



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Onko osastofarmasia tätä päivää?

Kuutti, Päivi
Väyrynen, Rauni

2015 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Onko osastofarmasia tätä päivää?

Päivi Kuutti ja Rauni Väyrynen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2015

Kuutti, Päivi ja Väyrynen, Rauni

Onko osastofarmasia tätä päivää?

Vuosi 2015 Sivumäärä 73

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosaston ja kotisairaalan henkilökunnan nykykäsitys osastofarmasiasta sekä kartoittaa henkilöstön muutoshalukkuutta osastofarmasian toteuttamiseen Järvenpäässä. Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen.

Teoreettisessa viitekehyksessä määriteltiin osastofarmasiaan liittyviä käsitteitä ja pyrittiin perustelemaan olemassa olevalla tutkimustiedolla, miksi osastofarmasia olisi hyödyllinen käyttöä.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin maaliskuussa 2015 verkkokyselyllä. Sähköinen kyselylomake lähetettiin Järvenpään akuuttiosastojen ja kotisairaalan hoitohenkilökunnalle. Tutkimusaineisto analysoitiin Laurean E-lomakeohjelmistolla.

Tulokset osoittivat, että käsitys osastofarmasiasta vaihteli henkilökunnan keskuudessa lähes täydestä tietämättömydestä kohtalaiseen tietämykseen. Kyselyyn vastanneista suurin osa oli halukas osastofarmasian toteuttamiseen Järvenpäässä.

Toivomme, että tämän opinnäytetyön avulla Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosastolla ja kotisairaalassa voidaan aloittaa lääkehoidon muutosprosessi. Tutkimussuunnitelmaa, tutkimusta ja sen tuloksia voidaan pitää pohjana Järvenpään terveyskeskuksen lääkehoidon muutosprosessissa, mahdollisesti poistamaan ennakkoluuloja osastofarmasiaa kohtaan.

Kuutti, Päivi and Väyrynen, Rauni

Is the "ward pharmacy" ready for today's hospital life?

Year	2015	Pages	73
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to determine the understanding of the ward pharmaceutical services on the Järvenpää primary health care acute medical ward and amongst the home hospital staff. Additionally the aim was to explore the willingness to change the implementation of the pharmaceutical services on the ward in Järvenpää. The study was based on working life.

Concepts which are related to "ward pharmacy" were defined in a theoretical frame of reference and an attempt was made to justify with the existing research information why it would be useful to use the "ward pharmacy".

Our study research method was quantitative. The data was collected in March 2015 through an online survey. The electronic questionnaire was sent to the Järvenpää acute departments and home hospital for all staff. The research material was analyzed using Laurea E-form software.

The results showed that the perception of ward pharmacist varies amongst the staff from being almost full of ignorance to moderate knowledge. Of the respondents, the majority is willing to change.

This thesis can help Järvenpää primary health care acute department and the home hospital's staff to start the process of change concerning pharmacological treatment. The research plan, research, and the results are the basis for the discussion to develop the treatment processes and to possibly remove prejudices towards a "ward pharmacy".

Keywords, ward pharmacy, clinical pharmacy, multiprofessional, medical treatment process, quantitative study, questionnaire

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Farmasia	8
3	Osastofarmasia	9
3.1	Osastofarmasia ja kustannusvaikuttavuus	10
3.2	Osastofarmasia ja potilasturvallisuus.....	12
3.3	Osastofarmasia ja hoitotyö.....	16
3.4	Osastofarmasia ja ennakkoluulot.....	17
4	Osastofarmasia ja lääkehoitoprosessi	18
4.1	Lääkehoidon teoreettiset perusteet	18
4.2	Koulutuksen tuoma osaaminen	20
4.3	Lääkehoitoprosessi	21
5	Osastofarmasia ja moniammatillisuus.....	24
5.1	Asiakaslähtöisyys moniammatillisessa yhteistyössä	28
5.2	Moniammatillinen työryhmä.....	30
6	Tutkimusmenetelmä.....	32
6.1	Tutkimusaineisto ja sen keruumenetelmä	33
6.2	Tutkimuksen kulku	35
6.3	Aineiston analyysi	36
7	Tulosten tarkastelu aikaisempaan tutkimukseen nähden	37
7.1	Taustatiedot	37
7.2	Osastofarmasia	39
7.3	Osastofarmasia ja kustannusvaikuttavuus	40
7.4	Osastofarmasia ja potilasturvallisuus.....	41
7.5	Osastofarmasia ja hoitotyö.....	42
7.6	Osastofarmasia ja lääkehoitoprosessi	44
7.7	Osastofarmasia, moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys	45
8	Pohdinta	50
8.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	51
8.2	Johtopäätökset	52
	Lähteet	56
	Kuvat.....	62
	Kuviot.....	63
	Liitteet.....	64

1 Johdanto

Aidon muutoksen perusta on oppiminen, joka johtaa ajattelun ja käyttäytymisen muuttumiseen. Keskeistä on ihmisten ajattelun ja käyttäytymisen muuttuminen työskentelymallin vaihtamisen myötä. Ihmisten on hyväksyttävä muutos myös tunnetasolla. Ihanteellisin tapa johtaa muutosta on saattaa johdon ja henkilökunnan tunnereaktiot mahdollisimman lähelle toisiaan. Tämä on mahdollista runsaalla tiedonvälityksellä, kysymykset sallivalla avoimella, toimivalla vuorovaikutuksella, arvostamalla oppimista ja yksilön omaa halua kehittää ja kehittyä sekä henkilöstön ottamisella mukaan suunnitteluun ja toteutukseen. (Airikoski & Sallinen 2007, 7, 92; Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 147.)

Henkilökunta ja sen osaaminen ovat organisaation toimintaan ja prosesseihin merkittävimmin vaikuttava tekijä. Hyvin tehty terveystyö perustuu henkilökunnan osaamiseen, uudistumiseen, jaksamiseen ja motivoitumiseen. Ilman riittävää määrää ammattitaitoista ja motivoitunutta henkilökuntaa sekä työyhteisön kokonaisvaltaista hyvinvointia ei ole olemassa hyvää terveydenhuoltoa. (Laaksonen ym. 2012, 12.) Yhteisen vision ja tavoitteiden määrittely on organisaation toimivuuden kannalta tärkeää samoin kuin arvojen täsmentäminen yhteisesti koko organisaatiolle. Työhön sitoutuminen, aloitekykyisyys, vastuuntuntoisuus sekä niin omien vahvuuksien kuin heikkouksien tunnistaminen luovat pohjan toiminnan parantamiselle. Terveystyön henkilöstön uudistuminen ei ole vain lääkärin, sairaanhoitajien tai lähihoitajien vaihtuvuutta ja uusia henkilöstöhankintoja vaan heidän kykyään kokeilla ja käyttää uusia toimintatapoja. Halu kehittyä ja uudistua kulkevat käsi kädessä tiedon lisääntyessä ja samalla kasvaa kokeilunhalu sekä uuden tiedon käyttöönoton kynnys alenee. Näin työhön voidaan luoda uusia ja parempia toimintamalleja ja -tapoja. (Laaksonen ym. 2012, 147.)

Työelämän tutkimuksen tärkeä tavoite on yhteisen kielen, käsitteiden ja keskustelukulttuurin luominen eri toimi- ja ammattialojen sekä niiden sidosryhmien kesken. Yhteisen keskustelukulttuurin avulla vuorostaan voidaan ylläpitää, luoda ja muuttaa käytäntöjä sekä toiminta- ja ajattelutapoja. Kun ratkaisut ja päätöksenteko monialaisten toimijoiden kesken perustuvat tutkimuksen avulla tuotettuun tietoon, myös yhteinen päätöksenteko käytännössä on helpompaa. (Vilkkä 2005, 14.)

Olemme saaneet opinnäytetyön toimeksiannon Järvenpään terveystyön ylihoitajalta Nina Nikkiseltä. Järvenpään terveystyöjen johdon visio on, että Järvenpään terveystyökeskuksen akuuttiosastolla ja kotisairaalassa on tulevaisuudessa käytössä osastofarmasia. Koemme olevamme osana Järvenpään kaupungin akuuttiosaston ja kotisairaalan lääkehoitoprosessin uudistamista ja avustamassa lähiesimiehiä muutosprosessissa.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosaston ja kotisairaalan henkilökunnan tämän hetkistä käsitystä osastofarmasiasta sekä kartoittaa henkilöstön halukuutta osastofarmasian toteuttamiseen. Tavoitteena on, että saatua tietoa voisi käyttää moniammatillisen hoitotyön kehittämisessä ja osastofarmasian suunnittelussa. Kirjallisuuden ja tutkimusten perusteella muodostetaan kuva osastofarmasiasta ja perehdytään moniammatillisuuteen. Teoreettisen viitekehyksen valmistuttua teemme sähköisen kyselyn hoitajille ja lääkäreille. Tulosten selvittyä pidämme osastotunnin, jonka tarkoituksena on lisätä henkilökunnan tietoisuutta osastofarmasiasta, selvittää osastofarmasian hyötyjä henkilökunnalle ja virittää tutkimuksen tulosten perusteella keskustelua lääkehoitoprosessin kehittämisestä Järvenpäässä.

Osastofarmaseutin työskentelyn toimitusyksikössä on todettu vähentävän lääkitysvirheitä ja lääkehävikkiä sekä parantavan lääkehoidon laatua (Ahonen, Hartikainen, Ahonen, Hartikainen, Halonen, Koljonen, Ojala, Saano & Savolainen 2013,171). Tynismaa (2012) tutkimuksessaan lähetti keväällä 2011 kyselyn kaikkiin sairaala-apteekkeihin (n=24) ja useisiin lääkekeskuksiin (n=94). Kyselyn avulla hän tutki osastofarmasian palvelujen yleisyyttä, sisältöä ja hyötyjä. Vastauksia hän sai 71 yksiköltä, joiden joukossa oli 20 sairaala-apteekkia ja 51 lääkekeskusta. Näistä puolessa (n=36) oli osastofarmasian palveluja. Tutkielmassa selkeimpiä osastofarmasian avulla saavutettuja hyötyjä olivat moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen sekä hoitajien ja lääkäreiden työajan säästyminen. Lisäksi osastofarmasian havaittiin pienentävän lääkekustannuksia sekä vähentävän lääkityspoikkeamia tai raportointikäytäntöjä. Osastofarmasian myötä osaston toiminnot parantuivat lääkehoidon osalta.

Opinnäytetyömme tutkimus tehdään Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosastolla ja kotisairaalassa. Akuuttiosasto toimii tänä päivänä fyysisesti kahtena eri osastona akuuttiosasto yksi ja akuuttiosasto kaksi, mutta käytämme opinnäytetyössämme selvyiden vuoksi yksikkömuotoa. Järvenpään terveyskeskussairaalan akuuttiosaston tehtävänä on tarjota akuutisti sairastuneille järvenpääläisille aikuispotilaille kokonaisvaltaista, asiakaslähtöistä ja moniammatillista sairaalahoitoa. Tavoitteena on potilaan kuntoutuminen parhaalle mahdolliselle toimintakyvyn tasolle. Lisäksi akuuttiosasto huolehtii kotisairaalan kanssa yhteistyössä perusterveydenhuollon potilaiden palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Järvenpään terveyskeskussairaalan kotisairaala tarjoaa sairaalahoitoa korvaavaa lyhytaikaishoitoa järvenpääläisen potilaan kotona, lyhytaikaista hoitoa sekä tukea sairaalasta kotiutuville potilaille. Lisäksi kotisairaala huolehtii järvenpääläisistä kotona asuvista palliatiivisen hoidon potilaista ja kotisaattohoidosta toimien palliatiivisen hoidon asiantuntijajaysikkönä. Tavoitteena on edistää potilaan hyvinvointia ja terveyttä hänen kotonaan. (Toimintasuunnitelma 2012.) Järvenpään akuuttiosastolla työskentelymallina on vastuuhoidot ja tiimityö. Lähi- ja perushoitajat huolehtivat vuoronsa aikana vastuullansa olevien potilaiden hoidosta kokonaisvaltaisesti. Suoritettuaan sähköisen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lääkehoito osaaminen verkossa (LOVe)

tentin hyväksytysti ja näytöt tehtyään lähi- ja perushoitajat voivat antaa potilaalle luonnollista tietä annettavia lääkkeitä. Sairaanhoidtaja suorittaa suonen sisäisten lääkkeiden LOVE-tentin ja antaa näytöt ja saa näin luvan i.v.-lääkehoitoon.

2 Farmasia

Suomi sivistyssanakirjan (2013) mukaan farmasia on lääkkeenvalmistusoppia ja apteekkialaa. Farmasian tiedekunnan (2006) verkkosivulla farmasian sanotaan olevan lääkehuoltoon erikoistunut sekä monitieteinen tieteenala, joka sisältää luonnontieteet, terveystieteet ja yhteiskuntatieteet. Farmasiassa tutkitaan eri näkökulmasta lääkeaineita ja -valmisteita sekä niiden kehittämistä, valmistamista, käyttöä ja vaikutuksia. Sairaalfarmasia on sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten tekemää farmaseuttista työtä. Sairaalfarmasia on lääke- ja sairaanhoidon erillinen osaamisalue, joka on osa potilaan kokonaisuhoitoa. Sairaalfarmasian asiantuntijat ohjaavat lääkehoitokäytäntöjä ja tukevat potilaan lääkehoidon onnistumista terveydenhuollon yksikössä. Sairaalfarmasiolla pyritään lääkehuollon järjestämiseen tarkoituksenmukaisesti, kustannustehokkaasti ja turvallinen lääkehoito huomioiden. (Kliininen farmasia 2015.) Suomalainen sairaalfarmasia perustuu lääkelogistiin palveluihin. Lääkelogistiikka on sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten tuottamaa palvelua: lääkkeiden hankintaa, varastointia ja toimittamista esimerkiksi terveyskeskuksen osastolle. Tärkeä osa sairaalfarmasiaa on farmasian ammattilaisten tarjoama ammattitaito lääkkeen valmistukseen sekä lääkkeenkäytön valvonta ja seuranta. 2000-luvun sairaalfarmasiaa on lääkeinformaatio terveydenhuollon ammattilaisille. Vuorovaikutuksen vahvistaminen farmasian ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä sekä potilaille lääkeneuvonnan antaminen kuuluvat myös tälle vuosituhannelle. (Nylander & Järviluoma 2005, 55, 58.)

Kliininen farmasia on vastuunottoa potilaan lääkityksestä yhteistyössä koko muun hoitohenkilöstön kanssa. Kliiniseen farmasiaan kuuluvat yksilökeskeisyys, moniammatillinen yhteistyö, lääkehoidon rationaalisuus, kliininen farmakologia ja hoitoon sitoutuminen. Kliinisen farmasian kehittymistä ovat vauhdittaneet lääkehoitojen monimutkaistuminen, lääketiedon lisääntyminen, lääkkeiden käytön yleistyminen, väestön ikääntyminen ja kasvava tietoisuus lääkitysongelmista ja niiden ehkäisystä. Kliinisen farmasian tarkoituksena on edistää lääkkeiden turvallista, tehokasta, tarkoituksenmukaista ja taloudellista käyttöä. Suomessa kliininen farmasia on kehittynyt vasta viime vuosina. (Ahonen ym. 2013, 161-162.) Airaksisen mukaan (2013, 3) kliininen farmasia on terveystieteiden tieteenala, jossa farmaseuttien ja proviisoreiden tavoitteena on potilaiden lääkehoidon optimointi sekä terveyden edistäminen. Kliinissä farmasiassa korostetaan rationaalista, järkevää lääkkeiden käyttöä ja siihen vaikuttamista, lääkehuoltopalvelujen kehittämistä ja arviointia sekä lääkitysturvallisuutta. Kliininen farmasia edellyttää moniammatillista ja -tieteistä yhteistoimintaa sekä yhteistyötä potilaan tai asiakkaan kanssa. Se kattaa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöt niin

avo- kuin laitoshoidossa, joissa osana potilaan hoitoa on lääkehoito. Kliinistä farmasiaa ovat apteekkien antama lääkeneuvonta ja lääkehoidon arviointipalvelut. European Society of Clinical Pharmacy (2014) määrittää, että kliininen farmasia on työkalu lääkkeiden paremman käytön, parempien terveyden tulosten ja terveydenhuollon resurssien parempaan käyttöön. Tyypillisiä kliinisen farmasian palveluita ovat lääkehoidon turvatarkastukset, lääkitysten arviointi ja osastofarmasia. Sen tavoitteena on parantaa lääkehoidon turvallisuutta, löytää lääkekustannusten optimaalinen taso ja hyödyntää farmaseuttista ammattitaitoa terveydenhuollossa parhain mahdollisin tavoin. (Saano, Naaralahti, Helin-Tanninen & Järviluoma 2005, 159.)

3 Osastofarmasia

Osastofarmasia on osastoille vietyä sairaalafarmasiaa (Sutinen 2014). Osastofarmasialla tarkoitetaan niitä tehtäviä, joita farmasisti eli farmaseutti, proviisori tai lääketyöntekijä tekee osastoilla. Hepplerin ja Strandin (1990) mukaan käsite kliinisestä farmasiasta liittyy voimakkaasti käsitteeseen farmaseuttisesta hoidosta. Farmaseuttisella hoidolla tarkoitetaan vastuullisen ja järkevän lääkehoidon tarjoamista, jonka tarkoituksena on parantaa potilaan tai asiakkaan elämänlaatua. (ks. Rynänen 2013, 1.) Valkonen, Koljonen, Ojala ja Laitinen (2014, 275) toteavat, että päätehtävinä farmaseuttisessa hoidossa on tunnistaa mahdollisia ja todellisia lääkeongelmia sekä ehkäistä ja ratkaista niitä. Osastofarmasian tavoitteena on kokonaisvaltainen vastuunotto osaston lääkehuollosta ja farmaseuttinen vastuunotto potilaan lääkityksestä. Osastofarmasian sisältö eli käytännössä osastofarmaseutin toimenkuva vaihtelee sairaaloittain ja jopa osastoittain. Pääpaino on ollut osaston lääkelogistiikasta huolehtimisessa, lääkeannosten käyttökuntoon saattamisessa ja lääkkeiden jaossa potilasannoksiin. Lisäksi lääkelogistiikkaan kuuluu erilaisten lääkkeisiin ja lääkehoitoihin liittyvien ongelmien selvittely. Osastofarmaseutit osallistuvat myös henkilökunnan kouluttamiseen ja potilaiden lääkeneuvontaan. Osastofarmasia on koko ajan kehittymässä kohti kliinisempää, monessa maassa käytössä olevaa käytäntöä, jossa farmaseutti osallistuu aktiivisesti lääkehoidon laadunvarmistukseen tekemällä potilaan tulohaastatteluja, arvioimalla ja tarkistamalla lääkitystä sekä neuvomalla potilaita lääkkeiden käytössä. Osastofarmasia on kehittymässä kliinisen farmasian palveluiksi sairaaloissa. (Koskinen, Puirava, Salinmäki, Puirava & Ojala 2012, 34-35.)

Suomessa osastofarmasian voidaan sanoa alkaneen jo 1980-luvulla, jolloin farmaseutteja halettiin syöpäosastoille tekemään solunsalpaajalaimennuksia. Suomessa osastofarmasia jatkui erilaisina kokeiluina 1990-luvun alussa, jolloin farmaseuttien työnkuva osastoilla laajeni. Tehäväiksi muodostuivat lääkelisäysten tekeminen, lääkejakelu, lääkkeiden tilaaminen apteekista ja lääkevaraston hoito. Sairaala- ja terveyskeskusfarmasian erikoistumiskoulutuksen ansiosta osastofarmasia alkoi hitaasti kehittyä sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa 2000-luvulla. (Saano, Naaranlahti, Helin-Tanninen & Järviluoma 2005, 175-176.) Tyynismaan (2012) tekemässä kyselytutkimuksessa farmaseutin tavallisimmat tehtävät osastolla oli-

vat lääkeinformaation antaminen hoitohenkilökunnalle, lääkelogistiikasta huolehtiminen ja tablettilääkkeiden jakaminen. Erilaiset lääkehoitojen tarkastukset, osallistuminen osaston kierroille ja lääkeinformaation antaminen potilaille olivat lisääntyneet. Uutena osa-alueena oli osallistuminen lääkityspoikkeamien raportoimiseen ja seurantaan. Luhtasen (2012, 102-103) tutkielmassa nousi tutkittavien ehdotuksia kehittämiskohteiksi julkiselle ja sairaalasektorille: Farmasian alan ihmisten roolin kehittäminen, osastofarmaseutin toimenkuvan laajentaminen sekä jonkinlaisen farmaseutin vastaanoton perustaminen perusterveydenhuoltoon. Toimenkuvan laajentaminen sisälsi muun muassa potilasohjeiden laatimisen, potilasneuvonnan ja osallistumisen tulo- ja lähtöarvioon, kotiuttamiseen sekä lääkehoidon arvioinnin lääkärin tukena ja lääkehoidon kokonaisarvioinnin. Tutkielmassa käytettiin termiä kuntafarmaseutti, jonka toimenkuvaan voisi kuulua koulun lääkekasvatus ja kotihoidon asiakkaiden luona käynti kodinhoitajan kanssa sekä toimiminen palvelutalossa lääkärin työparina. Ryynänen (2013, 68) kirjoittaa, että osastofarmasian tulisi olla muutakin kuin logistiikkaa: osastofarmaseutin tulisi saada keskittyä sellaisiin tehtäviin, joissa hänen osaamisensa pääsisi paremmin esiin, farmaseutin pitäisi huolehtia muustakin kuin lääkkeiden tilaamisesta ja mekaanisesta jakamisesta. Logistiikassa tulisi hyödyntää enemmän teknisiä apuvälineitä kuten viivakoodeja ja koneellista annosjakelua sekä lääketyöntekijöitä. Tutkittavat kokivat rajallisten resurssien, niin rahallisten kuin ajallistenkin, olevan sairaalafarmasian kehitystä hidastavia sekä estäviä ilmiöitä.

