kokonaisvaltaisen lääkehoidon toteuttamisessa ajankohtainen tieto lääkeaineiden ominaisuuksista ja mahdollisista haittavaikutuksista on erittäin tärkeää ja olennaista. Esimiehen tehtävä on huolehtia ja järjestää riittävä lääkehoitokoulutus toimintayksikössä.

7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöni eettisyyttä ja luotettavuutta arvioinnissa käytin apuna Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita (2014). Ohjeissa määritellään hyvän tieteellisen käytännön tarkoittavan muun muassa sitä, että tutkija huomioi koko tutkimusprosessin ajan rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden, niin aineiston keräämisessä, käsittelyssä kuin tulosten julkaisemisessakin.

Tiedonhankinnan, tutkimisen ja arviointimenetelmien tulee olla avoimesti tarkasteltavissa niiltä osin kun se ei loukkaa haastateltavien henkilöiden yksityisyyttä. Haastatteluun osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja noudattaa hyvää tutkimuseettistä käytäntöä, johon sisältyy vapaaehtoisuuden ja

luotettavuuden lisäksi mm. haastateltavien anonymiteettiys aineistoa käsiteltäessä ja tulosten esittämisessä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20).

Opinnäytetyössäni eettisyys on toteutunut läpi tutkimusproessin, alkaen aiheen valinnasta. Aihe oli ja on edelleen ajankohtainen ja lähestymistapa siihen uusi; hoitajien kokemuksia lääkityskäytäntöjen toteuttamisessa ei ole aikaisemmin tutkittu tässä laajuudessa. Olen saanut tutkimukselleni asianmukaisen tutkimusluvan ja haastateltavat ovat osallistuneet tutkimukseen vapaaehtoisesti. Kerroin haastateltaville tutkimuksen tarkoituksesta ja haastattelumateriaalin käytöstä sekä kirjallisesti että suullisesti.

Haastattelemieni hoitajien henkilötiedot eivät paljastu missään vaiheessa tutkimuksen aikana. Aineistoa analysoidessani ja tutkimustuloksia esittäessäni arvioin, että yksittäisiä lauseita ei voida jälkikäteen yhdistää tiettyyn hoitajaan tai hoitajiin. Hoitajien nimet eivät myöskään ole missään ylhäällä, eikä niitä käytetty haastattelujen aikana. Haastatteluissa mainitut satunnaiset nimet olen haastatteluja purkaessani jättänyt kirjoittamatta. Haastattelut ovat olleet vain minun käytettävissäni ja olen hävittänyt haastattelutallenteet asianmukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tarkoituksena on selvittää kuinka totuudenmukaista tietoa tutkittavasta aiheesta on tuotettu. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus ei ole mitattavissa mittarein, vaan luotettavuus syntyy tutkimuksen kaikkien vaiheiden avaamisella. Keskeistä on analysoidun aineiston tuottaminen ja käsittely. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 232.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan vahvistaa sillä, miten aineistonkeruu on tapahtunut menetelmänä ja mitä tekniikkaa aineistonkeruussa on käytetty (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Luotettavuuden vahvistamiseksi olen selittänyt mahdollisimman selkeästi opinnäytetyöniproessin eri vaiheet; tiedonhaun, aineiston keruun ja analysoinnin sekä tulokset omista tekstiosioissaan. Käyttämäni lähteet on merkitty asianmukaisesti tekstiin ja lähdeluetteloon.

Tutkimukseni luotettavuuteen ja sen arviointiin liittyy olennaisesti haastattelujen tekemiseen liittynyt tiedonkulun katkeaminen. Haastattelujen onnistumisen kannalta on suositeltavaa, että tiedonantajat eli haastateltavat voisivat tutustua kysymyksiin, teemoihin ja aiheeseen jo etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72.)

Tapasin toimeksiantajan edustajan, palvelukeskuksen osastonhoitajan joulukuussa 2013 ja sovimme haastattelut keväälle 2014. Hain tutkimusluvan opinnäytetyölleni ja se myönnettiin maaliskuussa 2014. Lähetin pari viikkoa ennen haastattelua postitse saatekirjeet (LIITE1) palvelukeskuksen osastonhoitajalle, joka puolestaan lupasi toimittaa saatekirjeet hoitajille.

Saatekirjeessä kerrottiin tutkimukseni tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta, haastattelun kestosta ja haastateltavan ryhmän koosta sekä haastatteleamalla saadun materiaalin käyttämisestä. Hoitajilla oli mahdollisuus ilmoittaa haastatteluun osallistumisensa osastonhoitajalle, joka välitti tiedon osallistujamäärästä minulle viikkoa ennen haastattelua.

Lähetin haastattelun teemat osastonhoitajalle ennen haastatteluja kommentoitaviksi, eikä hän nähnyt tarpeelliseksi tehdä niihin korjauksia. Yhteydenpitoimme oli säännöllistä koko kevään aina siihen saakka, kun hän lopetti tehtävässään toukokuussa 2014.

Uusi osastonhoitaja aloitti tehtävässään juuri samalla viikolla kun olin sopinut haastattelujen tekemisen, eikä hän ollut tietoinen opinnäytetyöstäni tai haastatteluista. Lähettämäni saatekirjeet eivät syystä tai toisesta olleet tavoittaneet kaikkia hoitajia ja sen takia haastateltujen hoitajien määrä jäi suunniteltua huomattavasti pienemmäksi, eivätkä haastateltavat voineet tutustua ennalta käsin kysymyksiin ja teemoihin.

Haastattelut toteutuivat puutteelliseksi jääneestä tiedonkulusta huolimatta aikataulun mukaisesti ja arvioin haastatteluolosuhteiden olleen kuitenkin suotuisat. Haastattelutilanteissa kaikki haastateltavat saivat sanottua mielipiteensä, eikä haastattelutilanteista ollut mitään häiriötekijöitä, esimerkiksi melua tai kiireen tuntua.

Kävin läpi haastatteluaineiston useaan kertaan. Kuuntelin ensin haastattelut, kirjoitin ne auki tekstiksi ja kuuntelin vielä kerran läpi varmistaakseni, että olen kirjoittanut kaiken kuten se nauhallakin oli. Varsinaisen sisällönanalyysin aikana kävin aineiston läpi vielä useamman kerran, varmistaakseni että sain aineistosta esiin tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon.

Opinnäytetyöni venyi ajallisesti pitkäksi, noin vuoden mittaiseksi prosessiksi. Haavoittuvaisimmillaan prosessi oli juuri haastattelujen alla, kun tiedonkulku takkusi ja haastattelujen toteutuminen ylipäänsä oli epävarmaa. Haastattelujen jälkeen opinnäytetyöni kannalta olennaisimmat käsitteet alkoivat hahmottua uudella lailla ja loppua kohden työstäminen tarjosi hyviä hetkiä kirjoittamisen parissa. Aihevalintaani pidän edelleen ajankohtaisena ja tulevaisuuden hoitotyön haasteiden kannalta merkityksellisenä.

7.4 Tietoperusta

Opinnäytetyöni tietoperustaa varten suoritin hakuja keväällä ja syksyllä 2014 elektronisista tietokannoista Medic, CINAHL ja Cochrane Library (LIITE 4). Hakusanoja olivat hoitotyö/nursing, iäkkäät/aged, monilääkitys/polypharmacy, moniammatillisuus/interdisciplinary communication sekä hakusanojen erilaiset yhdistelmät. Hakusanat tarkastin kahdesta asiasanastosta, jotta ne vastasivat myös toisiaan. Käytetyt asiasanastot olivat YSA ja ja MeSH.

Valintakriteereinä oli aineistojen relevanttius tutkittavan aiheen kannalta. Aineiston tuli käsitellä ikääntyneiden lääkehoitoa. Poissulkukriteerinä oli pieniä ja tarkkaan rajattuja ryhmiä koskevat tutkimukset. Rajasin haun koskemaan vuonna 2007 tai sen jälkeen julkaistuja aineistoja. Ikääntyvien monilääkityksestä on tehty viime vuosina paljon tutkimuksia, mutta hoitajien kokemuksista lääkehoidon toteuttajina oli haastavaa löytää aineistoa.