Osastofarmaseutteja toimii useissa sairaaloissa Suomessa, eniten yliopistosairaaloissa, mutta myös perusterveydenhuollossa, keskus-, alue- ja kaupunginsairaaloissa (Ahonen ym. 2013, 170). Osastofarmaseuttien määrä kasvaa koko ajan. Juurisen (2003) mukaan osastofarmaseutteja oli vuonna 2002 27 sairaalassa ja terveyskeskuksessa 42 osastolla (ks. Tynnismaa 2012, 20-21). Tynnismaan (2012, 69) mukaan vuonna 2011 yhteensä 157 farmasista työskenteli 242 osastolla, jotka edustivat noin 30 eri hoidon erikoisalaa. Näistä yleisimmät erikoisalajat olivat sisätaudit, kirurgia ja akuutti- ja tehohoito-osastot sekä terveyskeskusten vuodeosastot. Kliinisen farmasian seuran mukaan (2015) proviisorit ovat enemmän farmaseuttien taustatukena sairaala-apteekissa tai lääkekeskuksessa. Pakarisen (2014, 25) mukaan HYKS-sairaanhoidon osastofarmasian käyttö oli kaksinkertaistunut vuosina 2009-2012.

3.1 Osastofarmasia ja kustannusvaikuttavuus

Tynnismaan (2012) tutkimuksessa useiden tutkittavien käsitys oli, että säästöjä syntyi lääkemenkulutuksen ja lääkekaapin sisällön arvon vähentyessä. Haaralan, Kannisen, Kosolan, Lappalaisen ja Sutisen (2013, 40) mukaan osastofarmasiassa huomionarvoista on potilaan lääkehoidon parempi onnistuminen, joka tuo taloudellisia säästöjä niin osastoille kuin yhteiskunnallekin hoitokasojen lyhentyessä ja terveyskeskuskäyntien vähentyessä. Lapin keskussairaalassa toteutettiin kehitysprojekti, jossa osastofarmaseutti työskenteli osastolla kolmen kuukauden

ajan. Lääkekaapin yhteisarvo laski farmaseutin tekemän toukokuun alun inventaariosta elokuun lopun inventaarioon 42 prosenttia. Farmaseutti arveli palautusten ja hävikin kuluneilta kuukausilta olleen keskimäärin 20 000 euroa. Lääkekaapin inventaarion yhteydessä farmaseutti oli palauttanut kalliimpia lääkkeitä takaisin kiertoon. Näiden kiertoon laitettujen lääkkeiden määrää ja hintaa ei otettu laskelmissa huomioon. Lisäksi henkilökunnan tietous lääkehävikistä ja -kuluista lisääntyi. (Paananen 2010, 16.)

Hyvinkään terveyskeskussairaalassa toteutettiin vuonna 2010 vuoden mittainen osastofarmasiaprojekti, jonka loppuraportin saimme osastofarmaseutti Kirsi Ilmoniemeltä sähköpostitse käyttöömmee. Saimme luvan käyttää raportin tietoja opinnäytetyössämme. Osastofarmasiaprojektilla pyrittiin lääkehuollon laadun, taloudellisuuden ja lääketurvallisuuden parantamiseen Hyvinkään terveyskeskussairaalan osastoilla 1, 11 ja 12. Loppuraportissa todettiin, että farmaseutti pystyy omalla osaamisellaan välttämään turhia lääketilauksia ja valvomaan peruslääkevalikoiman noudattamista. Projektin ansiosta Hyvinkäällä osastofarmaseutin toimi vakinaistettiin. Vuoden 2010 aikana osastoilla kului yhteensä 43 837 € vähemmän rahaa lääkkeisiin kuin vuonna 2009. Projektin alussa sekä lokakuussa lääkevarastot inventoitiin. Osastofarmasian kokeilun aikana lääkekaappien arvo aleni kolmella osastolla 17 200 €. Tähän päästiin lääkevalikoimaa supistamalla ja järkevöittämällä lääkkeitä sekä noudattamalla peruslääkevalikoimaa. Kierrättämällä lääkkeitä muilla osastoilla ennen viimeisen käyttöpäivän voimaantuloa sekä palauttamalla niitä ajoissa apteekkiin säästettiin noin 8000 € verrattuna vuoteen 2009. Lääkehävikkiä ei Hyvinkään terveyskeskuksen osastoilla ole aiempina vuosina raportoitu. (Ilmoniemä 2011, 5-8.)

Tiina Pakarinen (2014) on tehnyt pro gradu -tutkielman osastofarmasian kustannusvaikuttavuudesta. Tutkimuksen tiedostoon pääsyä on rajoitettu, mutta saimme Pakariselta luvan käyttää tutkielmaa. Pakarisen tutkimus on kaksiosainen. Ensimmäinen osa on järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus, jonka tavoitteena oli löytää tutkimuksia farmasian ammattilaisen tekemien interventoiden eli väliintulojen kustannusvaikuttavuudesta. Pakarinen (2014, 35) toteaa laadukkaita kustannusvaikuttavuustutkimuksia olevan vähän. Toinen osa käsittelee osastofarmasian kustannuksia ja vaikutuksia Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) HYKS-sairaanhoitoalueella vuosina 2009-2012. Kirjallisuuskatsauksessa Pakarinen päätyi analysoimaan seitsemän artikkelia, joista valtaosassa, kuudessa tutkielmassa seitsemästä, osastofarmasian hyödyt ylittivät kustannukset. Pakarisen tekemä katsaus antaa viitteitä, että osastofarmasiaa voitaisiin HUS:ssa ja miksei myös muualla erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa kehittää kustannusvaikuttavampaan suuntaan. Toisessa osassa Pakarinen analysoi osastofarmasian kustannukset ja työpanokset, lääkekulutuksen, lääkehävikin, lääkepalautukset sekä HaiPro-ilmoitusten määrät niiltä osastoilta, joilla oli osastofarmaseutti käytössä verraten tulosityksiköittäin sekä koko HYKS-sairaanhoitoalueen tasolla kerättyyn vastaavaan tietoon. Pakarinen (2014, 28) havaitsi, että osastofarmasian kustannukset olivat kehittyneet

vuosina 2009-2012 muiden terveydenhuollon menojen kanssa samansuuntaisesti. Pakarisen (2014, 37) mukaan osastofarmasian alkaessa osastolla lääkehävikki ja lääkepalautukset hetkellisesti kasvavat farmaseutin käydessä läpi osaston lääkevaraston, mutta ne tasaantuvat vuosien kuluessa. Osastofarmasiaosastoilla lääkehävikki suhteessa lääkekulutukseen oli hieman suurempi kuin muilla osastoilla. Mielenkiintoista oli huomata, että kokopäiväisten osastofarmaseuttien osastoilla lääkehävikin määrä suhteessa lääkekulutukseen on huomattavasti pienempi kuin osapäiväisten osastofarmaseuttien osastoilla. Lääkepalautukset suhteessa lääkekulutukseen olivat suuremmat osastofarmasiaosastoilla.

Ahonen ym. (2013, 175) kirjoittavat, että Kuopion yliopistollisen keskussairaalan sydänkeskuksessa farmaseutin läsnäolo on lisännyt henkilökunnan kustannustietoisuutta ja lääkehävikki on vähentynyt. Gillespien ym:n (2009) (ks. Kari & Laine 2014) mukaan lääkehoidon kokonaisarvioinnin hyödyt yhteiskunnalle ovat 36-47 prosenttia vähemmän päivystyspoliikkikäyntejä, 16- prosenttia vähemmän sairaalakäyntejä sekä 80 prosenttia vähemmän lääkkeisiin liittyviä sairaalakäyntejä. Säästöä kertyy 170 € potilasta kohden vuodessa päivystyspoliikkika- ja sairaalakäynneissä ja Oikea Lääkehoito Kokonaisarvioinnin Avulla-hankkeessa (OLKA) havaittu säästö Kela-korvauksessa oli keskimäärin 200 € potilasta kohden vuodessa. Edellä mainitut euromäärät ovat lääkehoidonkokonaisarvioinnin hyötyjä yhteiskunnalle. Suurin hyöty tuli kuitenkin potilaalle, asiakkaalle itselle, hänen vointinsa parantuessa ja lääkekustannusten säästöissä. (Kannattaa tutustua toisten töihin 2015; Heikura, Pitkänen, Hakala & Puurunen 2009 5-6, 46-49.)

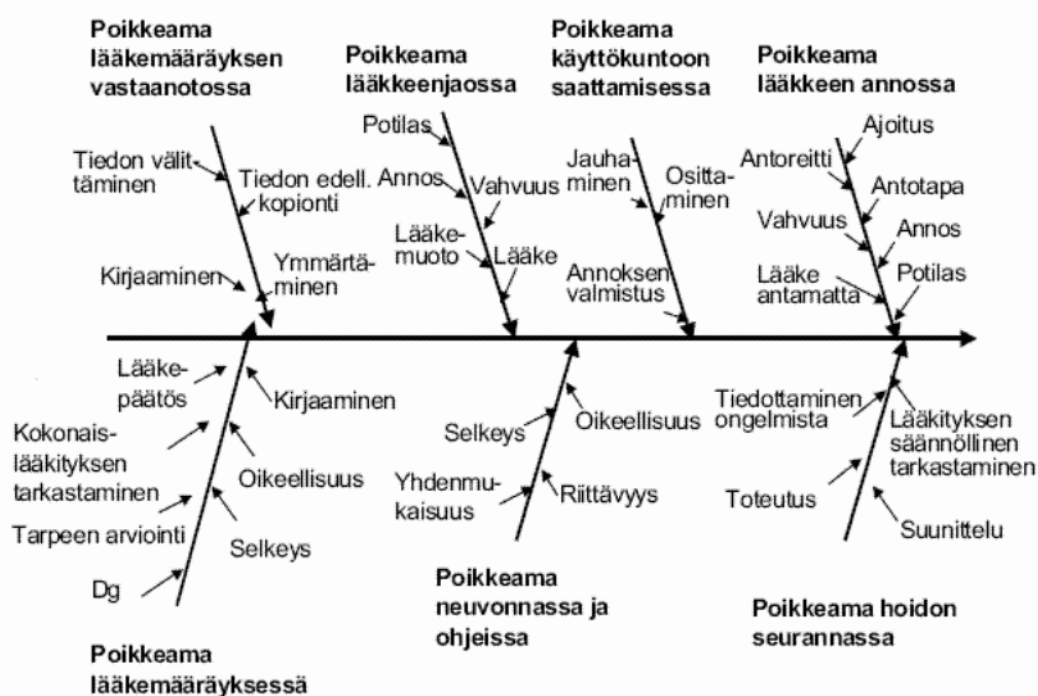
3.2 Osastofarmasia ja potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on melko uusi tutkimusala. Ensimmäinen professori nimitettiin vasta vuonna 2014 tammikuun ensimmäisenä päivänä Itä-Suomen yliopistossa. (Risto P Roineesta ensimmäinen potilasturvallisuuden professori 2014.) Vielä vuonna 2006 Suomesta ei ollut tehty epidemiologisia selvityksiä sairaaloissa tapahtuvista virheistä ja hoitovahingoista, mutta tuolloin oli täysi syy olettaa, että muualta saadut tulokset kuvastivat tilannetta myös Suomen olosuhteissa. Sen perusteella arvioituna Suomen sairaaloissa voi tapahtua vuosittain kuolemaan johtavia hoitovirheitä vähintään 700, mahdollisesti jopa 1 700. Hoitovahinkoja tapahtuu myös terveydenhuollon muissa toimipisteissä, mutta niistä oli tuolloin vähän epidemiologista tietoa. (Pasternack 2006.)

Vuonna 2011 voimaantullut terveydenhuoltolain pykälä kahdeksan toi jokaiselle terveydenhuollon yksikölle velvoitteen laatia suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden toimeenpanosta. Lakia on täydennetty potilasturvallisuusasetuksella, joka luo raamit potilasturvallisuuden järjestelmälliselle edistämiseksi (341/2011). Nämä sekä Kansallinen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013 ovat perustana potilasturvallisuustyölle Suomessa. Potilasturvalli-

suosopas (2011) on valmistunut potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Opas on suunnattu terveydenhuollon yksiköiden johdolle, ammattihenkilöstölle sekä potilaille. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos on käynnistänyt Potilasturvallisuutta taidolla -hankkeen. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjehankkeen päämäärä on, että potilaan hoitoon liittyvät kuolemat ja haittatapahtumat puolittuvat vuoteen 2020 mennessä. (Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelma 2014.)

Potilasturvallisuudessa on laadukkaasti ja vaikuttavasti toteutetulla hoidolla keskeinen osuus. Turvallisessa, oikein ja oikeaan aikaan toteutetussa hoidossa hyödynnetään potilaan olemassa olevia voimavaroja ja vaikuttavia menettelytapoja parhaalla mahdollisella tavalla. Hoidosta ei saa aiheutua potilaalle tarpeetonta haittaa. (Ahonen, Belek-Vehkaluoto, Eskola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 63.) Potilaan turvallinen lääkehoito koostuu kahdesta osa-alueesta. Toinen osa-alue on lääketurvallisuus, joka liittyy lääkevalmisteen farmakologisiin ominaisuuksiin, niiden tuntemiseen sekä laadukkaasti valmistettuihin lääkkeisiin. Toinen on lääkehoidon turvallisuuden alue, joka liittyy lääkkeiden käyttöön ja lääkehoitojen toteuttamiseen. Tätä aluetta nimitetään lääkitysturvallisuudeksi. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2009, 16.) Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta, joka kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden periaatteet ja toiminnot. Näiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumiselta. Lääkitysturvallisuus osana potilasturvallisuutta ja hoidon laatua on nousut 2000-luvulla yhdeksi keskeiseksi kehittämisen kohteeksi, sillä suuri osa terveydenhuollossa tapahtuvista haittatapahtumista liittyy juuri lääkehoitoon. Jokaiseen lääkehoitoprosessin vaiheeseen liittyy riski vaaratapahtumalle. (Ahonen ym. 2012, 68.) Bondin ym:n (2002) mukaan (ks. Kosola 2013, 42.) esimerkiksi Iso-Britanniassa on farmaseutin osallistuminen lääkärin kierrolle erittäin yleistä. Monet tutkimukset osoittavat lääkitysvirheiden ja estettävissä olevien haittavaikutusten vähentyneen, kun osastofarmaseutti ottaa osaa lääkärinkierroille. Lisäksi lääkityksen arvioinnin on todettu vähentävän lääkitysvirheitä osastolla. Hyvinkään osastofarmasiaprojektissa (2011, 11) potilasturvallisuutta paransi farmaseutin havaitsemien interaktioiden ja muiden lääkityspoikkeamien korjaaminen. Lisäksi potilasturvallisuuteen vaikutti farmaseutin hoitajille antama tieto lisääntymisellä yleisimmistä interaktioista.



Kuva 1: Lääkehoidon riskikohdat lääkehoitoa toteutettavan henkilöstön näkökulmasta (Turvalinen lääkehoito 2006, 38)

Tyynismaa (2012) totesi anto-, määräys- ja jakovirheiden vähentyneen osastofarmasiaa hyödynnettäessä. Pakarisen (2014, 16) tutkimuksessa HaiPro-raportointimäärät olivat 15-kertaistuneet vuodesta 2009 vuoteen 2012. HaiPro tarkoittaa tietoteknistä raportointimenetelmää. Raportti voidaan tehdä potilasturvallisuutta vaarantavasta tapahtumasta, esimerkiksi lääkityspoikkeamasta, josta potilaalle on aiheutunut haittaa tai tilanne on ollut lähellä satua. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmä 2013.) Pakarisen tutkimuksessa erityisesti kirjaus- ja antovirheitä havaittiin osastofarmasiaosastoilla muita osastoja enemmän. Valkonen ym. (2014, 277) havaitsivat kerätessään tietoa farmaseuttisen hoidon työkaluista, että yleisimmän poikkeamatyyppin olevan väärin kirjattu lääkityshistoria. Hyvin kädellä terveyskeskusosastoilla osastofarmasiaprojektin aikana oli käytössä 'Viisas oppii virheistä' (VIIVI) toimintatapa, jossa lääkepoikkeamat ilmoitettiin. Osastofarmasiaprojektin alkupuolella VIIVI-ilmoitusten määrä laski ja viimeisen kolmen kuukauden aikana niiden määrä nousi verrattuna aiempiin kuukausiin. Vuoteen 2009 verrattuna vuoden 2010 aikana tehtiin vain hieman vähemmän VIIVI-ilmoituksia. Valtaosa ilmoituksista oli lääkkeenjako- ja jakovirheitä. (Ilmoniemi 2011, 8-11.)

Kaboli, Hoth, McClimon ja Schnipper (2006) osoittivat kirjallisuuskatsauksessaan, että sekä Yhdysvalloissa että Isossa-Britanniassa voidaan kliinisen sairaalafarmasian palveluiden avulla edistää lääkitysturvallisuutta. Isossa-Britanniassa Borja-Lopetegi ym. (2008) ilmoittivat, että kliinisen osastofarmasian saatavuus ja hyödyntäminen olivat kääntäen verrannollisia potilas-

kuolleisuuden kanssa. Tämä ilmeni siten, että mitä laaja-alaisemmin osastofarmasian palvelut olivat tutkimukseen osallistuneissa sairaaloissa saatavilla, sitä alhaisempi oli potilaskuolleisuus. Lisäksi potilaskuolleisuus oli kääntäen verrannollinen farmaseuttisen henkilöstön määrään sekä potilaskonsultaatioindikaattorit olivat suoraan verrannollisia farmaseuttisen henkilöstön määrään. Potilaskonsultaatioindikaattoreilla tarkoitetaan osuutta potilaista, joiden lääkityshistoria arvioitiin vuorokauden sisällä sairaalaan tulosta sekä osuutta potilaista, joiden lääkitysmuutokset arvioitiin vuorokauden sisällä. Lisäksi osuus lääkehoidon kliinisistä kirjatuisista arvioista ja osuus potilaista, joille annettiin lääkeneuvontaa ennen sairaalasta lähtöä, kuuluivat potilaskonsultaatioindikaattoreihin. Tämän mukaan kliinisen osastofarmasian panos potilastyöhön voi estää haittatapahtumia, jotka olisivat voineet johtaa potilaan kuolemaan. (ks. Rynnänen, Tyyntymä, Linden-Lahti, Carlsson, Laitinen-Parkkonen, Airaksinen & Laakkonen 2013, 35.)

Institute of medicine (2007) ja Shekellen ym:n (2013) mukaan on olemassa verrattain paljon tutkimusnäyttöä kliinisen farmasian myönteisestä vaikutuksesta lääkitysturvallisuuteen. Bond tutkimusryhmineen (1999) osoitti Yhdysvalloissa potilaan lääkityshistorian ylläpidon, farmasistin antaman lääkeinformaation ja osallistumisen sairaalassa tehtäviin kliinisiin tutkimuksiin vähentävän kuolleisuutta. Myöhemmin toistetussa tutkimuksessa Bond ja Raehl (2007) havaitsivat tilastollisesti mainittavan yhteyden kuolleisuuden vähenemiseen. Vaikutusta osoitettiin olevan kliinisen farmasian palveluista muun muassa lääkityksen arvioinnilla, henkilöstölle annetulla koulutuksella, lääkkeiden haittavaikutusten seurannalla ja lääkehoidon optimoinnilla sekä annossäätelyllä. Lisäksi farmasistin osallistumisella lääkärin kierroille ja lääkityshistorian ylläpidolla sekä kliinisten farmasistien ja hallintotyössä olevien sairaalafarmasistien lukumäärällä ja potilaiden alempien kuolleisuuslukujen välillä oli yhteys. (ks. Hitonen 2013, 42.)

Celikkayalar (2008) käytti pro gradu -tutkielmassaan pohjana lääkitysturvallisuuskriteerejä yhdysvaltalaisesta itsearviointityökalusta. Celikkayalar toteutti tutkimuksen osana Satakunnan keskussairaalan Turvallinen lääkehoito -projektia. Tutkimuksessa valmistui itsearviointimittaristo, joka sisälsi yhteensä 121 lääkitysturvallisuuskriteeriä. Kriteerit hän ryhmitteli seuraaviin osa-alueisiin: yleiset toimintaperiaatteet, lääkehuolto, lääkehoidon prosessi, dokumentointi ja tiedonkulku, ympäristötekijät ja palautejärjestelmät sekä osastofarmasia. Tällä mittaristolla pystyttiin arvioimaan lääkehoitosuunnitelman toteutumista osastolla sekä löytämään tärkeimpiä kehittämiskohteita lääkehoidossa. Celikkayalar, Airaksinen ja Astala (2009, 7-9) kertovat auditoinnista, jolla tarkoitetaan toiminnan laadun objektiivista arviointia. Siinä käytettiin Celiakkayalarin kehittämää itsearviointimittaristoa. Johtopäätöksistä selvisi, että lääkitysturvallisuuden auditoinnin avulla sairaalafarmasia voitaisiin kytkeä osaston koko lääkehoitoprosessiin. Auditointikäytäntö voi myös parantaa farmaseuttisten palvelujen ulottuvuutta erityisesti niissä terveyskeskuksissa, joissa ei ole lääkekeskusta.

3.3 Osastofarmasia ja hoitotyö

Nykytilanteessa lääkehoito vie hoitajien työajasta suurimman osa (Veräjänkorva ym. 2012, 94). Jos osastofarmasiaa käytettäisiin laajemmin, jäisi hoitajille enemmän aikaa potilaan välittömään hoitotyöhön, esimerkiksi potilasohjaukseen. Tämän ovat tutkimuksissaan todenneet useat tutkijat, muun muassa Tyynismaa (2012), Ryynänen (2013), Virkkunen (2008) ja Ojala, Kärkimaa, Ahonen ja Englund (2007). Usein konkreettisin hyöty on sairaanhoitajien työajan säästyminen lääkelogistiikasta ja lääkkeiden jaosta (Haarala, Kanninen, Kosola, Lappalainen & Sutinen 2013, 40). Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosastolla tehtiin helmikuussa 2014 simulaatiotutkimus, jossa mitattiin kolmen hoitajan työajan jakautumista osaston työtiloissa. Kirjauspäiviä oli kahdeksan. Tulosten mukaan työajasta kymmenen prosenttia vietettiin lääkehuoneessa eli kahdeksan tunnin työpäivänä noin 45 minuuttia. (Delfoi 2014.) Hoitajia Järvenpään akuuttiosastolla on arkipäivänä aamuvuorossa 12 lähi- tai perushoitajaa ja sairaanhoitajaa, jotka kaikki vastuuhoitajina toteuttavat potilaidensa lääkehoitoa työvuoron aikana.

Hyvinkään terveyskeskussairaalassa osastoja on kolme: 1, 11 ja 12 sekä potilaspaiikkoja on 66+30+30, yhteensä 126. Terveyskeskuksen kolmella vuodeosastolla toteutettiin elokuussa 2009 lääkkeidenjaon työajanseuranta, kun mietittiin osastofarmasiakokeilun tarpeellisuutta. Työajan seurantaotoksessa todettiin, että hoitajien työaikaa meni yhteensä yli 70 tuntia viikossa pelkästään lääkkeidenjakoon. Osastofarmasiaprojektissa työaikaa seurattiin viikoilla 11, 36 ja 47. Osastofarmaseutin työskentely lisäsi hoitajien työaikaa hoitotyöhön kaikilla osastoilla, osastoilla 11 ja 12 molemmilla lähes yhden henkilötyöpäivän ja osastolla 1 kahden henkilötyöpäivän verran viikossa. Lisäksi farmaseutin asiantuntemusta pystyttiin osastoilla hyödyntämään erilaisissa lääkehoitoihin liittyvissä ongelmissa. Henkilöstökyselyn perusteella farmaseutin ammattitaidolla on tarvetta osastoilla. Kyselyyn vastanneesta henkilöstöstä 96 % oli kokenut osastofarmasian myönteisenä. Kukaan vastanneista ei ollut todennut, että kokemus olisi ollut kielteinen ja neljä prosenttia ei ollut osannut sanoa. (Ilmoniemi 2011, 4-5, 17.)

Keski-Suomen keskussairaalassa toteutetun osastofarmasiaprojektin aikana seurattiin viitenä arkipäivänä aamu- ja iltavuorossa hoitajien lääkehuoltoon käyttämää aikaa. Tulos oli, että yhden päivän aikana lääkehuollon tehtäviin käytettiin yhteensä noin seitsemän tuntia. Osastonhoitajan mukaan sairaanhoitajien työpaine oli helpottunut farmaseutin ollessa osallisena lääkeshoidossa, sillä kun i.v.-luvattomia hoitajia on useita, on i.v.-luvallisen sairaanhoitajan työtaakka suuri. Osastofarmaseutti oli saattanut suonensisäisesti annettavat antibiootit käyttökuuntoon ja näin helpottanut sairaanhoitajan työtä. Farmaseutti oli myös jakanut potilaskohdattaiset tablettilääkkeet tarjottimelle sekä oli tehnyt lääketilauksen ja ohjannut ja opastanut henkilökuntaa esimerkiksi lääkkeiden haitallisista yhteisvaikutuksista ja haittavaikutuksista. Osastofarmaseutin työpanoksen tarpeellisuus näkyi osastolla sairaanhoitajien ja perushoitajien tukemisella lääkehoidon toteutuksessa. Osastofarmaseutin työpanos lisäsi lääkehoidon tur-

vallisuutta sekä mahdollisti lisää aikaa hoitajien välittömään hoitotyöhön. (Ruuska 2011, 9.) Ojalan ym. (2007) mukaan sekä hoitajat että lääkärit voivat keskittyä paremmin omiin tehtäviinsä, jos osastolla on lääkeala-asiantuntija huolehtimassa omalta osaltaan potilaiden turvalisesta lääkehoidosta. (ks. Kosola 2013, 19-20.) Lapin keskussairaalassa tehdyssä kehitysprojektin raportissa todettiin, että mikäli osastolla työskentelisi farmaseutti projektissa kokeilulla tehtävänkuvalla 4-5 tuntia, vapautuisi sairaanhoitajilta aamuvuoron aikana hoitotyöhön yhteensä noin 6-8 tuntia. (Paananen 2010, 16.)

Ahosen ym. (2013, 175) mukaan Kuopion yliopistollisen keskussairaalan sydänkeskuksessa on farmaseutin fyysinen läsnäolo helpottanut hoitajien neuvon kysymistä lääkehoitoon liittyvissä ongelmissa. Lisäksi sydänkeskuksen lääkehoitokäytännöt ja -ohjeet ovat yhdenmukaistuneet, ohjeet ovat ajantasaisia ja tiedon kulku on nopeaa. Systemaattisuus on kohottanut hoitajien lääkehoidon perehdyttämisen tasoa. Tynismaan (2012) tutkielmassa kävi ilmi, että työtyytyväisyys lisääntyi. 50 % osastofarmasisteista ja hoitohenkilöstöstä 67 % koki työtyytyväisyyden lisääntyneen.

Pakkalan (2010) kirjoituksesta ilmenee, että Kirkkonummen terveyskeskuksessa on farmaseutti työskennellyt osastolla jo usean vuoden ajan. Kirkkonummella lääkärit suhtautuvat myönteisesti tiimityöskentelyä korostavaan lääkityksen kokonaisarviointiin. Lääkärit ovat kokeneet, että lääkehoidon arviointi on hyvä päätöksenteon tuki ja he ovat saaneet apua farmaseutilta lääkkeiden yhteisvaikutusten selvittelyssä.

3.4 Osastofarmasia ja ennakkoluulot

Ahonen ym. (2013, 171) toteavat, että usein hoitohenkilökunta epäilee lääketietämyksen heikkenemistä ja sen seurauksena lääkkeiden käsittelyn hankaloitumista virka-ajan ulkopuolella. Tämä on osoittautunut virheelliseksi käsitykseksi, sillä farmaseutin läsnäolo ja hänen tarjoamansa palvelutuki, muun muassa nopea lääkeinformaatio, on lisännyt hoitajien ja lääkärin tietämystä lääkkeistä. Ryyänen (2013, 67) pro gradu -tutkielmassaan haastatteli farmaseutteja ja proviisoreita. Haastatteluista ilmeni, että ennakkoluulot ja asenteet nähdään suurena haasteena kliinisen farmasian yleistymiselle sairaaloissa. Haastatellut kokivat, etteivät muut terveydenhuollon asiantuntijat välttämättä ymmärrä tai tiedä, millaista hyötyä farmaseuttisesta osaamisesta toimituksissa voisi olla. Farmaseutin osastolle saapuminen saataan nähdä eräänlaisena uhkana; sitä voidaan pitää toisen reviirille tulemisena tai toisten työn arvosteluna, jos hyötyä ei tunneta. Toisaalta haastatellut, joilla oli oma kokemus osastofarmasiasta, kertoivat, että osastofarmaseutit oli otettu hyvin vastaan muiden terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Heidän kokemuksensa oli, että osastoilla todella haluttiin hyödyntää farmaseuttista osaamista. Pari haastatelluista mainitsi, että innostuneiden yhteistyölääkäreiden löytyminen osastoilta edesauttoi kliinisen farmasian lisääntymistä siten, että

farmasian ammattilaisten palveluihin tyytyväiset lääkärit markkinoivat farmaseuttista osaamista kollegoilleen. Tynnismaan (2012, 77) vuonna 2011 tekemän kyselyn vastaajien kokemukset lääkärin ja hoitajan sekä sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten henkilökunnan asenteista osastofarmasiaa kohtaan olivat positiivisia. Hoitajista 94 % ja lääkäreistä 64 % kokemukset asenteista osastofarmasiaa kohtaan olivat melko tai hyvin myönteisiä. Lääkekeskuksissa oman henkilökunnan asenteet koettiin hieman positiivisemmiksi kuin sairaala-apteeekeissa.

Keski-Suomen keskussairaalassa toteutettiin vuonna 2010 neljän kuukauden pituinen osastofarmasia-projekti, jossa pilottiyksiköitä oli kolme: päivystysosasto (klinikkafarmasiamalli), sekä sydänyksikkö ja osasto 22 (perinteinen osastofarmasiamalli). Projektin loppuraportissa todettiin, että alkuvaiheessa oli havaittavissa epävarmuutta farmaseutin tarpeellisuudesta tai roolista, mutta projektin jälkeen osastofarmasiaan suhtautuminen oli hyvin positiivista. Osastofarmasia koettiin erittäin tarpeelliseksi erityisesti osasto 22:lla ja sydänyksikössä, joissa molemmissa pilotoitiin perinteinen osastofarmasian malli. (Ruuska 2011, 8-9.)

4 Osastofarmasia ja lääkehoitoprosessi

Osastofarmasia ja lääkehoitoprosessi kulkevat käsi kädessä. Lääkehoitoa käytetään hoitomuodoista eniten. Lääkkeillä tavoitellaan potilaan terveyden edistämistä, sairauden paranemista ja sairauden oireiden lieventymistä. (Veräjänkorva ym. 2010, 84.) Ahonen ja Hartikainen (2014) määrittelevät lääkehoitoprosessin olevan potilaan lääkehoidon toimintaketju. Siihen sisältyvät lääkityksen tarpeen arviointi, lääkkeen valinta, potilaan motivointi, lääkeneuvonta ja lääkehoitoon sitouttaminen, lääkkeen toimittaminen, lääkkeen annostelu ja anto, lääkehoidon seurannan järjestäminen, tuloksen arviointi ja sen varmistaminen. Samoin lääkehoidon toimintaketjuun sisältyy tiedon kulku potilaalle ja tämän hoitoon osallistuville henkilöille kuin myös organisaatioille.

4.1 Lääkehoidon teoreettiset perusteet

Lääkepolitiikka 2020 (2011, 15) vastaa lääkehuollon hallinnon kehittämisestä, lääkkeitä koskevan lainsäädännön valmistelusta sekä lääkepolitiikasta. Lääkehoitoa ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön 2006 asettaman työryhmän laatima valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Turvallinen lääkehoito-oppaan tarkoituksena oli ja on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteutettavissa yksiköissä. Turvallisesta lääkehoito - oppaasta on tulossa päivitetty versio lähiaikoina. Oppaan mukaan jokaisen terveydenhuollon yksikön johtajan on huolehdittava ajantasaisesta lääkehoitosuunnitelmasta toimipaikassaan. (Turvallinen lääkehoito 2006.)

Lääkelain (395/1987) tarkoitus on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä. Lääkeasetuksella valvotaan muun muassa lääkkeiden valmistusta, apteekkitoimintaa ja terveyskeskuksessa tapahtuvaa lääkehuoltoa. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea vastaa lääkealan lupa- ja valvontatehtävistä sekä lääketurvallisuuteen liittyvistä tehtävistä. Se valvoo lääkelain ja lääkeasetuksen toteutumista. Lisäksi Fimea tekee lääke-epidemiologista, lääkepolitiikkaan liittyvää ja lääketaloustieteellistä tutkimusta sekä tuottaa ja välittää lääkkeitä koskevaa tietoa lääkehuollon ja lääkehoitojen vaikuttavuuden parantamiseksi. (Lääkehoitopolitiikka 2020.) Lääkelaki ja lääkeasetus ovat lääkehoidon kannalta keskeisimmät normit. Niiden tunteminen on oikein toteutetun lääkehoidon perusta. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 39.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira myöntää ammatinharjoittamisoikeudet terveydenhuollon ammattihenkilöille ja valvoo sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa muun muassa lääkehoidon toteutumista. Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat lääkärit, proviisorit, sairaanhoitajat ja farmaseutit. Nimikesuojattuja ammattihenkilöitä ovat lähi-, perus- ja apuhoitajat. (Lääkehoidon toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa 2012; Ammattioikeudet 2014.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain (559/1994) ja asetuksen (564/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja parantaa palvelujen laatua ja palvelujärjestelmän toimivuutta. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattilaista toimissaan terveyden edistämiseen ja ylläpitoon, sairauksien ehkäisyyn, sairaiden parantamiseen ja heidän kärsimysten lievittämiseen. Ammattihenkilön tulee ylläpitää ja täydentää ammattitaitoaan jatkuvasti. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee työskennellessään ottaa huomioon, mitä on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Sen mukaan jokaisella on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Lääkehoidossa, niin kuin muussakin terveyden- tai sairaanhoidossa, on tärkeää hyvä ja huolellinen kirjaaminen potilastietojärjestelmään. Asetusta potilasasiakirjasta (298/2009) sovelletaan potilaan hoidossa käytettävien asiakirjojen laatimiseen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämiseen. Sairaanhoitajan tai opiskelijan on hyvä tietää esimerkiksi oikeuksistaan potilastietoihin merkitsemisestä (6 §) sekä, että osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta. Lisäksi potilaasta tehdään osana potilaskertomusta hoitajaksokohtaisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista. (14 §.)

4.2 Koulutuksen tuoma osaaminen

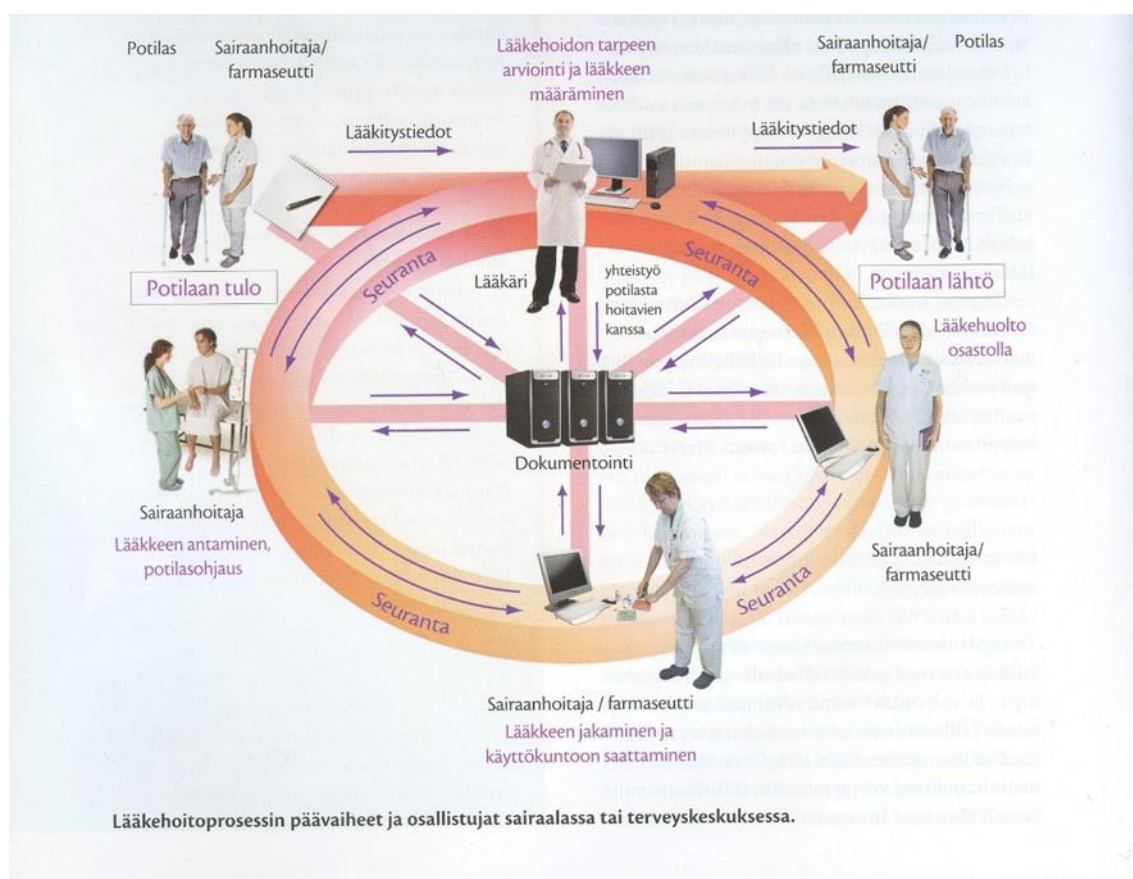
Halusimme opinnäytetyössämme tuoda esiin sairaanhoitajan ja farmaseutin koulutuksen tuoma perusosaamista. Niiden tunteminen auttaa ymmärtämään farmaseutin lääkehoito-osaamisen laajuutta ja toisaalta sairaanhoitajan osaamisalueen monipuolisuutta. Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka työ perustuu hoitotieteeseen. Hänen tehtävänsä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006). Sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu osaamisesta, johon kuuluvat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. Sulosaari, Erkko ja Walta (2010, 4) toteavat, että koulutuksen myötä saatu lääkehoito-osaaminen edellyttää riittäviä teoreettisia tietoja ja taitoja lääkehoidosta sekä lääkelaskujen virheetöntä hallintaa. Sairaanhoitajan oletetaan olevan pätevä toteuttamaan turvallista ja asianmukaista lääkehoitoa heti valmistuttuaan. Valmistuvan sairaanhoitajan lääkehoidon osaaminen voidaan varmistaa ammattikorkeakouluissa kansallisella sähköisellä lääkehoitopassilla, jota on kehitetty vuodesta 2008 lähtien Turun ammattikorkeakoulussa ja 2010 mukaan tulivat kaikki Suomen ammattikorkeakoulut. Tuolloin perusteissa Lääkehoidon opetuksen kehittämisen kansallisessa asiantuntijaryhmässä (LOKKA) vaikutti opinnäytetyöohjaajamme lehtori, Terveystieteiden maisteri Johanna Lehti. (Valtakunnallinen elektroninen lääkehoitopassi 2012, 6-10.) Sähköinen lääkehoitopassi on ollut sairaanhoitajakoulutuksemme aikana käytössä.

Farmaseutti on lääkealan asiantuntija, jonka työ perustuu farmasiaan. Hän saa koulutuksessa laajat tiedot lääkeinformaatio-osaamiseen. Farmaseutilla on lakisääteinen (35/1993) lääkeinformaatiotehtävä työssään. Helsingin yliopiston (2015) verkkosivuilla kerrotaan farmaseutin saavan koulutuksen ansiosta valmiuden lääkeneuvontaan ja terveyden edistämistyöhön. Opiaineina farmaseutin opinnoissa ovat juonnemallia mukaillen tieteellinen ajattelu ja ammatillinen kasvu, molekyylistä lääkevalmisteeksi, potilas ja lääkehoito, lääke ja yhteiskunta, vuorovaikutus ja viestintä, valinnaiset opinnot sekä käytännön harjoittelu, jota opiskelusta on 17 prosenttia. Farmaseutit toimivat lääkealan asiantuntijoina monenlaisissa lääkehuollon tehtävissä. Perinteinen työpaikka on apteekki, jossa valtaosa farmaseuteista valmistumisen jälkeen työskentelee asiakaspalvelu- ja lääkeneuvontatehtävissä. Osastofarmasiasta tai kliinisestä farmasiasta eivät perusopinnot anna juurikaan tietoutta. Työn ohessa on mahdollista suorittaa erikoistumisopinnot sairaala- ja terveyskeskusfarmasiasta, erityispätevöityä osastofarmasiaan, lääkehoidon kokonaisarviointiin tai lääkehoidon arviointiin. Osastofarmasiakoulutus alkoi vasta vuonna 2010.