Tietoperustaan valikoitui hakujen perusteella suomenkielisiä ja englanninkielisiä farmasian väitöskirjoja ja vertaisarvioituja artikkeleja hoito- ja lääketieteellisistä aikakauslehdistä. Muuten hyödynsin kirjaston tietokantaa ja jo entuudestaan

minulle tuttuja lähteitä, joita olivat lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean julkaisut, hoitotyön vuosikirjan artikkelit ja oppaat liittyen oppivaan organisaatioon, moniammatilliseen yhteistyöhön, lääkehoitoon ja laadulliseen tutkimukseen.

LÄHTEET

- Ahonen, J. 2011. Iäkkäiden lääkehoito. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Ahonen, J., Karjalainen, M., Kuohukivi, A., Ojala, R. 2013. Pitkäaikaispotilaiden lääkehoidon järkeistäminen palvelukeskuksessa. [verkojulkaisu] Sic! – lääketietoa Fimeasta 2/2013. [viitattu 4.5. 2014] Saatavissa: http://sic.fimea.fi/etusivu/2_2013
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huttunen, A., Kvist, T. & Partanen, P. 2009. Sairaanhoidajien työmotivaatio ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Tutkiva hoitotyö. Vol. 7, 21–27. Sairaanhoidajaliitto ry
- Jyrkkä, J. 2011. Drug Use and Polypharmacy in Elderly Persons. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto
- Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja.
- Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen vanhustyön ja hoitotyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Helsinki: Sosiaali-ja terveysministeriö.
- Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. TUKEVA-hanke. Oulu. [verkojulkaisu] [viitattu 6.10.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/99678721-328a-49f8-b1cb-495bf4215ff8>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy

Liu, L.M. 2014. Deprescribing: An Approach to Reducing Polypharmacy in Nursing Home Residents. *The Journal for Nursing Practitioners*. Vol. 10. 133–136.

Loganathan, M. Singh, S. Franklin, B.D. Bottle, A. Majeed, A. 2011. Interventions to optimise prescribing in carehomes: systematic review. [verkkojulkaisu] *Age and Ageing* 2011; 40:150–162. Oxford University Press [viitattu 12.11.2014] Saatavissa:

<http://ageing.oxfordjournals.org/content/40/2/150.full.pdf+html>

Niskanen, L. 2013. Ikäihmisten hoitaminen on taitolaji. *Sic! – lääketietoa Fimeasta* 2/2013.

Sosiaali- ja terveysalan valvonta- ja lupavirasto Valvira: Lääkehoidon toteuttaminen – henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako [verkkojulkaisu]. Helsinki. [viitattu 1.9.2014]. Saatavissa:

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen

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

Suomen lääketilasto 2012. 2013. [verkkojulkaisu] Helsinki: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos [viitattu 2.10.2014] Saatavissa: http://www.fimea.fi/download/24954_SLT_2012_net.pdf

Tilastokeskus: Väestöennuste. 2014. [verkkojulkaisu].

Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 12.11.2014].

Saatavissa: <http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/index.html>

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [viitattu 27.9.2014]. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Utriainen, K. 2006. Hoitajien hyvinvointi: Positiivisen hyvinvoinnin lähestymistapa. Tutkiva hoitotyö, vol.4, 4-9. Sairaanhoidajaliitto ry

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

LIITTEET

LIITE 1

SAATEKIRJE

Lahti 23.5.2014

Hyvä hoitaja,

opiskelen Lahden ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teen opinnäytetyöni osastonne hoitajien kokemuksista monilääkityksen järjeistämistä osana moniammatillista tiimiä. Tavoitteena on koota kokemuksia ja havaintoja hoitajien työstä sellaisia yksiköitä varten, joissa ollaan siirtymässä tai harkitaan monilääkityksen järjeistämistä.

Kerään kokemuksia ryhmähaastatteluina kesäkuussa viikolla 23. Haastattelut tapahtuvat työaikana työpaikallanne, yhdessä haastattelussa on 2-3 osallistujaa ja haastattelu kestää arviolta yhden tunnin verran. Osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista, voitte ilmoittaa osallistumisestanne osastonhoitajalle 4.6. mennessä. Antamanne haastattelut käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Haastateltavien tiedot eivät paljastu valmiissa tutkimuksessa.

Opinnäytetyöni julkaistaan syksyllä 2014 ja se on saatavilla internetissä osoitteessa www.theseus.fi. Lisätietoja tutkimuksesta saat minulta, yhteystietoni ovat alla.

Kiitos osallistumisestanne!

Ystävällisin terveisin

Tua Ek-Taiminen

044-3398033

tua.taiminen@student.lamk.fi

LIITE 2

KYSYMYKSET TEEMOITTAIN HAASTATTELUA VARTEN

Työtehtävät ja moniammatillisuus

- Kuinka hoitajien työtehtävät muuttuivat uuden käytännön myötä?
- Miten moniammatillisuus näkyi käytännön työssä?
- Millaisia uusia tietoja ja taitoja saitte työskennellessänne osana moniammatillista tiimiä?
- Miten moniammatillisuus tuki uuteen lääkityskäytäntöön siirtymistä?
- Millaisia tietoja ja taitoja toitte moniammatilliseen tiimiin?
- Millaisia ongelmia uuteen käytäntöön siirryttäessä oli työtehtäviin liittyen?

Työtyytyväisyys

- Minkälaista tukea työyhteisö antoi?
- Millaista tukea olisitte kaivanneet työyhteisöltä?
- Mistä saitte parhaiten tietoa ja tukea uuteen käytäntöön siirryttäessä?
- Miten uusi käytäntö vaikutti työtyytyväisyyden?
- Mitkä tekijät motivoivat uuteen lääkityskäytäntöön siirryttäessä ja toimintaa ylläpidettäessä?

Esimiestyö

- Millaista tietoa saitte esimieheltä/esimiehiltä uuden lääkityskäytännön aloittamiseen liittyen?
- Kuinka kuvailisitte saamaanne tietoa? Millaista tietoa ja opastusta olisitte kaivanneet enemmän?

- Miten lähin esimies/esimehet kannustivat ja tukivat uuteen käytäntöön siirtymisessä?
- Minkälaista tukea kaipasitte esimieheltä/esimiehiltä?
- Miten työntekijöitä motivoitiin sitoutumaan uuteen käytäntöön?