4.3 Lääkehoitoprosessi

Lääkehoito on vaativa prosessi lääkkeen määräämisestä sen antamiseen potilaalle, lääkkeen vaikutusten tarkkailuun sekä arviointiin ja kirjaamiseen (Saano ym. 2013, 21). Lääkehoitoprosessin turvalliseen toteutumiseen tarvitaan moniammatillista yhteistyötä ja vuorovaikutusta lääketieteen, hoitotieteen ja farmasian ammattilaisten kesken.

Kuva 2 kertoo tämän päivän hoitotyöstä, jossa tietokoneet potilastietojärjestelmineen ja kansallisine terveystietokantoineen on hoidon keskiössä (Saano ym. 2013, 20). Siinä näkyy Koskista ym. (2012, 35) mukaillen myös tulevaisuuden lääkehoitoprosessi, jossa farmasian ammattilainen osallistuu nykyistä enemmän lääkehoidon eri vaiheissa turvallisuuden ja onnistumisen varmistamiseen.



Kuva 2: Lääkehoitoprosessin päävaiheet (Saano ym. 2013, 20)

Lääkärin tehtävä lääkehoidossa on päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Vain laillistetulla lääkärillä on oikeus määrätä lääkkeitä. (559/1994) Lääkäri vastaa terveyskeskuksessa potilaalle annettavasta lääkehoidosta, joka voidaan määrätä kirjallisesti tai suullisesti. Lääkärin tehtävänä on ottaa huomioon mahdollisuudet lääkehoidon toteuttamiseen. (Veräjänkorva ym. 2010, 39.) Saanon ja Taam-

Ukkosen (2013, 20) mukaan lääkärin tulee tuntee potilaan hoidon kokonaisuus. Lääkehoitoon liittyvää tietoa hän saa haastattelemalla potilasta, kuulemalla omaisia ja potilaan hoitoon osallistuvia terveydenhuollon ammattilaisia sekä käymällä läpi sairauskertomukseen kirjatut tiedot.

Veräjänkorva ym. (2010, 40) toteavat, että vastuu lääkehoidon toteuttamisesta on sairaanhoitajalla. Terveydenhuollon ammattihenkilöt, sairaanhoitajat, lähi- tai perushoitajat, vastaavat lääkehoidon toteuttamisesta lääkärinmääräysten mukaisesti. Lääkehoidon toteuttamisen työnjaon ratkaisevat koulutus, perehdytys, osaaminen ja sen varmistaminen sekä tarvittaessa toimintayksikön vastaavan lääkärin antama lupa lääkehoidon toteuttamiseen. (Lääkehoidon toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa 2012, 2.) Järvenpäässä lääkehoitoa toteuttavat sekä lähihoitajat että sairaanhoitajat. Lupakäytännöt selviävät toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmasta. Sairaanhoitaja on voinut käydä lisäkoulutusta ja siksi hänellä voi olla rajattu lääkkeenmääräämisoikeus (1088/2010 5 §). Saano ja Taam-Ukkonen (2013, 20-21) kirjoittavat sairaanhoitajien keskeisestä tehtävästä lääkehoidon toteuttamisessa, potilaan ohjauksessa, vaikutusten ja mahdollisten haittavaikutusten seurannassa sekä lääkehoidon kirjaamisessa. Sairaanhoitaja tuo aktiivisesti esille seurannassa esiintyvät asiat koko tiimin tietoon, osallistuu potilaan lääkehoidon päätöksentekoon, antaa tietoa lääkehoidosta ja sen toteuttamisesta ja lisäksi edistää omalla toiminnallaan potilaan sitoutumista lääkehoitoon. Sairaanhoitajan tehtävänä on tarkastella tilannetta hoitotyön ja potilaan näkökulmasta ja varmistaa osaltaan potilaan lääkehoidon toteutumista koskeva oleellinen, virheetön ja ajantasainen tiedonkulku muille lääkehoidon toteutukseen osallistuville. Koskisen ym. (2012, 48) mukaan potilaan osuudeksi lääkehoitoprosessissa jää sitoutuminen hoitoon, muun muassa lääkkeiden ottaminen ohjeen mukaan. Tätä edesauttaa terveydenhuollon ammattilaisten yhtenäinen ohjaus.

Osastofarmaseutti on lääkehoidon asiantuntija, jonka mukaan ottaminen potilaan lääkehoitoprosessiin on kannatettava asia. Saanon ja Taam-Ukkosen (2013, 21) mukaan hän voi esimerkiksi tehdä terveystieteissä tyypillisen monisairaana, usein myös monilääkityn, vanhuksen lääkehoidon kokonaisarviointia. Osastofarmaseutti voi auttaa sopivan lääkemuodon löytämisessä, lääkkeen oikeassa käytössä ja haittojen sekä mahdollisten yhteisvaikutusten selvittelyssä. Farmaseutti voi selvittää potilaan kotilääkitystä ja ohjata kotiutuvaa potilasta lääkehoidossa. Lisäksi osastofarmaseutin toimenkuvaan voivat kuulua lääkkeiden hankinta ja varastointi, lääkkeiden ja infuusionesteiden tilaus, lääkekaapin hoito, potilaskohtaisten lääkkeiden valmistus, mm. suonensisäisesti annettavien antibioottien laimentaminen, potilaan ohjaus, henkilökunnan kouluttaminen ja lääkkeiden kulutuksen seuranta.

Osastofarmaseutti Leinonen (2010, 40-41) kertoi omasta työstään ja toimenkuvastaan Kuopiossa järjestetyillä Lääkepäivillä seuraavasti. Hänen osastonsa lääkehoitosuunnitelmaan tehtäviksi oli kirjattu lääkkeiden tilaus, vastaanotto ja varastointi, lääkekaappien huolto ja tar-

peettomien lääkkeiden palautus, lääkehävikin seuraaminen, tablettilääkkeiden jakaminen tarjottimille, kalliiden lääkkeiden lisälaskutus, lääkehoidon näyttöjen vastaanotto: tablettilääkkeiden jako ja i.v.-lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen, asiantuntijapalvelu päivittäisen työn yhteydessä, lääkeinformaatio työnlomassa, i.v.-lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen, huumausainekorttien kirjaamisen seuranta ja päivittäinen tarkistus, lääkekustannusten seuranta, osallistuminen osaston lääkehuollon kehittämiseen esim. lääkehoitosuunnitelman päivitys yhdessä vastuuhenkilöiden kanssa, neuvonta ja koulutus sekä opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytys lääkehuollossa ja -hoidossa. Sen lisäksi osastofarmaseutti Leinosen työtehtäviin kuuluivat muun muassa N-lääkkeiden ja PKV-lääkkeiden kulutuksen seuranta, lisäykset suonensisäisiin ravitsemuksiin sekä mahdollisten interaktioiden ja päällekkäislääkitysten huomioiminen lääkekorteilta. Leinonen tarkisti päivittäin potilaspaiikkanumerot sekä lääkehuoneen ja jääkaapin lämpötilan. Tarvittaessa hän jakoi kotiutuvien tai siirrettävien potilaiden lääkkeitä potilaiden mukaan, järjesteli lääkkeitä potilaalle jatkohoitopaikkaan, seurasi osastojen välisiä lainoja ja huolehti lainojen palauttamisesta. Lisäksi Leinonen vastasi lääkkeisiin liittyvästä selvittelytyöstä johon kuuluivat lääkkeiden säilyvyys, ohjeiden tulkinta, valmisteiden vaihdot, lääkkeiden saatavuudet ja vaihtoehdot lääkityksessä. Osastofarmaseutti Leinonen kertoi työn parhaisiin puoliin kuuluvan moniammatillisuuden ja osaston innokkuuden osastofarmaseutin työnkuvan kehittämiseen ja laajentamiseen.

Lahden kaupunginsairaala ja sen apteekki henkilökuntineen on monella tapaa ollut edistyksellinen kehittäessään lääkehoitoprosessia potilasturvallisempaan ja laadukkaampaan suuntaan. Siellä osastofarmasia on ollut käytössä useita vuosia. 2012 vuoden farmaseutiksi valittu Niina Jaakkola on tehnyt Lahdessa pitkäjänteistä työtä sairaalafarmasian parissa. Hän on käyttänyt asiantuntijuuttaan moniammatillisessa työyhteisössä tehden päivystykseen tulevien potilaiden lääkelistojen tarkistuksia, arvioiden lääkityksiä ja antaen ehdotuksia lääkityksen parantamiseksi. (Vuoden Farmaseutti 2012 on Niina Jaakkola Lahdesta 2012.) Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa on kliinisen farmasian palveluiden kehittäminen kirjattu ennalta ehkäisevien toimien joukkoon. Lahdessa on myös pohdittu lääkehoidon onnistumisen kehittämistoimina farmaseutin vastaanottomallin käyttöönottoa sekä kuntafarmaseutin toimenkuvaa. (Riukka, Jaakkola & Peltomäki 2013.) Lääkitysarviointin teko perusterveydenhuollon osastolla tai kotihoidossa farmaseutin tekemänä RAI-arviointia ja potilastietojärjestelmää hyödyntäen tekee asian mielenkiintoiseksi Järvenpään kannalta. RAI on potilaan toimintakyvyn ja terveydentilan sekä hoidon laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseen tarkoitettu ohjelmisto (RAIsoft - kattava ohjelmisto toimintakyvyn ja terveydentilan sekä hoidon laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseen 2014).

5 Osastofarmasia ja moniammatillisuus

Osastofarmasian ja moniammatillisen verkoston tärkeimpänä tavoitteena on parhaan Suomesta löytyvän lääkehoidon asiantuntemuksen ja käytännöllisen käsityskyvyn luominen niin, että uusia valintoja lääkkeiden järkevän käyttötarkoituksen edistämiseen voidaan muodostaa yhdessä vastavuoroisen luottamuksen ilmapiirissä. Moniammatillisia verkostoja on rakennettu, mutta kaikkea asiantuntemusta ei varmasti ole edelleenkaan saavutettu. Suuntauksena on löytää uusia kontakteja järkevän lääkeverkoston ideoiden ja ajatusmallien muokkaamisesta spesifiseen käyttöön ja paikalliseen kontekstiin sopivaksi. Näiden päämäärien edistämiseksi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea muodostaa verkoston avulla lääkkeiden rationaalista toimintaa kehittävätkä kansalliset ohjeet. Moniammatillinen koordinaatio edistää potilaan lääketurvallisuuden varmistamista. Verkoston strategialla pyritään yhdistämään lääkehuolto entistä kiinteämmin osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää lääkepoliittisten päämäärien mukaisesti. Fimean tehtävänä on rakentaa verkoston avulla kansalliset ohjeet moniammatillisesti totutettavasta lääkehoidon järjeistämistä vielä kuluvan vuoden 2015 loppuun mennessä. Verkoston ytimenä toimiva kehittämisverkosto on muodostettu paikallisesti ja maantieteellisesti laaja-alaisesti toimivista kehittämistiimeistä, jotka ovat käytännön ammattilaisten muodostamia. Työryhmiin on saatu mukaan samalla paikkakunnalla toimivia lääkäreitä, farmaseutteja tai proviisoreita ja hoitajia. (Tiedolla järkevään lääkkeiden käyttöön, Lääkeinformaatiotoiminnan nykytila ja strategia vuoteen 2020. 2012.)

Työtiimit mahdollistavat lääkkeiden järkevän käytön ja näin parhaat moniammatilliset käytännöt kootaan yhteen. Näin syntyy toimintamalleja, tavoitteita ja työkaluja ammattilaisille lääkkeiden järkevän käytön kehittämiseksi. Kehittämisverkosto toimii lääkkeiden järkevää käyttöä moniammatillisesti edistävien toimintamallien tietopankkina käytännön toimijoille. Verkoston tehtävänä on levittää ja juurruttaa moniammatillisen yhteistyön parhaita käytäntöjä ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä Suomessa. Kehittämisverkosto laatii lääkkeiden järkevää käyttöä moniammatillisesti edistävän kansallisen ohjeistuksen. Asiakirjat sisältävät lääkepoliittiset tavoitteet ja näiden tavoitteiden lisäksi Lääkepolitiikka 2020-asiakirjan sekä Sosiaali- ja terveysministeriön ja Fimean tulostavoitteet vuosille 2012-2015. (Mäntylä & Kumpusalo-Vauhkonen 2012; Mäntylä, Kumpusalo-Vauhkonen & Järvensivu 2013.)

Kennyn (2002) mukaan moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattiryhmien tietotaito yhdistyy laaja-alaiseksi ja kokonaisvaltaiseksi tiedoksi potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Siinä korostuvat eri ammattiryhmien sitoutuminen yhteistyöhön ja valmius työskennellä yli perinteisten organisaatorajojen, jotta potilas saisi parhaimman hyödyn. (ks. Isoherranen 2006, 21.) Moniammatillisessa yhteistyössä rajapintojen toimivuus edellyttää selkeää ja hyvää yhteistyötä. Eri työntekijäryhmien vastuut ja velvollisuudet on kirjattu lääkehoitosuunnitelmaan. (Ahonen ym. 2013, 75.) Potilaan lääkehoito on hoitamiseen liittyvä toiminto, joka suo-

malaisessa kulttuurissa on perinteisesti kuulunut sairaanhoitajan toimenkuvaan. Potilaan lääkehoidon toteuttaminen vaatii hyviä tietoja sekä teoriassa että käytännössä. Sairaanhoitajien työssä korostetaan sanontaa: ”oikeaa lääkettä, oikea annos, oikeaan aikaan, oikealla tavalla, oikealle potilaalle”. Veräjänkorva ym. (2010, 85) mukaan sanontaa laajennetaan vielä kahdella periaatteella ”oikea potilaan ohjaus ja oikea dokumentointi”. Nämä kuvaavat sairaanhoitajalta vaadittavaa laajaa osaamisprofiilia. ”Oikeaa lääkettä, oikea annos, oikeaan aikaan, oikealla antotavalla, oikealle potilaalle” -sanonta on sekä sairaanhoitajien että farmaseuttisen henkilökunnan puhetta ja yhtä hyvin myös lääkäreiden puhetta. Laajemmin sen voi nähdä kaikkien lääkehoitoon osallistuvien retoriikkana. Tutkimus on osoittanut, että monialainen yhteistyö parantaa lääketurvallisuutta ja töiden uusjakoa farmaseuttisen henkilökunnan ja hoitohenkilökunnan kesken. (Virkkunen 2008, 127.)

Hoitajilla on merkittävä rooli moniammatillisessa työryhmässä, joka vastaa potilaiden ja asiakkaiden hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Turvallisen hoitotyön perusta rakentuu hoitajien osaamiseen ja kykyyn toimia osana potilaan hoidosta vastaavaa moniammatillista työryhmään. (Ahonen ym. 2012, 63). Lääkehoidon turvallinen, taloudellinen, tehokas ja tarkoituksenmukainen toteuttaminen on tärkeä osa hoitajien työtehtävää. Hoitajien lääkehoidon osaamisessa keskeisiä osa-alueita ovat hyvä teoreettinen ja käytännön perusta, joita yhdistää kyky tehdä päätöksiä hyvin monimuotoisissa ja vaihtelevissa hoitotyön toimintaympäristössä potilaiden kokonaistilanteen ja tarpeiden pohjalta. Hoitajien lääkehoidon osaamiseen vaikuttavat myös heidän yksilölliset ominaisuutensa, arvonsa ja asenteensa. Hoitajilla on vastuu paitsi lääkehoidon toteuttamisesta myös potilaiden lääkehoidon ohjaamisesta ja lääkehoitoon sitoutumisen edistämisestä. (Ahonen ym. 2012, 67.)

Farmasian ammattilaiset ovat lääkeasiantuntijoita. Farmaseutin ja proviisorin koulutus antaa valmiudet lääkehuollon organisoimiseen, lääkkeiden oikeaoppiseen käsittelyyn, valmistamiseen, toimittamiseen, lääketiedonhakuun, lääkeinformaation välittämiseen, farmakologian ja biofarmasian hallitsemiseen ja niiden soveltamiseen käytännössä. Farmasian henkilöstö toimii muun terveydenhuollon henkilökunnan apuna ja tukena yhteistyössä lääkehoidonsuunnittelussa ja toteutuksessa. Termejä turvallinen, tehokas ja taloudellinen käytetään usein kuvaamaan onnistuneen lääkehoidon periaatteita. Lista voidaan lisätä vielä tarkoituksenmukainen ja lisäksi ilmaus toteutettavissa oleva ja onnistunut moniammatillinen lääkehoito. (Koskinen ym. 2012, 46.) Farmaseuttinen henkilökunta tarkastaa hoitolaitoksissa lääkekaapit ja valvoo lääkkeiden säilytyksen ja käsittelyn asianmukaisuutta ja tuottaa hoitavalle henkilöstölle lääkeinformaatioita. Farmasian ammattilainen, jolla on hyvät kliiniset tiedot, on lääkärille ja hoitajalle verraton apu monimutkaisten lääkitysten selvittämisessä. Farmasian ammattilaisen velvollisuus on puuttua havaitsemiinsa lääkehoidon ongelmatilanteisiin ja välittää ajantasaista, puolueetonta informaatiota lääkkeitä sekä asiakkaille että moniammatillisen työryhmän jä-

senille. Moniammatillisuus mahdollistaa osaamisen monipuolisen hyödyntämisen. (Koskinen ym. 2012, 47.)

Taloudellisuuden ja tehokkuuden ajattelutavat ovat keskeisellä sijalla farmaseuttien näkemyksissä sairaaloissa. Ne ovat kulttuurisesti arvostettuja normeja. Farmaseutit ja proviisorit pyrkivät toimimaan organisaation ja yhteiskunnan intressien mukaisesti, mutta he tuovat esille myös sen, että on tunnistettava vastuu potilaasta. Potilaan asema ja oikeudet on turvattava niin, että hän saa parasta mahdollista hoitoa. Farmaseutit ilmoittautuvat potilaan asianajajaksi. Terveystieteiden kentällä myös hoitohenkilökunta kertoo olevansa potilaan asianajajia. Paras mahdollinen hoito on usein toistettu lause terveydenhuollon kentällä. (Virkkunen 2008, 78.)

Tulevaisuudessa kliinisen farmasian kehityksen voi nähdä myös niin, että farmaseutit ja proviisorit markkinoivat kliinisen farmasian palveluita yksilöllisellä, spesifisellä asiantuntemuksellaan. Jossain määrin vastakkaiseksi tälle teorialle on nähtävissä se, että suomalaisissa sairaaloissa osastofarmasiatoiminta on lähtenyt usein liikkeelle osastonhoitajien toivomuksesta. Tutkimus tuo esille, että osastofarmasiapalveluiden kysyntä on lisääntynyt, mutta resurssien puute estää niiden toteuttamisen ja kehittämisen. Osastofarmasialla on ollut tärkeä merkitys farmaseuttien työn näkyvyyden ja farmaseuttisen henkilökunnan ja heidän lähiammattilaisensa yhteistyön kehittymisen kannalta. (Virkkunen 2008, 174.) Virkkusen mukaan kulttuuri muovaa tapaamme toimia ja kulttuuri ja toiminta kietoutuvat yhteen. Ammatit joutuvat sopeutumaan kansallisiin, ylikansallisiin ja paikallisiin kulttuureihin ja toimintaympäristön muutoksiin. Apteekkitoiminnalla on Pohjoismaissa pitkä traditio, mutta sairaalafarmasian voi katsoa olevan suhteellisen uusi ilmiö.

Ensimmäisenä käytännön esimerkkinä osastofarmasiasta on N. Kalliomaan (2015) mukaan Kirkkonummi, jossa on ollut farmaseuttisia palveluita usean vuosikymmenen, mutta vuonna 2008 kunta alkoi kehittää farmasiaa kliinisempään suuntaan, kun osastofarmasia ja samoin lääkehoidon kokonaisarviointi alkoivat uusina palveluina. Farmasian palvelut ja osastofarmasia ovat kehittyneet näiden ansiosta hyvin paljon ja laajentuneet myös avosairaanhoidon ja kotisairaanhoidon. Kotisairaanhoidon on kehitetty tarkastuslista, jolla sairaanhoitajat voivat arvioida potilaiden tarvetta lääkehoidonarvioon. Kriteerien täytyessä potilaalle tehdään farmaseuttinen lääkehoidon arviointi, jonka pohjalta lääkäri päättää mahdolliset lääkitysmuutokset. Arviointia tehdään haastattelulomakkeen tietojen, lääkelistan, laboratorioarvojen perusteella ja tarkastuslista sisältää seuraavien asioiden tarkastuksen: lääkeannokset, lääkkeen ottoajankohdat, päällekkäiset lääkehoidot, yhteisvaikutukset lääkehoidossa, antikolinerginen, serotonerginen, ortostaattinen ja sedatiivinen vaikuttavuus. (K. Kvarnström 2015; N. Kalliomaa 2015.)

lääkille sopimattomat lääkkeet arvioidaan Fimean tietokantaa apuna käyttäen. Lääkehoitoon liittyviä esimerkkejä ovat laboratorioarvojen seuranta, munuaisten toiminta ja sen vaikutus lääkehoitoon, potilaan oireiden mahdollinen yhteys lääkehoitoon, lääkehoidon toteuttamisen ongelmat ja vaihtoehtoiset lääkevalmisteet. Selvitetään myös se, onko lääkkeitä ilman indikaatiota ja vaikuttaako jokin lääke puuttuvan diagnoosien perusteella. Sairaanhoidajat, farmaseutit ja lääkärit, motivoivat potilasta ja seuraavat lääkehoitoa. Osastofarmasian hyödyt, lääkärit ovat esimerkiksi ottaneet uuden palvelun hyvin vastaan. Lääkemuutoksia on tehty kaikille arviointiin osallistuneille. Kotisairaanhoido on oppinut tunnistamaan lääkehoidon ongelmia ja saanut arkeen käytännön työvälineen. Haasteena on ollut potilaiden kiintyminen lääkkeisiinsä ja muutosten tekeminen on ollut haastavaa. Työajan resursointi ja se, miten päivittäisen lääkehoidon muutokset päätyvät potilaille on ollut myös yksi haasteista. (K. Kvarnström 2015; N. Kallioma 2015.)

Toisena käytännön esimerkkinä osastofarmasiasta käytämme Forssan kuntayhtymää (P. Moberg 2015) Forssan kuntayhtymässä on osastofarmasiaa kehitetty vuodesta 2008 alkaen. Kuntayhtymään kuuluu viisi kuntaa ja näiden kaikkien perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido sekä vuoden 2014 alusta myös sosiaalihuolto. Osastofarmasiaa he ovat tehneet erikoissairaanhoidossa lähinnä kirurgian osastolla sekä sisätautien osastoilla. Aluksi toiminta painottui pääsääntöisesti logistiikkaan, mutta he ovat lähteneet kehittämään toimintaansa lähemmäs kliinisempää farmasiaa muun muassa lääkehoidon arviointeja.

Vuodesta 2013 alkaen osastofarmaseutit ovat toisinaan jalkautuneet myös lääkärikierrolle mukaan tehden lääkehoitoa koskevia huomioita. Seurattavia esimerkkejä lääkärin kierroilla oli muun muassa munuaisten toiminta GFR ja tämän huomioiminen lääkehoidossa, yhteisvaikutukset, lääkkeiden oikea anto, lääkkeiden ottoajankohdat ja päivittäiseltä lääkkeenjakoilalta poistamatta jääneet lääkkeet olivat, esimerkkinä rauta, virtsatieinfektiota estävät lääkkeet, bifosonaatit, yli viisi vuotta kestänyt lääkehoito ja kortisonilääkehoito. RAI-arviointimittaria he eivät käytä, vaan he käyttävät RaVa-arviointimittaria, joka on huomattavasti suurpiirteisempi kuin RAI-arviointimittari. Lääkehoidon arviointeja tehdessään lääkekeskus hyödyntää myös THL:n Ikinä-lomaketta, potilaan kaatumisen riskin arviointia. Tavoitteena heillä on, että kaikille, jotka saavat arvioinnissa korkeat pisteet, osastofarmaseutit tekevät lääkehoidon arvioinnin. Heillä on vielä työstettävänä kysely, jolla he tiedustelevat asiakastytyväisyyttä. Edellinen asiakastytyväisyystiedustelu on tehty noin neljä vuotta sitten. Tämän vuoksi päivän päivitettyä tulosta hoitajien ja lääkäreiden mielipiteestä sekä farmaseuttien toiminnasta ei ole. Aiemmissa kyselyissä he olivat saaneet hyvät arvosanat. Lääkärit ovat ottaneet osastofarmasian positiivisesti vastaan, ja varsinkin erikoistuvat lääkärit ovat hyödyntäneet farmaseuttien erityisosaamista. (P. Moberg 2015.)

Oleellista potilaiden lääkehoidossa on keskittyä lääkehoidon ongelmien havaitsemiseen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, joten potilaan lääkitystiedon huolellinen ja kattava selvittäminen hoitoon tulon alkuvaiheessa on oleellista. Lisäksi potilaan lääkitys tulisi tarkistaa, ennen kuin hänelle jaetaan lääkkeet potilasannoksiin. Potilasneuvontaa tulee kehittää kattavaksi, riittäväksi ja oikein ajoitetuksi. Erittäin merkittävä vaihe on varmistaa, että kotiuduttuaan potilas ymmärtää ja osaa toimia oikein lääkehoidossaan. (Koskinen ym. 2012, 35.) Isoherrasen (2005 13-15) mukaan moniammatillisessa yhteistyössä ratkaistaan tai käsitellään yhteistä ongelmaa eri ammattikuntien kesken asiakaslähtöisesti. Yhteistyössä hyödynnetään kaikkien asiantuntemusta. Jokainen osallistuja ottaa tällöin vastuun yhteistyön tuloksesta. Moniammatillinen yhteistyö tuottaa usein myös sellaisia synergiahyötyjä, joita muilla tavoin ei olisi syntynyt. Lisäksi yhteistyö on tapa oppia. (Koskinen ym. 2012, 14.)

Tarvittaessa myös asiakas, omainen, läheinen tai vapaaehtoinen auttaja ovat mukana yhteisessä keskustelussa. Tavoitteena silloin on, että kaikki osallistujat voivat vaikuttaa keskusteluun ja päätöksentekoon tuoden oman näkökulmansa ja osaamisensa. Toimittiinpa millaisessa työympäristössä tahansa, käytännön näkökulmasta tarkasteltuna moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen. (Isoherrasen 2006, 14.)

Moniammatillisen yhteistyön aikaansaamiseksi tarvitaan nykyisen vuorovaikutuskulttuurin tunnistamista ja tietoista pyrkimistä sellaiseen vuorovaikutukseen, jossa tiedon ja eri perspektiivien yhteen saattaminen on todennäköistä. Yksi tärkeimmistä asioista, joka vaikuttaa ryhmän yhteistyön onnistumiseen, on kyky järjestäytyä ja jakaa työt. Moniammatillisuus tuo työyhteisöjen yhteistyöhön mukaan myös useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia, joita kokonaisuuden rakentaminen edellyttää. Keskeinen kysymys moniammatillisen yhteistyön kartoittamisessa onkin, miten voidaan koota kaikki tietotaito ja osaaminen yhteen mahdollisimman kokonaisvaltaisen käsityksen ja ymmärryksen aikaansaamiseksi. (Kontio 2010, 6; Veijola 2004, 30.)

5.1 Asiakaslähtöisyys moniammatillisessa yhteistyössä

Moniammatillista koordinaatiota voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalalla asiakas- tai potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään havainnoimaan potilaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsu. Yhteisessä tiedonkäsittelyssä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tapauskohtainen tavoite ja yhteinen käsitys, jaettu sosiaalinen kognitio potilaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisusta. Tiedon kokoaminen yhteen tapahtuu sopeutuvasti, sovitulla välineillä tai

foorumeilla sovituin toimintaperiaattein. Potilas ja hänen läheisensä ovat tarvittaessa mukana keskustelussa. (Isoherranen 2012, 22.)

Saumaton palveluketju on toimintamalli, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja. (Iivanainen ym. 2010, 44.) Toimijat luovat tavoitteen mukaiset pelisäännöt (Isoherranen 2006, 14). Erilaisissa sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristöissä moniammatillista yhteistyötä voidaan tarkastella eri näkökulmista: potilaan, asiakkaan, perheenjäsenten ja työntekijöiden kesken, moniammatillisessa työryhmässä sekä eri organisaatioissa toimivien työntekijöiden välillä. Terveyden- ja sosiaalihuollon asiakas on totuttu näkemään vastuullisena osallistujana. Yhteistyölle on ominaista keskinäinen arvostus ja yhteistoiminnallisuus kaikkien kesken. Moniammatillinen tiimi koostuu erilaisen koulutuksen saaneista asiantuntijoista, jotka ovat yhteydessä toisiinsa saavuttaakseen yhteisen päämäärän. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää osapuolten roolien selkeyttä, päätöksentekoon osallistumista ja vastuuta. (Isoherranen ym. 2010, 15.)

Paynen (2000) mukaan moniammatillinen, monitieteinen ja monitoimijainen työ tarkoittaa sitä, että useat ammattiryhmät sopeuttavat roolejaan ottaen huomioon toiset ammattiryhmät, joiden kanssa he ovat vuorovaikutuksessa. Samalla he yhdistävät ja sopeuttavat tietojaa ja taitopohjiaan sekä toimijavastuitaan. (ks. Isoherranen 2006, 20.) Haasteena moniammatillisessa yhteistyössä onkin löytää kuhunkin asiointilaan sopiva toimintamalli. Onnistuminen edellyttää kehittämistoimintaan osallistujilta aloitteenä asennoitumistapaa ja sitoutumista. Johtamisen haasteena on löytää yhteistoiminnalliset käytännöt ja keinot saada aikaan kollektiivisia sopimuksia, joihin yhteisön tai työryhmän jäsenet voivat sitoutua. (Kontio 2010, 7.)

Monitieteellisellä yhteistyöllä tarkoitetaan yleensä sitä, että samaa ilmiötä tai ongelmaa tarkastellaan eri tieteenalojen näkökulmasta. Toiminnan tavoite on yhteinen, mutta jokainen työntekijä vastaa oman tieteenalansa asiantuntijuudesta. Monitieteellinen yhteistyö onnistuu, kun osallistujilla on halua ja kykyä tieteenalojen rajat ylittävään ajatteluun ja työskentelyyn. Monitieteisyys vaatii yhteistä kieltä ja ymmärrystä, mitä kehitetään keskustelun ja pienryhmätyöskentelyn avulla. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2012, 88-89.)

Asiantuntemusta luodaan vuorovaikutuksessa. Lähtökohtina ovat yhteinen tavoite ja yhdessä oppiminen, luottamuksellisuus, yhteinen visio, ammatillinen autonomia, tuloksiin pyrkiminen ja tiedon jakaminen. Yhteistyössä tuodaan esiin myös oman asiantuntijuuden rajojen selkeys ja verkosto-pohjaisen yhteistyön etiikka. (Eriksson ym. 2012, 90.) Asiantuntijuuden keskeinen

perusta on tutkimustiedon monipuolinen hyödyntäminen. Asiantuntijuus perustuu toisaalta teoreettiseen tieteenalapohjaiseen tietoon ja toisaalta käytännölliseen osaamiseen, jonka taustalla on ammattien perinteet ja kollektiivinen tietämys. (Mäkipää & Korhonen 2011, 13.) Farmaseutti tuo oman lääkehoidon asiantuntijuuden potilashoittoon (Ahonen ym. 2013, 175). Osastofarmasiassa moniammatillisen yhteistyön tuloksena toteutuu se kaikkein tärkein, eli potilas hyötyy saadessaan entistä laadukkaampaa, tehokkaampaa ja turvallisempaa lääkehoitoa (Haarala ym. 2013, 40).

5.2 Moniammatillinen työryhmä

Moniammatillinen työryhmä voidaan hahmottaa osallistuvana, kehittäväenä ja viestinnällisenä toimintatutkimuksellisena kontekstina. Työryhmä pohtii reflektion avulla oman toimintansa käytännöllisyyttä, teoreettisuutta sekä tilannekohtaisia lähtökohtia. Samalla se pyrkii laajentamaan ymmärrystä toimintatapojen ja käsitteistön avulla sekä soveltamaan tietoa yleisluonteisemmalle tasolle. Moniammatillisen yhteistyöryhmän kehittyminen voi olla voimaannuttava ja kriittinen vuorovaikutusprosessi, jossa eri työryhmät tutkivat yhteisesti kunkin organisaation toimintakulttuuria sekä työtapojen sisältämää asiantuntijuutta suhteessa tiettyyn päämäärään ja toimintaan. (Pärnä 2012, 65.)

Isoherranen (2012, 31) määrittelee moniammatillisen työryhmän toimintatavaksi, jossa asiakaslähtöisesti kootaan yhteen eri toimijoiden tieto ja osaaminen. Yhteisen kokonaisnäkemysten pohjalta muodostetaan yhteinen tavoite, johon pyritään joustavasti yhdessä toimien. Moniammatillisessa työryhmässä haasteena on joustavuus. Moniammatillisessa työryhmässä etsitään ensin yhteistä näkemystä, jolloin vapaa keskustelu on ihanteellista. Tämän jälkeen ratkaisussa eli päätöksentekotilanteessa tarvitaan järkipäistä keskustelua. (Isoherranen 2012, 51.)

Isoherranen (2012, 58) kirjoittaa, että moniammatillisen työn painopiste on yhteistyössä. Kohteena on moniammatillinen työryhmä, työelämässä kohdataan haasteita, jotka liittyvät ammatillisuuteen ja sosiaali- ja terveysalan kontekstissa erityisesti asiantuntijuuteen. Sosiaali- ja terveysalan yhteistyössä toimii useita asiantuntijaryhmiä, erilaisia ammattilaisia ja mukana keskustelussa ja päätöksenteossa voi olla myös potilas tai hänen läheisensä, siis maallikoita. Siihen, miten asiantuntijat ja ammattilaiset toimivat näissä yhteistyötilanteissa, vaikuttaa heidän käsityksensä omasta asiantuntijuudestaan.

Työyhteisössä pyritään joustavaan ja laajaan moniammatilliseen työskentelyyn, ylitetään perinteisiä ammatillisia ja tehtäväkeskeisen ajattelun luomia roolirajoja (Isoherranen 2012, 110). Opinnäytetyömme aineiston analyysin mukaan ammatillisten rajojen ylityksiä tehdään kaikkien asiantuntijoiden kesken. Ne koetaan kuitenkin monella tavalla, ja asiantuntijuusrajo-

jen ylitykset ovat erittäin herkkää aluetta. Roolirajanylittäjällä täytyy olla riittävästi osaamista, jotta rajan ylitys voi onnistua. Joidenkin asiantuntijoiden on vaikea hyväksyä toisen asiantuntijan tuloa omalle reviirille. Toisaalta tunnustetaan, että moniammatillinen yhteistyö lisää välitoiminnan sujuvuutta ja kokonaisvaltaisuutta potilaan hoidossa. Kun asiantuntijoiden kesken on hyvää yhteistyötä, aikanakaan se innovoi luottamusta, eikä rajojen ylityksissä synny niin helposti ristiriitoja.

Ammatillisia roolirajoja ylitettäessä, on otettava osaamisen lisäksi huomioon myös se, ettei mikään ammattiryhmä kuormitu liikaa. Erityisesti johtajan roolissa, mutta myös muissa rooleissa asiantuntijan on kyettävä toimimaan moniammatillisesti, hänen on syytä tunnustaa omat tietonsa, osaamisensa ja myös arvonsa. Tämä muodostaa pohjan reflektiiviselle asiantuntijuudelle ja toisten ammattilaisten näkökulmien ja arvojen ymmärtämiselle ja huomioimiselle. Oman haasteensa työyhteisössä ovat eri kulttuureista tulevat ammattilaiset, jotka eivät aina tunne suomalaisen työ kulttuurin vuorovaikutuskoodeja eivätkä tasa-arvoisen tiimityön ideaa. Tämä on myös haaste koulutukselle; kuinka paljon pitäisi suomen kielen lisäksi opettaa suomalaisen työ kulttuurin yhteistyö- ja vuorovaikutusmalleja. (Isoherranen 2012, 142.) Moniammatillisessa työryhmässä jaetaan moraalisesti, eettisesti sekä tunnetasolla vaikeita asioita. Sen myötä kehittyy vastavuoroisuutta, luottamusta ja yhteisöllisyyden kokemuksia. Työryhmässä jaketaan tehdä työtä paremmin ja siinä halutaan myös pysyä. Työtyytyväisyyden määrä ja merkitys hyvin toimivissa tiimissä on tärkeä lisätulos työssä jaksamisen näkökulmasta. (Isoherranen 2012, 147.)

Potilaan oire tai sairaus voi vaatia usean eri terveydenhuollon ammattilaisen apua. Moniammatillisia työryhmiä käytetään esimerkiksi kivunhoidossa, mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien, tuki- ja liikuntaelinongelmien hoidossa sekä lääkityksen arvioinneissa (LHA) tai lääkehoidon kokonaisarvioinneissa (LHKA). Työryhmän ideana on, että eri ammattihenkilöt suunnittelevat potilaan hoitoa yhdessä. Potilaan omahoitaja tai vastuuhoidaja kuuluu moniammatilliseen työryhmään. (Iivanainen & Syväoja 2008, 188.) Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijoiden muodostamia työyhteisöjä, jotka koostuvat useista eri ammattiryhmistä. Esimerkiksi yksittäisissä terveydenhuollon toimipisteissä työskentelee toiminnan profiilin mukaan muun muassa lääkäreitä, sairaanhoitajia, perushoitajia, farmaseutteja, sosiaalihoitajia, ravitsemusterapeutteja, psykologeja, sairaalapastoreita, fysio- ja toimintaterapeutteja, bioanalytikoita, röntgenhoitajia, osastosihteereitä ja laitoshuoltajia. Lisäksi eri ammattiryhmän edustajat ovat voineet specialisoitua tarkasti määritettyihin tehtäviin. (Isoherranen ym. 2010, 13.)

Organisaation koko, eri osastojen väliset etäisyydet, työnjako, hierarkiat, työntekijöiden fyysiset työtilat, horisontaalisen ja vertikaalisen kommunikaation järjestämisen tavat, erilaiset säännöt ja määräykset ovat sairaalaorganisaatioissa tekijöitä, jotka helpottavat tai edistävät

työntekijöiden keskinäistä vuorovaikutusta. Voivatko nämä joskus olla myös haitta? Työnjako määrää lokeroituvatko määrätyt ammattiryhmät omaan yksikköönsä vai työskenteleekö useamman ammattiryhmän edustaja samassa työpisteessä. (Virkkunen 2008, 126.)

Moniammatillisesti tehtävässä lääkehoidon kokonaisarvioinnissa LHKA-erityispätevyyden saanut farmaseutti tai proviisori tuottaa lääkärille ehdotuksen lääkemuutoksista. Lääkäri vie lääkityksen muutosehdotukset suosituksen perusteella käytäntöön. Lääkehoidon kokonaisarvion on todettu parantavan potilaan toimintakykyä, vähentävän lääkkeiden haittavaikutuksia ja tuovan lääkesäästöjä niin asiakkaille kuin yhteiskunnallekin. (Kanninen 2014, 32-33.) Forssan kuntayhtymän sairaalassa ja terveysasemilla farmaseutti on jalkautunut lääkärin kierroille vuodesta 2013 lähtien. Kolmen kuukauden ajan he toteuttivat seuranta- ja tekivät lääkehoidoihin liittyviä huomioita 154 kappaletta ja miltei 20 lääkehoidon arviointia. (P. Moberg 2015.)

Kirkkonummen terveyskeskuksen osastolla käydään läpi uusien potilaiden lääkitykset heidän tullessaan osastolle sekä kaatuneiden tai kaatumisvaarassa olevien lääkitykset tarkastetaan. Lisäksi niiden potilaiden lääkitykset, joilla on iäkkäille vältettäviä lääkkeitä, päätyvät farmaseutin huolehdittavaksi. HaiPro-ilmoitukset käsitellään osastotunneilla moniammatillisesti. Fysioterapeutit ovat mukana kaatuneiden potilaiden ryhmässä ja farmasistit ovat mukana lääkityspoikkeamissa ja yhdessä he miettivät, miten tapahtumia voitaisiin estää. (N. Kalliomaa 2015.)

6 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen. Kanasen (2010, 77-78) mukaan kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa määrällistä tutkimusta, jossa käsitellään lukuja ja niiden välisiä suhteita. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää ilmiön ymmärtämistä ja tietoa ilmiöstä. Kvantitatiivinen tutkimus on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien esimerkiksi mielipide, ammattiasema ja iän välisistä suhteista ja eroista. Muuttuja on asia, josta määrällisessä tutkimuksessa halutaan tietoa. Määrällinen tutkimus vastaa kysymykseen kuinka paljon, miten usein. Mittari on väline, jolla saadaan määrällinen tieto tai määrälliseen muotoon muutettava sanallinen tieto tutkittavasta asiasta. Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä mittarina käytetään kysely-, haastattelu- tai havainnointilomaketta. (Vilka 2007, 13-14.) Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 54) toteavat, että kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat kirjallisuuskatsauksen kattavuus mittausvälineen perustana sekä mittausvälineen rakentaminen ja esitestaaminen.