Palaute ja tulokset

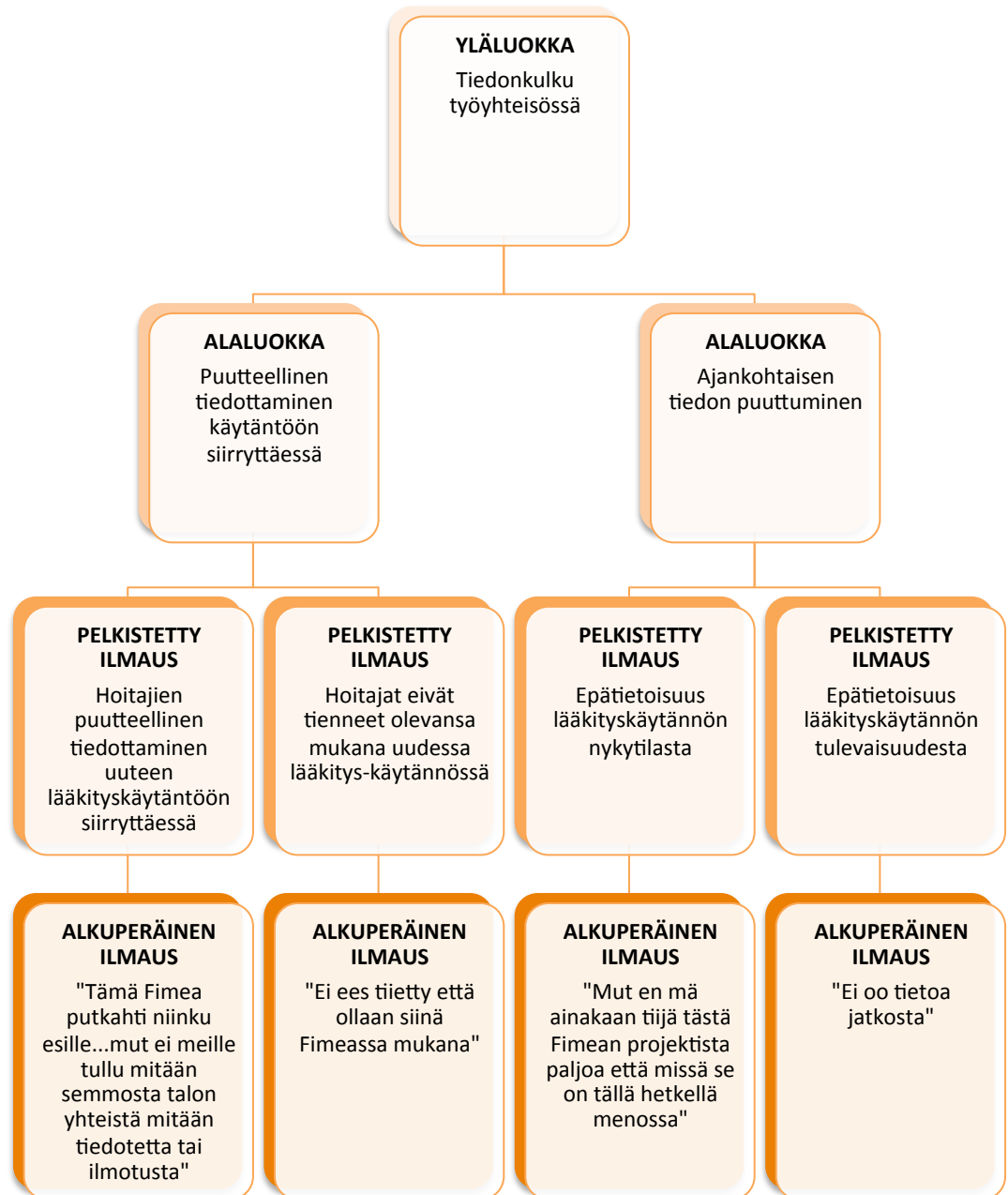
- Miten työntekijöitä informoitiin käytännön sujumisesta?
- Millaista palautetta saitte uuteen lääkityskäytäntöön opetellessa?
- Millaista palautetta annoitte uuteen lääkityskäytäntöön opetellessa?
- Kuinka usein yhteisiä tapaamisia esimiesten ja työntekijöiden kesken oli?
- Kuinka uuden käytännön tuloksista informoitiin?

Parannusehdotukset & toiminnan kehittäminen

- Miten parantaisitte uuden lääkityskäytäntöön siirtymistä?
- Mitkä asiat koette sujuneen hyvin, miksi?
- Mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota jatkossa, miksi?

LIITE 3

Esimerkki aineiston analysoinnista



LIITE 4

Tiedonhaku elektronisista tietokannoista.

Haun ajankohta	Tietokanta	Hakusana(t)	Hakutulos/va littu määrä	Valitut lähteet
20.3.2014	Medic	Ikääntyneet JA monilääkitys	54/2	Jyrkkä, J.2011. Durg use and polypharmacy in elderly persons. University of Eastern Finland. Ahonen, J. 2011. Iäkkäiden lääkehoito: Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. University of Eastern Finland.
20.3.2014	CINAHL	aged AND polypharmacy AND nursing	311/1	Liu, L. 2014. Deprescribing: An Approach to Reducing Polypharmacy in Nursing Home Residents. The journal for nurse practitioners.Vol. 10.
2.10.2014	Cochrane library	nursing AND polypharmacy	2/1	Loganathan, M. Singh, S. Franklin, BD. Bottle, A. Majeed, A. 2011. Interventions to optimise prescribing in carehomes: systematic review. Oxford University Press.