Tutkimus alkaa tutkimusongelmasta, joka muutetaan tutkimuskysymyksiksi. Tutkimuskysymyksillä kerätään aineisto ongelman ratkaisuksi (Kananen 2010, 74). Kananen (2012, 122)

muistuttaa, että tutkimuksessa ovat aina mukana tutkimuskysymykset, jotka liittyvät tutkimusongelmaan. Tutkimuskysymyksiä, metakysymystä, ei pidä sekoittaa lomakekysymyksiin, joita käytetään tutkimuskysymysten apuna. Tässä opinnäytetyössä haetaan vastausta tutkimuskysymykseen “Mikä on Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosaston ja kotisairaalan henkilökunnan käsitys osastofarmasiasta ja henkilöstön muutoshalukkuus osastofarmasian käyttöön?”

6.1 Tutkimusaineisto ja sen keruumenetelmä

Kyselytutkimus on Vehkalahden (2014, 11) mukaan hyvä tapa kerätä ja tarkastella tietoa muun muassa ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista. Vilkan (2005, 73-74) mukaan kyselytutkimus on yksi yleisimmistä kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä käytetty tiedonkeruutapa. Yksi sen kiistattomista eduista on mahdollisuus vastaajan anonyymiteettiin, joka voi mahdollistaa todenmukaisemmat vastaukset etenkin arkaluontoisista asioista. Kyselytutkimuksessa esitetään kysymyksiä kyselylomakkeen avulla, jolloin tietoa kerätään standardoidussa eli vakioidussa muodossa joukolta ihmisiä. Kaikilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Tällöin puhutaan survey-tutkimuksesta. (Vilka 2007, 27-28.) Kyselylomakkeen etuna strukturoituun haastatteluun verrattuna on mahdollisuus suurempaan määrään kysymyksiä, koska suljettuihin kysymyksiin vastaaminen on monesti helpompaa kuin avoimiin. Kyselylomakkeen avulla voi kartoittaa suurenkin ihmismäärän mielipiteitä nopeammin kuin haastatteluissa ja vastaukset ovat vapaita haastattelijan tulkinnoista. (Vilka 2005, 74; Bryman 2012, 233.)

Kvantitatiivista tutkimusta tehtäessä lomakkeen suunnittelu on tärkein ja aikaa vievin vaihe. Kyselyyn ei voi tehdä muutoksia enää kyselyiden tekemisen jälkeen ja huono suunnittelu voi johtaa vääränlaisen informaation saamiseen. Sanotaankin, että kun tiedonkeräysväline eli lomake on valmis, on puolet työstä tehty. Tämä koskee erityisesti määrällistä tutkimusta, jossa analysointiin käytetään erilaisia tietokantoja. (Kananen 2008, 37.) Kysely tulee suunnitella huolellisesti, jotta tutkimuksen tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Kyselylomake voi sisältää suljettuja ja avoimia kysymyksiä tai perustua väittämiin, joiden yhteensopivuuden vastaaja arvioi viisiportaisella Likertin asteikolla, jonka vaihtoehdot ovat ”täysin samaa mieltä 1-2-3-4-5 täysin eri mieltä”-akselilla. (Heikkilä 2008, 50-51). Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla strukturoituja, jolloin ne sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot, ns. monivalintakysymykset, tai avoimia kysymyksiä, jolloin vastaaja vastaa omin sanoin. Joskus kyselylomakkeessa voi olla myös erilaisilla asteikoilla vastattavia kysymyksiä. Kysymykset ovat tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä ja raaka-ainetta. Kysymyksistä riippuu tutkimuksen luotettavuus ja laatu. Kysymysten on oltava jokapäiväistä käyttökieltä ilman erikoistermejä, ja jokaisen vastaajan pitää ymmärtää kysymys samalla tavalla. Lisäksi on varmistuttava siitä, että vastaaja omaa tarvittavan tiedon. (Ronkainen ym. 2011, 114; Kananen 2008, 25.)

Kyselylomakkeen laatiminen vaatii tekijältään hyvää teoreettista perehtyneisyyttä tutkimusilmiöönsä. Huolellisesti laaditun ja testatun kyselylomakkeen ohella kyselyn laatimisen keskeinen päätös on se, osoitetaanko se otannan perusteella hankitulle aineistolle vai jollain muulla tavoin valikoidulle kohdejoukolle. Kyselyihin perustuvan tutkimusten tiedon käytön kannalta on myös hyvä erottaa kertaluontoiset, tiettyä asiaa selvittävät kyselyt ja toistuvat, vakiintunutta lomaketta käyttävät kyselyt. Jälkimmäisestä voidaan tehdä aikasarjoja tai analysoida muutosta. Barometrit ja indikaattorit perustuvat samana toistuviin kyselyihin. (Ronkainen ym. 2011, 114.)

Kyselytutkimus voidaan tehdä paperiversiona tai sähköisenä kyselynä. Verkkokyselyn etuina ovat aineiston saannin vaivattomuus sekä nopeus, mutta merkittävämpänä haittapuolena pidetään vastausten katoa. Tutkimuksen aihepiiri ja vastaajajoukko vaikuttavat siihen, kuinka suureksi kato muodostuu. Valikoimattomalle joukolle lähetetyn kyselylomakkeen vastausprosentti on yleensä pieni, kun taas valikoidulle erityisryhmälle lähetetty kysely tuottaa paremman vastausprosentin erityisesti silloin, kun aihe on heidän kannaltaan tärkeä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.) Tutkimuslomakkeeseen sisältyy kaksi osaa, jotka ovat saatekirje ja varsinainen kyselylomake. Saatteen tehtävänä on vastaajan motivoiminen lomakkeen täyttöön sekä selvittää hänelle tutkimuksen taustaa ja vastaamista. Saate usein ratkaisee, lähteekö vastaaja täyttämään kyselylomaketta. Saatteen tulee olla kohtelias, mutta se ei saa olla liian pitkä. (Heikkilä 2014, 59.)

Vilkan (2005, 182) mukaan määrällisessä tutkimuksessa perusjoukko pitää sisällä tutkimuskohdeeksi määritellyn joukon, joka sisältää kaikki havaintoyksiköt, joista tietoa tutkimuksessa halutaan. Heikkilä (2014, 42) kertoo, että perusjoukon koko vaikuttaa siihen, tehdäänkö kokonaistutkimus vai otantatutkimus. Heikkilän (2014, 31) mukaan kokonaistutkimus kannattaa tehdä, jos perusjoukko on pieni, kvantitatiivisessa tutkimuksessa aina jos yksiköiden lukumäärä on alle sata. Hirsjärvi ym. (2009, 179) toteaa, että jos lomake lähetetään kaikille, niin tällöin on kysymys kokonaistutkimuksesta. Opinnäytetyömme kyselyn perusjoukkona on Järvenpään akuuttiosaston ja kotisairaalan henkilökunta sekä hoitajat että lääkärit. Koska heitä lukumäärällisesti on alle sata, toteutamme opinnäytetyössämme kokonaistutkimuksen.

Tämän opinnäytetyön aineiston keruumenetelmäksi valittiin internetissä tehtävä kysely. Suunnittelimme tekevämme kyselylomakkeen ensin Word-ohjelmalla. Keräävämmme taustatietoa asettamalla eri vaihtoehtoja vastaajan koulutus ja esimerkkeinä kokemus osastofarmasiasta sekä väittämiä, joihin vastataan Likertin asteikolla. Suunnittelimme, että kyselylomake testattaisiin lähiesimiehillä ennen varsinaista kyselyä. Näin heillä olisi mahdollisuus ehdottaa korjauksia. Laurea ammattikorkeakoulussa on käytössä E-lomake-ohjelmisto, jonne esitestilomakkeen väittämät syötettiin. Kyselylomake suunniteltiin lähettää henkilökunnalle sekä

hoitajille että lääkäreille sähköpostilla. Heikkilä (2014, 17) kirjoittaa, että jos kysely toteutetaan verkossa, on perusjoukon jäsenillä oltava mahdollisuus internetin käyttöön. Tämä toteutui Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosastolla ja kotisairaalassa, sillä jokaisella työntekijällä on oma sähköposti sekä mahdollisuus työaikana sitä käyttää. Kyselylomakkeen saateosiossa suunnittelimme pyrkivämme lyhyesti ja ytimekkäästi selvittämään muun muassa tutkimuksen tavoitteen, tutkimustietojen käyttötavan, kertomaan tutkimuksen ehdottomasta luotamuksellisuudesta sekä lopuksi kiittämään vastaamisesta. Suunnittelimme pyrkivämme tekemään kyselylomakkeesta selkeän, sillä ulkomuoto voi vaikuttaa vastaamiseen. Osastofarmasian käyttö Järvenpään terveyskeskuksessa on tällä hetkellä ajankohtainen ja todennäköisesti muutosvistarintaa aiheuttava aihe. Tutkijoina toivoimme tämän vaikuttavan positiivisesti kyselymme vastausprosenttiin.

6.2 Tutkimuksen kulku

Tutkimussuunnitelman valmistuttua haimme Järvenpään kaupungin terveystalouden johtajalta lupaa tutkimuksellemme (Liite1). Luvan tutkimukseen saimme melko nopeasti (Liite 2), minkä jälkeen aloitimme kyselylomakkeen tekemisen. Kyselylomakeluonnoksia on useita, joita ohjaavan opettajan Johanna Lehden avulla muokkasimme lopulliseen muotoon. Saimme apua Harri Steniltä sähköisen lomakkeen luontiin. Sähköinen kyselylomakeluonnos lähetettiin viidelle lähiesimiehelle ajatuksella, että he testaavat lomakkeen. Yhtään lomaketta ei palautunut, mutta saimme sähköpostilla yhteisen palautteen. Järvenpään lähiesimiesten hyvän kirjallisen palautteen pohjalta teimme vielä muutoksia kyselylomakkeeseen, muun muassa yksinkertaistimme muutamia väittämiä. Taustatietoihin lisättiin toiveen mukaisesti vaihtoehto lähiesimies. Lähiesimies ei ole koulutusnimike, joten muutimme koulutustaustan kyselyn ammattinimike vaihtoehdoksi. Lisäsimme ammattinimike kohtaan joku muu ja mahdollisuuden vapaamuotoiseen kirjoitukseen: mikä? Lähiesimiesten toive oli, että lisäämme väittämien vastausvaihtoehtoihin kohdan 6 en tiedä. Päädyimme vastausvaihtoehtoihin, jotka olivat Likertin asteikolla 1-6: 1 täysin samaa mieltä, 2 jokseenkin samaa mieltä, 3 ei samaa eikä eri mieltä, 4 jokseenkin eri mieltä, 5 täysin eri mieltä ja 6 en osaa sanoa. Kyselylomakkeen kohdassa Järvenpään halukkuus muutokseen jätimme kohdan kuusi pois. Testasimme lomaketta itse, samoin testasivat ohjaava opettaja sekä muutama perheenjäsen. Kaikkiaan kyselylomaketta testasi kahdeksan esitestääjää.

Lähestyimme henkilöstöä ensin viestillä, jossa kerroimme sairaanhoitajaopintojemme lopputyöstä, aiheesta ja hieman avasimme osastofarmasia termiä sekä toivoimme heidän seuraavan sähköpostia lähipäivinä. Kyselylomake (Liite 3) lähetettiin sähköpostitse akuuttiosaston ja kotisairaalan lääkäreille, lähiesimiehille sekä lähi- ja sairaanhoitajille, joita kaiken kaikkiaan on 64. Vastausaika rajattiin kymmeneen vuorokauteen. Puolivälissä kävimme työyksiköissä suklaisten ”suukkojen” kera kiittämässä vastauksista ja muistuttamassa osastofar-

masiakyselystä. Lähetimme myös muistutusviestin tutkittaville. Pidensimme vastausaikaa 12 tunnilla ja lähetimme kiitosviestin vastanneille 24 tuntia ennen vastausajan päättymistä. Tämä pidennys tuotti vielä yhden vastauksen.

Viikko ennen julkaisuseminaaria järjestimme Järvenpään terveyskeskuksessa osastotunnin, jossa kerroimme lyhyesti opinnäytetyöstämme ja pääpiirteittäin tutkimuksemme tuloksista. Saimme hyvin koottua Power point -esitykseen (Liite 4) opinnäytetyömme pääkohdat. Aiemman sopimuksen mukaisesti toinen meistä toimi osastotunnin vetäjänä. Pysyimme hyvin aikataulussa ja tunnin loppuun jäi riittävästi aikaa keskusteluun. Pyysimme osastotuntiin osallistuneilta esityksestämme lyhyttä palautetta kirjallisena. Palautteissa esitys koettiin hyväksi tai ihan hyväksi, selkeäksi tai mielenkiitoiseksi. Esitys oli joidenkin kuulijoiden mielestä ”ohut”, kaivattiin enemmän tietoa osastofarmasiasta sekä laajempaa käsittelyä aiheesta ja kokemuksia. Osa koki, että teoriaa oli riittävästi, mutta tilastoja, pylväitä ja prosentteja olisi voinut olla enemmän. ”Hyvin suunniteltu opinnäytetyö tärkeästä aiheesta. Tekijät osasivat hyvin arvioida myös tutkimuksensa kehitettäviä osia. Osastofarmasia on tärkeä asia ja toivottavasti tulossa myös Myllynkulmaan! Kiitos tekijöille!”

Aihe herätti hyvin keskustelua ja mietteitä. Saimme vastata opinnäytetyötämme koskeviin kysymyksiin ja saimme vinkin lisätä työmme loppuun jatkokehitystä koskevan kappaleen.

6.3 Aineiston analyysi

Heikkilä (2014, 118) toteaa, että käytännön tutkimustyö vaatii sopivia työvälineitä. Tilastolliset ohjelmistot ovat tilastoaineistojen analysointiin tarkoitettuja ohjelmia. Ne sopivat parhaiten kvantitatiivisen tutkimusaineistojen käsittelyyn ja analysointiin. Analyysitapa valitaan sen mukaan, ollaanko tutkimassa yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja muuttujien vaikutusta toisiinsa. (Vilka 2007, 119.)

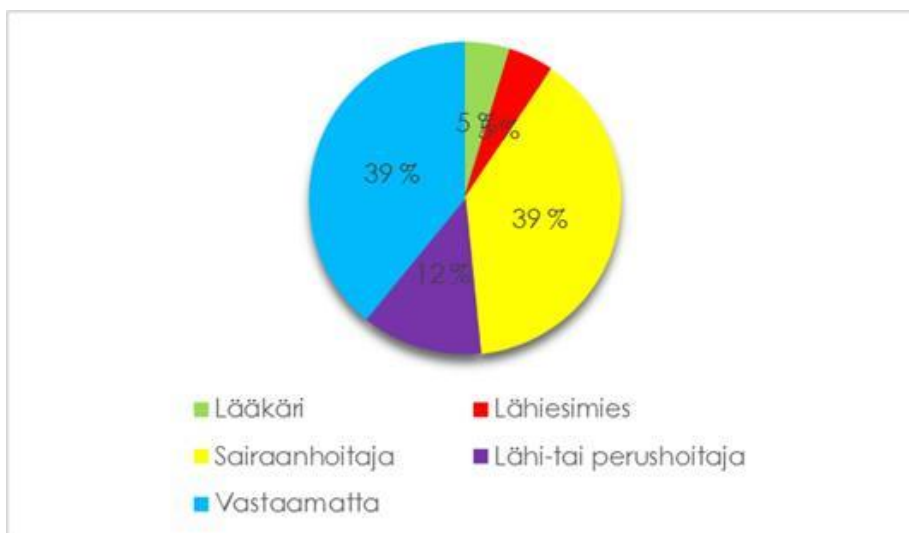
Suljettujen kysymyksiä avulla voidaan välttää määrättyjä virheitä kysymyksen ymmärtämisessä ja myös helpottaa aineiston jatkokäsittelyä. Kyselylomakkeen ulkomuoto vaikuttaa jatkoselvittelyn sujuvuuteen. Strukturoitujen kysymysten vaihtoehdot sijoitetaan lomakkeessa omille sarakkeilleen tai riveilleen. Näin vastaajan ja tutkijan työ nopeutuu ja helpottuu. (Kananen 2008, 37.) Myös vastausten siirto tietokantaan on tällä menetelmällä mahdollisimman nopeaa ja vaivatonta. Vastauksia mitattaessa ja analysoitaessa on myös hyvä huomioida mahdolliset kaksoismerkitykset vastauksissa. (Vehkalahti 2008, 32.)

Laureassa käytettävässä olevan E-lomake-ohjelmistoon kertyneet tiedot voidaan siirtää taulukkolaskenta- ja tilasto-ohjelmistoihin esimerkiksi Excel- tai SPSS-ohjelmiin. Kyselylomakkeella saatuja tietoja voidaan selata moninaisesti ohjelmiston sisällä ja niihin voidaan tehdä hakuja. (Mikä on E-lomake? 2015.) Päädyimme opinnäytetyön tutkimuksen aineiston ana-

lysoinnissa käyttämään E-lomakkeen antamia mahdollisuuksia, sillä sieltä löytyi myös ristiintaulukointiin mahdollisuus. Päädyimme käyttämään E-lomakkeelta saatavia pylväikköjä sekä prosentteja ja Word-asiakirjan kaavioista ympyrämuotoa ja pylväitä.

7 Tulosten tarkastelu aikaisempaan tutkimukseen nähden

Kyselylomake lähetettiin 64 tutkittavalle eli viidelle lähiesimiehelle, neljälle lääkärille, 32 sairaanhoitajalle ja 24 lähi- ja perushoitajalle. Koko kyselyn vastausprosentti oli 61 %, palautettuja kyselylomakkeita oli 39 kappaletta. Sairaanhoitajista kyselyyn vastasi 78 %, lääkäreistä 75 %, lähiesimiehistä 60 % ja lähi- ja perushoitajista 33 %. Täytetyt kyselylomakkeet tarkastettiin ja todettiin asiallisesti vastatuiksi. Ainoastaan yhdestä lomakkeesta voitiin vastausten perusteella havaita, että vastausvaihtoehdot 1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä, olivat kääntyneet väärinpäin 5 täysin samaa mieltä - 1 täysin eri mieltä. Kaikki vastaukset analysoitiin ja laskettiin tuloksiin. Alla oleva kuvio 1 havainnollistaa 64 kyselylomakkeen vastausten ja vastaamattomuuden jakautumisen.



Kuvio 1: Kyselyyn vastanneet ja vastaamatta jättäneet

Vastaamatta jättäneiden osuus oli suuri. Vastaamattomuutta ja sen syitä pohdimme opinnäytetyömme lopussa.

7.1 Taustatiedot

Taustatiedoissa kartoitettiin tutkittavien ammattinimike, osuutta päivittäisen lääkehoidon toteuttamiseen sekä aiempaa kokemusta osastofarmasiasta. Ammattinimikkeissä oli mahdollista valita useampi vaihtoehto tai joku muu ja vastata vapaamuotoisesti mikä. Yksi vastaajista oli valinnut kaksi ammattinimikettä sekä kirjoittanut valinnalleen perustelun kohtaa mikä.

Muut olivat valinneet yhden ammattinimikkeen. Vastaajista 34 toteutti lääkehoitoa päivittäin työssään ja viisi vastaajaa ei toteuttanut lääkehoitoa päivittäin työssään.

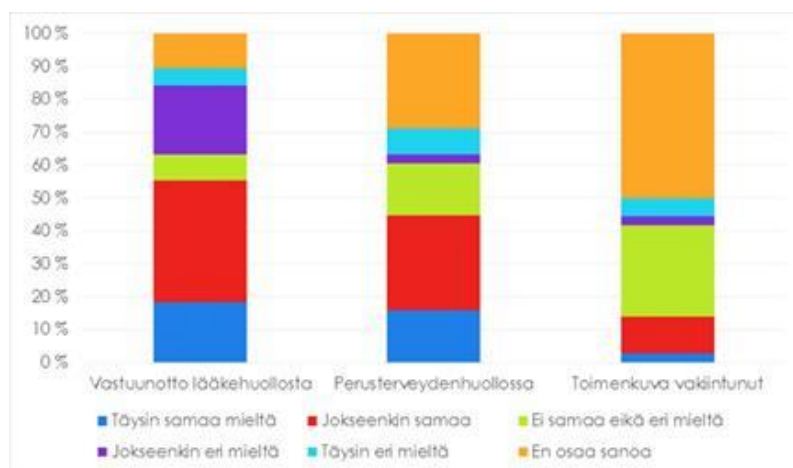
Vastanneista 15 oli aiemmin ollut työssä, jossa osastofarmasia oli ollut käytössä ja kolmella vastaajalla kokemus osastofarmasiasta oli opintojen käytännön harjoittelusta. 'Minulla ei ole kokemusta osastofarmasiasta' vastasi 21 henkilöä. Vastanneista 49 % koki osastofarmasian myönteisenä. Kukaan ei päätenyt vaihtoehtoon 'kokemukseni osastofarmasiasta on kielteinen' ja 51 % vastasi: en osaa sanoa. Tämä osoittaa osastofarmasian olevan melko vieras käsite henkilökunnan keskuudessa. 18 vastaajan myönteinen kokemus osastofarmasiasta on hyvä hyödyntää tulevaisuudessa terveystieteiden akuuttiosaston ja kotisairaalan lääkehoidon kehittämisessä. Heidän osuutensa henkilöstöstä on yli neljännes (28 %). Vastaajilla oli mahdollisuus perustella valintaansa lyhyesti. Vastanneista 21 henkilöä perusteli valintaansa kohdassa: "Jos vastasit myönteinen tai kielteinen, niin perustele mielipiteesi lyhyesti". Kolme heistä oli vastannut: "en osaa sanoa". Nämä vastaukset analysoitiin laadullisia keinoja käyttäen. Vastaukset jaettiin eri otsikoiden alle: hoitotyöhön, potilasturvallisuuteen, ennakkoluuloihin, kustannusvaikuttavuuteen, asiantuntijuuteen ja farmaseutin toimenkuvaan.

Vastaajista 13 kirjoitti, että osastofarmasia antoi tai antaisi hoitajille aikaa keskittyä varsinaiseen potilaan hoitoon ja välittömään hoitotyöhön. Yksi vastaaja kirjoitti osastofarmasian parantavan hoidon laatua. Kahden vastaajan mielestä hoitajien työtaakka helpottuisi osastofarmaseutin ollessa osallisena lääkehoidossa. Osastofarmasiassa toteutuu lääkehuollon erityisosaaminen, joka välittyy farmaseutilta hoitohenkilökunnalle, kirjoitti yksi vastaaja. Farmaseutti tuo oman lääkehoidon asiantuntijuuden potilashoittoon, välittyi neljän kirjoittajan perusteluista. Farmaseutin läsnäolo arkena mahdollisti tai mahdollistaisi nopean lisätiedon lääkehoidosta ja antaisi hoitajalle mahdollisuuden kysyä lääkkeitä. Lääkkeiden jako ja suomensäisten lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen farmaseutin asiantuntemuksella sekä hygieenisesti toteutettu lääkkeiden käsittely olivat kahden eri vastaajan kirjoittamia perusteluja. Kahdeksan vastaajaa kirjoitti, että osastofarmasia tulisi lisäämään tai oli lisännyt potilasturvallisuutta, lääketurvallisuutta tai hoidon turvallisuutta. Kolmessa näistä nousi esiin, että lääkkeiden yhteisvaikutukset tulisivat paremmin tai nopeammin huomatuksi, jos osastofarmaseutti hoitaisi lääkkeenjakoja. Yksi vastaaja kirjoitti, että lääkkeenjako- ja -jakovirheet vähenisivät farmaseutin toteuttaessa jaon. Pelkoa ja epäilyä toi esiin kolme vastaajaa siitä, että osastofarmasia vaikuttaisi hoitajien lääkeosaamiseen heikentävästi ja lääketuntemusta vähentäen. Eräs vastaaja kirjoitti olevansa kahden vaiheilla. Hänen mielestään osastofarmasia vapauttaisi varmasti hoitajan aikaa potilastyöhön ja muihin tehtäviin. Toisaalta hänellä oli pelko osastofarmasian vaikutuksesta omaan lääkehoito-osaamiseensa, koska lääkehuolto on iso osa hoitajan työtä. Osastofarmasialla saadaan taloudellisia säästöjä aikaan, ilmeni viiden eri vastaajan perusteluista muun muassa kun lääkehävikki pienenee. Eräs vastaaja kirjoitti: "Jos osastofarmasia = Farmaseutti huolehtii lääketilauksista, tarjottimelle jaosta ja käyttökuntoon saatta-

misesta on homma hanskassa.” Lopuksi kertaamme luettelomaisesti mitä farmaseutti voisi tehdä vastaajien mielestä. Farmaseutti voisi tilata lääkkeitä, huolehtia lääkkeiden optimaalisesta määrästä, huolehtia lääkehuoneen järjestyksestä, pitää koulutuksia, seurata kulutusta, seurata lääkehoidon kirjaamista sekä perehdyttää uusia ja vanhoja työntekijöitä. Nämä ilmeni kuuden eri vastaajan perusteluista.

7.2 Osastofarmasia

Seitsemän vastaajaa oli täysin samaa mieltä siitä, että osastofarmasia on farmaseutin tai proviisorin kokonaisvaltaista vastuunottoa osaston lääkehuollosta ja 14 vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä. Kolme vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä, kahdeksan vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä ja kaksi vastaajaa oli täysin eri mieltä. Neljä vastaajasta ei osannut sanoa, onko osastofarmasia farmaseutin tai proviisorin kokonaisvaltaista vastuunottoa osaston lääkehuollosta ja yksi oli jättänyt kohdan tyhjäksi. Valkonen ym. (2014) totesivat osastofarmasian tavoitteena olevan kokonaisvaltainen vastuunotto osaston lääkehuollosta ja farmaseuttinen vastuunotto potilaan lääkityksestä.



Kuvio 2: Osastofarmasia

Kuvio 2 keskimäinen pylväs osoittaa vastaajien keskuudessa olevan epätietoisuutta siitä, toimiiko osastofarmaseutteja perusterveydenhuollossa. Yksi vastanneista oli jättänyt kohdan tyhjäksi, ja 11 ei ollut osannut sanoa, ja kuusi ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, voiko osastofarmaseutteja toimia perusterveydenhuollossa. Tutkimussuunnitelmassa toimme esiin, että osastofarmaseutteja toimii perusterveydenhuollossa. Tästä hyviä esimerkkejä ovat Lahti, Kirkkonummi, Forssan seudun terveyshuollon kuntayhtymä sekä Hyvinkää. Ahosen ym:n (2013, 170) mukaan Suomessa toimii osastofarmaseutteja useissa sairaaloissa, eniten yliopistosairaaloissa, mutta myös perusterveydenhuollossa, keskus-, alue- ja kaupunginsairaaloissa. Juurisen (2003) mukaan osastofarmaseutteja oli 27 sairaalassa ja terveyskeskuksessa. Tyynismaan (2012, 69) mukaan vuonna 2011 yhteensä 157 farmasistia työskenteli 242 osastolla muun muassa terveyskeskuksissa. Tuolloin 36 apteekkia ja lääkekeskusta käytti osastofarmasiaa ja 14

suunnitteli sen käyttöönottoa. Viime vuosilta ei löydy tietoa farmaseuttien lukumäärästä, mutta luku mitä todennäköisimmin kasvaa.

Puolet vastanneista ei osannut sanoa, onko osastofarmaseutin toimenkuva vakiintunut, sillä se on kansallisesti säädetty ja 28 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Kuusi prosenttia vastaajista oli täysin eri mieltä ja kolme prosenttia vastaajista oli jokseenkin eri mieltä siitä, että osastofarmaseutin toimenkuva on vakiintunut kansallisella säädöksellä. 11 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja kolme prosenttia vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että osastofarmaseutin toimenkuva on vakiintunut, sillä se on kansallisesti säädetty. Kolme vastaajaa oli jättänyt kohdan tyhjäksi. Tämä kysymys oli vaikea ja toisaalta se osoittaa, ettei henkilökunnalla ole asiasta tietoa. Tällä hetkellä osastofarmaseutin toimenkuvaa ei ole kansallisesti säädetty. Farmaseutin toimenkuva osastolla määrittyy kunkin toimipisteen omista tarpeista ja resursseista.

7.3 Osastofarmasia ja kustannusvaikuttavuus

Väittämään ”osastofarmasia lisää kustannuksia hoitoajan lyhentyessä” jätti kaksi kyselylomakkeen palauttaneista vastaamatta. 11 vastaajaa ei osannut sanoa, lisääkö osastofarmasia kustannuksia hoitoaikojen lyhentyessä, ja kuusi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä. Viisi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä ja 14 vastaajaa oli täysin eri mieltä siitä, että osastofarmasia lisää kustannuksia hoitoajan lyhentyessä. Tutkimussuunnitelmassa kirjoitimme, että osastofarmasia tuo taloudellisia säästöjä niin osastoille kuin yhteiskunnallekin hoitojaksojen lyhentyessä ja terveyskeskuskäyntien vähentyessä (Haarala ym. 2013, 40).

Vastaajista 32 % oli täysin samaa mieltä ja 37 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että osastofarmasian avulla voidaan säästää lääkekustannuksissa. 11 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kymmenen prosenttia ei osannut sanoa, voidaanko osastofarmasian avulla säästää lääkekustannuksissa. Kolme prosenttia vastaajista oli jokseenkin eri mieltä ja kahdeksan prosenttia oli täysin eri mieltä siitä, että osastofarmasian avulla voidaan säästää lääkekustannuksissa. Yksi vastaaja oli jättänyt kohdan tyhjäksi. Paanasen (2009), Tyynismaan (2012), Ilmoniemen (2011) ja Pakarisen (2014) mukaan lääkekustannuksissa pystytään säästämään osastofarmasian avulla. Muun muassa lääkekaappien sisällön arvo pienenee, kun farmaseutti omalla asiantuntijuudellaan järjeistää lääkevalikoiman peruslääkevalikoimaa käyttämällä.

Väittämään ”osastofarmaseutin työ lisää osaston lääkepalautuksia suhteessa lääkekulutukseen” jätti kaksi kyselylomakkeen palauttajaa vastaamatta. 37 vastaajan mielipiteet jakautuivat alla olevan kuvan mukaisesti. Pakarisen (2014) mukaan lääkepalautukset suhteessa lääkekulutukseen olivat suuremmat osastofarmasiaosastoilla.



Kuvio 3: Osastofarmaseutin työ lisää osaston lääkepalautuksia suhteessa lääkekulutukseen

Kuviossa 3 näkyy Järvenpään henkilöstön käsitys siitä, lisääkö osastofarmaseutin työ lääkepalautuksia suhteessa lääkekulutukseen. Pakarisen (2014, 37) mukaan osastofarmasian alkaessa osastolla lääkehävikki ja lääkepalautukset hetkellisesti kasvavat farmaseutin käydessä läpi osaston lääkevarastoa, mutta ne tasaantuvat vuosien kuluessa. Osastofarmasiaosastoilla lääkehävikki suhteessa lääkekulutukseen oli hieman suurempi kuin muilla osastoilla. Kokopäiväisten osastofarmaseuttien osastoilla lääkehävikin määrä suhteessa lääkekulutukseen on huomattavasti pienempi kuin osapäiväisten osastofarmaseuttien osastoilla.

7.4 Osastofarmasia ja potilasturvallisuus

Vastaajista 15 oli täysin samaa mieltä ja 14 oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että osastofarmasia lisää potilasturvallisuutta. Kaksi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä, kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä ja kolme vastaajaa oli täysin eri mieltä siitä, että osastofarmasia lisää potilasturvallisuutta. Vastaajista kolme ei osannut sanoa lisääkö osastofarmasia potilasturvallisuutta. Hitonen (2013) pro gradu -tutkielmassaan osoitti osastofarmasialla olevan merkitystä potilasturvallisuuteen. Farmaseutin osallistuminen muun muassa lääkityksen arviointiin, lääkärin kierrolle ja farmaseutin antama koulutus hoitohenkilöstölle lisäsivät lääkehoidon turvallisuutta, jonka katsotaan olevan osa potilasturvallisuutta.

Vastaajista 46 % oli joko täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että osastofarmasia vähentää HaiPro-ilmoitusten määrää. 33 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kahdeksan prosenttia ei osannut sanoa, vähensikö osastofarmasia HaiPro-ilmoitusten määrää. Viisi prosenttia vastaajista oli jokseenkin eri mieltä ja kahdeksan prosenttia oli täysin eri mieltä siitä, että osastofarmasia vähentää HaiPro-ilmoitusten määrää. Pakarisen (2014, 16) tutkimuksessa HaiPro-raportointimäärät olivat 15-kertaistuneet vuodesta 2009 vuoteen 2012. Hyvinkäällä VIIVI-ilmoitusten määrä hieman laski vuonna 2010 verrattuna edelliseen vuoteen.



Kuvio 4: Osastofarmasia heikentää hoitohenkilökunnan lääketietämystä

Kuvio 4 ja mielipiteiden jakautuminen osoittaa henkilökunnan epävarmuuden siitä, miten osastofarmasia vaikututtaisi omaan lääketietämykseen. Useissa tutkimuksissa ja projekteissa on todettu farmaseutin läsnäolon lisäävän hoitajien ja lääkäreiden lääketietämystä muun muassa farmaseutin pitämien osastotuntien ja tietoisukujen ansiosta. Oma kokemuksemme on, että osastofarmaseutin päivittäinen läsnäolo tuo turvallisuutta lääkehoitoon ja lisää lääketietämystä.

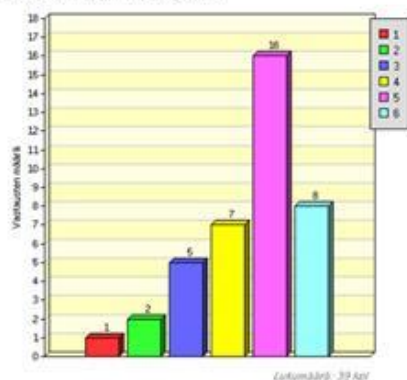
7.5 Osastofarmasia ja hoitotyö

Vastaajista 26 oli täysin samaa mieltä ja kuusi oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että potilaan hoitoon jäisi enemmän aikaa, jos osastofarmasiaa käytettäisiin laajemmin. Kaksi vastaajaa oli täysin eri mieltä ja yksi oli jokseenkin eri mieltä, yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kaksi ei ollut osannut sanoa jäisikö potilaan hoitoon enemmän aikaa, jos osastofarmasiaa käytettäisiin laajemmin. Yksi vastaaja oli jättänyt kohdan tyhjäksi. Tutkimuksissaan ovat todenneet muun muassa Tynismaa (2012), Rynnänen (2013), Virkkunen (2008) ja Ojala ym. (2007), että jos osastofarmasiaa käytettäisiin laajemmin, jäisi hoitajille enemmän aikaa potilaan välittömään hoitotyöhön esimerkiksi potilasohjaukseen. Kennyn (2002) mukaan moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattiryhmien tietotaito yhdistyy laaja-alaiseksi ja kokonaisvaltaiseksi tiedoksi potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Siinä korostuvat eri ammattiryhmien sitoutuminen yhteistyöhön ja valmius työskennellä yli perinteisten organisaatorajojen, jotta potilas saisi parhaimman hyödyn.

Kuvio 5 osoittaa henkilökunnan käsityksen siitä, että osastofarmasia lisää hoito- ja farmaseutisen henkilökunnan työtyytyväisyyttä. Tämän raportoi Tynismaa tutkielmassaan, jossa puolet osastofarmasisteista ja 67 % hoitohenkilökunnasta koki työtyytyväisyyden lisääntyneen.

Osastofarmasia vähentää hoito- ja farmaseuttisen henkilökunnan työtyytyväisyyttä

Vastausten absoluuttinen jakauma



Kuvio 5: Osastofarmasia ja hoitotyö

Vastanneista 16 oli täysin samaa mieltä ja 15 oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että osastofarmaseutin työpanos näkyy hoitajien lääkehuollon työtaakan helpottumisena. Vastaajista kolme ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi ei osannut sanoa helpottaako osastofarmaseutin työpanos hoitajien lääkehuollon työtaakkaa. Yksi vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä ja kolme täysin eri mieltä siitä, että osastofarmaseutin työpanos näkyy hoitajien lääkehuollon työtaakan helpottumisena. Haaranen ym. (2013, 40) mukaan osastofarmasiassa moniammatillisen yhteistyön tuloksena toteutuu se kaikkein tärkein, eli potilas hyötyy saadessaan entistä laadukkaampaa, tehokkaampaa ja turvallisempaa lääkehoitoa. Koskisen ym. (2012, 47) mukaan farmaseuttinen henkilökunta tarkastaa hoitolaitoksissa lääkekaapit ja valvoo lääkkeiden säilytyksen ja käsittelyn asianmukaisuutta ja tuottaa hoitavalle henkilöstölle lääkeinformaatioita. Farmasian ammattilainen, jolla on hyvät kliiniset tiedot, on lääkärille ja hoitajalle veraton apu monimutkaisten lääkitysten selvittämisessä. Farmasian ammattilaisen velvollisuus on puuttua havaitsemiinsa lääkehoidon ongelmatilanteisiin ja välittää ajantasaista, puolueetonta informaatiota lääkkeitä sekä asiakkaille että moniammatillisen työryhmän jäsenille. Moniammatillisuus mahdollistaa osaamisen monipuolisen hyödyntämisen.

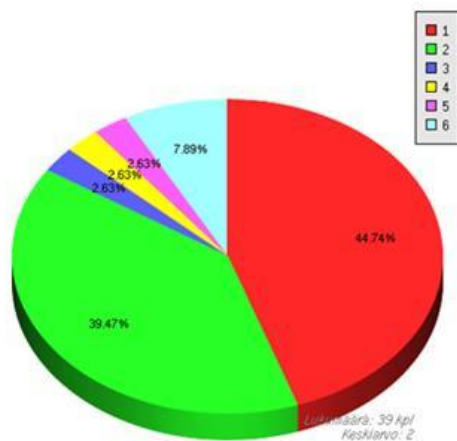
Vastaajista 26 % oli jokseenkin eri mieltä ja 18 % oli täysin eri mieltä siitä, että osastofarmaseuttia tarvitaan myös ilta- ja yövuoroissa sekä viikonloppuina. 26 % ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 11 % vastaajista ei osannut sanoa, tarvitaanko osastofarmaseuttia myös ilta- ja yövuoroissa sekä viikonloppuisin. 11 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja kahdeksan prosenttia oli täysin samaa mieltä siitä, että osastofarmaseuttia tarvitaan myös ilta- ja yövuoroissa sekä viikonloppuisin. Yksi oli jättänyt kohdan tyhjäksi. Ahonen ym. (2013, 171) toteavat, että usein hoitohenkilökunta epäilee lääketietämyksen heikkenemistä ja sen seurauksena lääkkeiden käsittelyn hankaloitumista virka-ajan ulkopuolella. Tämä on kuitenkin osoittautunut virheelliseksi käsitykseksi.

7.6 Osastofarmasia ja lääkehoitoprosessi

Vastaajista kuusi oli täysin samaa mieltä ja kahdeksan oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että farmaseutti voi osallistua lääkehoitoprosessin joka vaiheeseen. Viisi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kolme ei ollut osannut sanoa, voiko farmaseutti osallistua lääkehoitoprosessin joka vaiheeseen. Vastaajista seitsemän oli jokseenkin eri mieltä ja yhdeksän oli täysin eri mieltä siitä, että farmaseutti voi osallistua lääkehoitoprosessin joka vaiheeseen. Yksi oli jättänyt kohdan tyhjäksi. Koskisen ym. (2012, 35) mukaan tulevaisuuden lääkehoitoprosessissa farmasian ammattilainen osallistuu nykyistä enemmän lääkehoidon eri vaiheissa turvallisuuden ja onnistumisen varmistamiseen. Organisaation koko, eriosastojen väliset etäisyydet, työnjako, hierarkiat, työntekijöiden fyysiset työtilat, horisontaalisen ja vertikaalisen kommunikaation järjestämisen tavat, erilaiset säännöt ja määräykset ovat sairaalaorganisaatioissa tekijöitä, jotka helpottavat tai edistävät työntekijöiden keskinäistä vuorovaikutusta (Virkkunen 2008, 126).

Kuvio 6 kuvaa henkilöstön tietämystä tai uskoa siitä, että farmaseutin koulutuksen tuoma osaaminen tukee potilaan lääkehoidon laadun paranemista. Kyselyyn vastanneista yksi oli jättänyt kohdan tyhjäksi.

Vastausten suhteellinen jakauma



Kuvio 6: Osastofarmasia ja lääkehoidon osaaminen

Koskisen ym. (2012, 46) mukaan farmasian ammattilaiset ovat lääkeasiantuntijoita. Farmaseutin ja proviisorin koulutus antaa valmiudet lääkehuollon organisoimiseen, lääkkeiden oikeaoppiseen käsittelyyn, valmistamiseen, toimittamiseen, lääketiedonhakuun, lääkeinformaation välittämiseen, farmakologian ja biofarmasian hallitsemiseen ja niiden soveltamiseen käytännössä. Nämä ovat omiaan parantamaan potilaan kokonaishoitoa.

Vastaajista 23 oli täysin samaa mieltä ja 11 jokseenkin samaa mieltä siitä, että lääkehoitoprosessissa tarvitaan vuorovaikutusta farmasian, lääke- ja hoitotieteen ammattilaisten kesken.

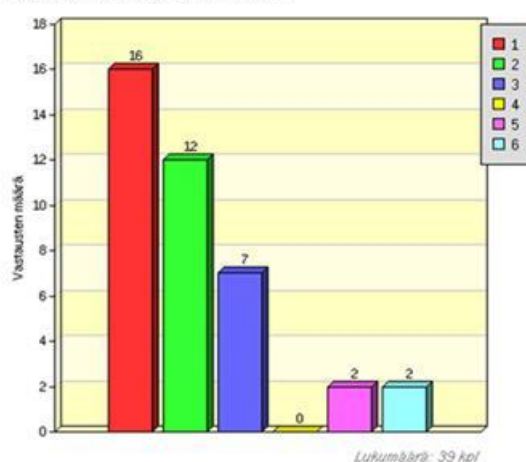
Yksi vastanneista ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kaksi ei ollut osannut sanoa, tarvitaanko lääkehoitoprosessissa vuorovaikutusta farmasian, lääke- ja hoitotieteen ammattilaisten kesken. Kukaan ei ollut vastannut jokseenkin eri mieltä. Täysin eri mieltä oli vastaajista yksi. Yksi oli jättänyt kohdan tyhjäksi. Lääkehoito on vaativa prosessi lääkkeen määräämisestä sen antamiseen potilaalle, lääkkeen vaikutusten tarkkailuun sekä arviointiin ja kirjaamiseen (Saano ym. 2013, 21). Lääkehoitoprosessin turvalliseen toteutumiseen tarvitaan moniammatillista ja -tieteistä yhteistyötä ja vuorovaikutusta. Lääkehoitoprosessissa samaa ilmiötä tai ongelmaa tarkastellaan eri tieteenalojen näkökulmasta. Monitieteellinen yhteistyö onnistuu, kun osallistujilla on halua ja kykyä tieteenalojen rajat ylittävään ajatteluun ja työskentelyyn. (Eriksson ym. 2012, 88-90.)

7.7 Osastofarmasia, moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys

Vastaajista 44 % oli täysin samaa mieltä ja 28 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että osastofarmasiassa potilas on moniammatillisesti toteutetun lääkehoidon keskiössä. Vastanneista 15 % ei ollut samaa eikä eri mieltä ja viisi prosenttia ei ollut osannut sanoa, onko osastofarmasiassa potilas moniammatillisesti toteutetun lääkehoidon keskiössä. Vastaajista kolme prosenttia oli jokseenkin eri mieltä ja viisi prosenttia oli täysin eri mieltä siitä, että osastofarmasiassa potilas on moniammatillisesti toteutetun lääkehoidon keskiössä. Tämän päivän lääkehoidossa, osastofarmasiassa, ovat potilas ja hänen läheisensä tiiviisti mukana lääkehoitoa koskevassa päätöksenteossa. Saumaton palveluketju on toimintamalli, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja. (Iivanainen ym. 2010, 44.)

Moniammatillisuus ja osastofarmasia on yksi hyvä toimintatapamuutos väestön ikääntyessä

Vastausten absoluuttinen jakauma



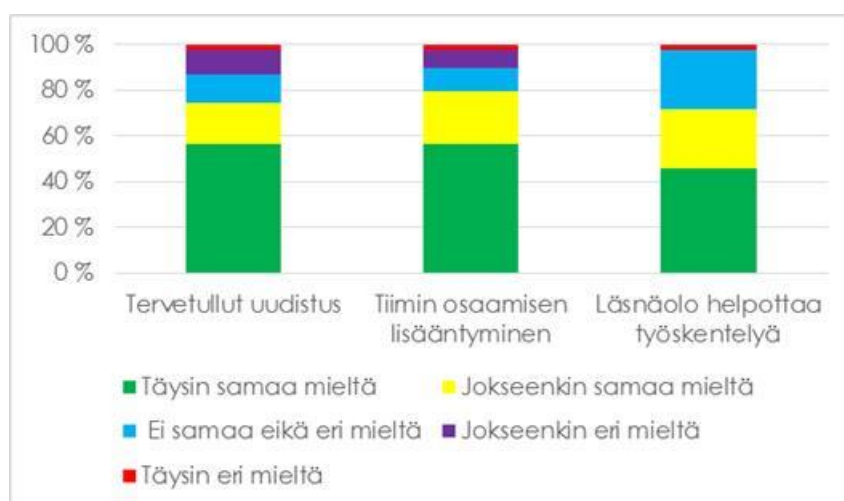
Kuvio 7: Moniammatillisuus ja osastofarmasia

Kuvio 7 osoittaa Järvenpään akuuttiosaston ja kotisairaalan hoitajien, lääkärin ja lähiesi-
miesten kannan siitä, että moniammatillisuus ja osastofarmasia on yksi hyvä toimintatapa-
muutos väestön ikääntyessä. Terveystuollon palvelujen tarve kasvaa väestön ikääntymisen
myötä eivätkä käytettävissä olevat resurssit kasva samassa suhteessa. Tarvitaan muutoksia
toimintatavoissa ja rakenteissa. Lääkehoidossa muutokset tarkoittavat vanhojen toimintata-
pojen kriittistä tarkastelua ja korvaamista uusilla, nykyisiin toimintaympäristöihin paremmin
sopivilla toiminnoilla. Lääkehoidon arviointeja tekevä farmaseutti on tästä hyvä esimerkki.
(Koskinen ym. 2012, 35.)

Vastanneista 61 % oli täysin samaa mieltä ja 21 % oli joksinkin samaa mieltä siitä, että mo-
niammatillisessa yhteistyössä korostuu eri ammattiryhmien yhteistyö. 11 % ei ollut samaa eikä
eri mieltä ja kolme prosenttia ei ollut osannut sanoa, korostuuko moniammatillisessa yhteis-
työssä eri ammattiryhmien yhteistyö. Kukaan ei ollut vastannut joksinkin eri mieltä. Viisi
prosenttia oli vastannut olevansa asiasta täysin eri mieltä. Yksi oli jättänyt kohdan tyhjäksi.
Isoherranen (2012, 22) kirjoittaa, että moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali-
ja terveysalalla asiakas- tai potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään havainnoimaan
potilaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsaa.

7.8 Halukkuus muutokseen Järvenpäässä

Opinnäytetyömme tarkoitus oli myös kartoittaa Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosaston
ja kotisairaalan henkilöstön halukkuutta osastofarmasian käyttöön Järvenpäässä. Tätä selvi-
timme kyselylomakkeen viimeisessä osiossa. Jätimme tarkoituksella pois vaihtoehdon 6: ”en
osaa sanoa” saadaksemme luotettavan tiedon, mitä mieltä henkilöstö on väittämässä. Tässä
osiossa oli kaikkiin väittämiin vastattu.



Kuvio 8: Osastofarmaseutin tulo ja sen vaikutus työskentelyyn

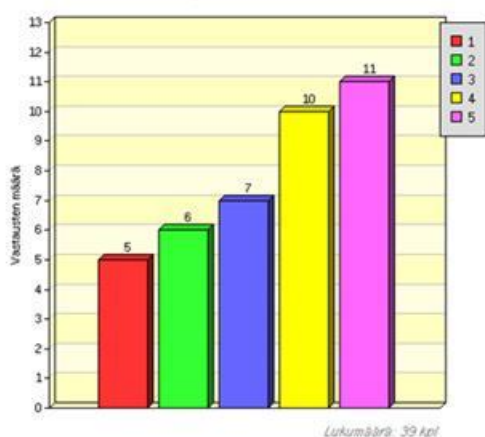
Valtaosa (n=29) kyselyymme vastanneista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että osastofarmasia työyksikköön olisi tervetullut uudistus. Viisi vastaajaa ei osannut sanoa ja neljä oli jokseenkin eri mieltä ja yksi täysin eri mieltä siitä, että osastofarmasia olisi tervetullut uudistus työyksikköön.

Kuusi vastaajista oli täysin samaa mieltä ja kahdeksan vastaajaa jokseenkin samaa mieltä väittämästä, että osastofarmaseutti tulisi vähentämään ammattitaitoani lääkehoito-osaamisessa. Kymmenen vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, tulisiko osastofarmaseutti vähentämään ammattitaitoa lääkehoito-osaamisessa. Kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä ja 13 vastaajaa täysin eri mieltä siitä, että osastofarmaseutti tulisi vähentämään ammattitaitoa lääkehoito-osaamisessa.

Valtaosa vastaajista oli vakuuttunut siitä, että farmaseutti toisi asiantuntijuutensa, lääketieto- ja -taitonsa koko henkilökunnan käyttöön lisäten tiimin osaamista. 56 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 23 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että farmaseutti toisi asiantuntijuutensa, lääketietonsa ja -taitonsa koko henkilökunnan käyttöön lisäten tiimin osaamista. Vastaajista kymmenen prosenttia ei ollut samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä oli kahdeksan prosenttia ja täysin eri mieltä kolme prosenttia siitä, että farmaseutti toisi asiantuntijuutensa, lääketietonsa ja -taitonsa koko henkilökunnan käyttöön lisäten tiimin osaamista.

Halukkuus muutokseen Järvenpäässä
Osa-aikaisen farmaseutin työpanos olisi riittävä hoitamaan akuuttiosaston ja kotisairaalan lääkehuollon

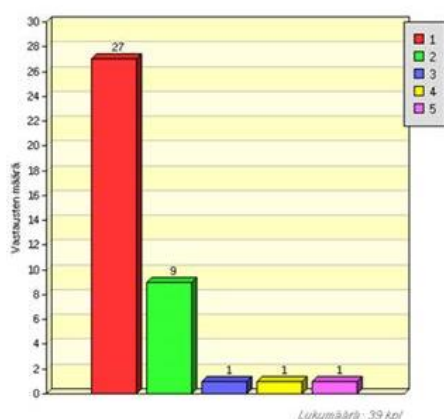
Vastausten absoluuttinen jakauma



Kuvio 9: Vasemmalta täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä

Yhtenä väitteenä oli, että osa-aikaisen farmaseutin työpanos olisi riittävä hoitamaan akuuttiosaston ja kotisairaalan lääkehuollon. Kuvio 9 osoittaa henkilöstön tahtotilan siitä, että osastofarmaseutin osa-aikainen työskentely akuuttiosastolla ja kotisairaalamme ei ole hyvä asia.

Henkilöstö oli varsin yksimielinen siitä, että osastofarmaseutti voisi antaa lääkeinformaatiota lääkäreille, hoitajille ja potilaille, sillä vastaajista 26 oli täysin samaa mieltä ja yhdeksän oli jokseenkin samaa mieltä. Ainoastaan yksi vastaaja oli täysin eri mieltä ja kolme vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, voisiko osastofarmaseutti antaa lääkeinformaatiota lääkäreille, hoitajille ja potilaille.



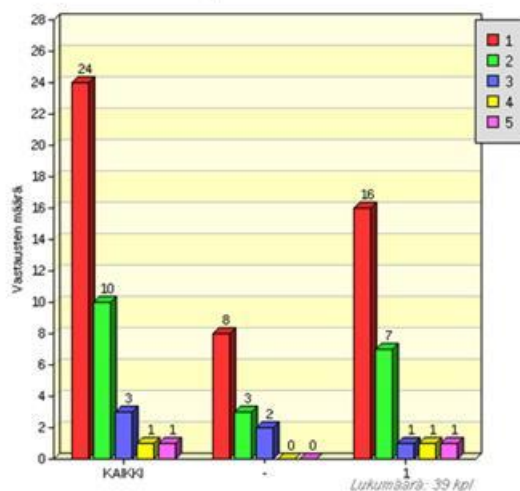
Kuvio 10: Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytys osastofarmaseutin tekemänä

Kuvio 10 osoittaa Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosaston ja kotisairaalan henkilöstön olevan halukas siihen, että uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden lääkehoitoon perehdyttämisestä voisi osastofarmaseutti ottaa vastuun.

Vastaajista 17 oli täysin samaa mieltä ja kahdeksan oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että osastofarmaseutti voisi ottaa vastaan lääkelupiin tarvittavia näyttöjä. Yhdeksän vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä, kaksi vastanneista oli jokseenkin eri mieltä ja kolme oli täysin eri mieltä siitä, että osastofarmaseutti voisi ottaa vastaan lääkelupiin tarvittavia näyttöjä.

Osastofarmaseutti voisi antaa tukea lääkityksen selvittelyyn ja tarkistukseen

Vastausten absoluuttinen jakauma



Kuvio 11: Ristiintaulukointi vasemmalla kaikki, keskellä muut ja oikealla sairaanhoitajat

Kuviosta 11 selviää, että valtaosan (88 %) mielestä osastofarmaseutti voisi antaa tukea lääkityksen selvittelyyn ja tarkistukseen.

Vastaajista 18 oli täysin samaa mieltä ja 10 oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että farmaseutin päivittäinen läsnäolo helpottaisi työskentelyäni. 10 vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä. Kukaan ei ollut vastannut ”jokseenkin eri mieltä” ja yksi tutkituista oli täysin eri mieltä siitä, että farmaseutin päivittäinen läsnäolo helpottaisi työskentelyäni.

Vastaajista 69 % oli täysin samaa mieltä ja 20 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että farmaseutti voisi huolehtia lääketilauksista ja lääkehuoneen järjestyksestä. Viisi prosenttia ei ollut samaa eikä eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista. Viisi prosenttia oli täysin eri mieltä siitä, että farmaseutti voisi huolehtia lääketilauksista ja lääkehuoneen järjestyksestä.

Vastaajista 69 % oli täysi samaa mieltä ja 20 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitajille jäisi enemmän aikaa potilaille, jos farmaseutti jakaisi tablettilääkkeet. Kolme prosenttia ei ollut samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä ei ollut kukaan ja kolme prosenttia oli täysin eri mieltä siitä, että hoitajille jäisi enemmän aikaa potilaille, jos farmaseutti jakaisi tablettilääkkeet.

Väitteeseen hoitajille jäisi enemmän aikaa potilaille, jos farmaseutti laimentaisi i.v.-antibiootit valmiiksi. Vastaajista 24 oli täysin samaa mieltä ja 11 tutkittavista oli vastannut jokseenkin samaa mieltä. Kaksi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä

ei ollut kukaan vastaajista ja täysin eri mieltä oli kaksi vastaajaa siitä, että hoitajille jäisi enemmän aikaa potilaille, jos farmaseutti laimentaisi i.v.-antibiootit valmiiksi.

Vastaajista 46 % oli täysin samaa mieltä ja 31 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että osastofarmaseutilta saisi tukea päätöksentekoon lääkehoitoprosessin eri vaiheissa. 20 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista ja kolme prosenttia oli täysin eri mieltä siitä, että osastofarmaseutilta saisi tukea päätöksentekoon lääkehoitoprosessin eri vaiheissa.

8 Pohdinta

Tässä opinnäytetyössä haettiin vastausta tutkimuskysymykseen ”Mikä on Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosaston ja kotisairaalan henkilökunnan tämän hetkinen käsitys osastofarmasiasta?” Selvitimme käsitystä kyselylomakkeen väittämällä, joita oli yhteensä 19. Lisäksi kartoitimme henkilöstön halukkuutta osastofarmasian käyttöön. Näitä väittämiä oli 13 kappaletta. Olemme mielestämme pystyneet saavuttamaan tutkimuskysymysten kannalta olennaisen tiedon. Lisäksi olemme saaneet arvokasta tietoa henkilökunnan ajatuksista siitä, mitä osastofarmaseutti voisi tehdä Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosastolla ja kotisairaalassa. Osastofarmasia osuudessa nousi päällimmäiseksi tunne, että osastofarmasia on käsitteenä melko vieras ja osastofarmasiaan Järvenpäässä on halukkuutta, mutta myös vastarintaa on. Tämä johtuu varmasti osaltaan osastofarmasiaan liittyvistä tiedon puutteista.

Haasteellisinta opinnäytetyön teossa oli kirjoittaminen, aikataulujen, opiskelun, harjoittelujen, työssäkäynnin ja yhdessä tekemisen sovittaminen. Teimme paljon työtä tahoillamme ja liitimme töitämme yhteen. Opinnäytetyönteko käynnistyi jo keväällä 2014, kun olimme yhteydessä Järvenpään terveyskeskuksen ylihoitajaan ja saimme aiheen opinnäytetyöllemme. Osallistuimme Laurea ammattikorkeakoulussa Monica Cseh`n tiedonhakupajaan ja saimme hyviä ohjeita, joita olemme hyödyntäneet koko prosessin ajan. Tiedonhaussa olemme kumpikin kehittyneet opinnäytetyöprosessin aikana. Olemme saaneet valmiuksia, joita tämän päivän näyttöön perustuvassa hoitotyössä tarvitaan.

Tutkimussuunnitelman valmistelu aloitettiin jo viime kevään ja kesän aikana, vaikkakin vasta tämän vuoden puolella saimme sen lopulliseen muotoon. Erilaisten artikkeleiden, pro gradu -tutkielmien lukeminen ja osastofarmasiaan perehtyminen on vahvistanut ajatustamme hyvästä, ajankohtaisesta ja tulevaisuutta koskevasta aihevalinnasta. Osastofarmasia on tätä päivää.

Kyselylomakkeen teko oli haasteellinen vaihe. Saimme runsaasti apua sekä ohjaavalta opettajalta Johanna Lehdeltä lomakkeen väittämien muokkaamisessa lopulliseen muotoon sekä Harri Steniltä sähköisen lomakkeen laadinnassa. Myös Järvenpään lähiesimiesten antamat kommentit

tit auttoivat meitä. Kyselylomakkeen kysymykset olisi ollut hyvä numeroida. Se olisi helpottanut vastauksien tulkintaa. Sähköisen lomakkeen luonnissa meille sattui harjaantumattomalle tavanomaisia virheitä, jotka teettivät meille enemmän työtä aineiston analyysivaiheessa.

Tutkimusaineistoa opinnäytetyössämme oli runsaasti. Aineistot olivat erityyppisiä, eri tavoin ja eri aikoina hankittuja. Erilaiset aineistot luovat rikkaampaa kuvaa opinnäytetyölle. Olemme lukeneet aineistoa teorian johdattelemana, mutta olemme antaneet myös aineiston puhua vapaasti. Erilaisen aineistojen yhdistäminen on ollut tiedon saannin ja myös tutkimustulosten luotettavuuden kannalta tärkeää.

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettinen pohdinta on yksi osa opinnäytetyötä. Laurea ammattikorkeakoulussa kirjallisia töitä tehdessämme olemme oppineet lähdemerkintöjen tärkeyden. Olemme asianmukaisesti ilmoittaneet ja kirjoittaneet käyttämämme lähteet niin tekstissä kuin lähdemerkintöinä työmme lopussa. Olemme myös tuottaneet totuudenmukaista tekstiä analysoidessamme tutkimuksemme tuloksia. Kyselylomakkeen olemme laatineet niin, että vastaaja voi vakuuttua anonyymiydestään.

Eettinen osaaminen hoitotyössä on kykyä toimia eettisesti. Eettisyys on tietoinen arvovalinta, jota tukee oma motivaatio ja tahto toimia oikein. Opinnäytetyössä olemme noudattaneet sairaanhoitajan eettisiä periaatteita mukaan lukien vaitiolovelvollisuuden, joka koskee Laurea ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan myös opinnäytetyötä sekä noudatamme hyvää tieteellisen tutkimuksen käytäntöä. Olemme noudattaneet tutkimusta tehdessämme rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta ja avoimuutta sekä tutkimuksessa että sen tulosten käsittelyssä ja niiden julkaisussa. Tehdessämme tutkimusta käytimme luotettavia ja hyväksi havaittuja menetelmiä tiedon hankinnassa, tutkimuksessa ja arvioinnissa. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2015.)

Hyvä tieteellinen käytäntö pitää tärkeänä, että tutkittavat, kuten yksilöt ja ryhmät, säilyvät tuntemattomina. Määrällisessä tutkimuksessa ei vastauksia kirjata yksilöittäin, joten tunnistamisriskiä ei ole. Eettisesti tärkeämmäksi asiaksi muodostuu kirjoittamistapa. (Vilkkä 2007, 164.) Palautuneet kyselylomakkeet tallentuivat aikajärjestyksessä numeroina E-lomake-ohjelmistoon. Emme missään vaiheessa ole saaneet tietää, kuka on vastaaja. Anonymiteetti on pystytty säilyttämään läpi tutkimuksen.

Tiiviisti ilmaistuna validiteetti kertoo, mittaako mittari sitä mitä piti, ja reliabiliteetti kertoo, miten tarkasti mitataan. Validius tarkoittaa karkeasti systemaattisen virheen puuttumista. Validius varmistetaan etukäteen huolellisella suunnittelulla ja tarkoin harkitulla tiedonkeruul-

la. Myös perusjoukon tarkka määrittely, edustavan otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti edesauttavat validin tutkimuksen toteutumista. Mittauksen reliabiliteetti on sitä parempi, mitä vähemmän siihen sisältyy mittausvirhettä. (Vehkalahti 2014, 41; Heikkilä 2014, 27.) Tutkimuksessamme täyttyvät validin tutkimuksen kriteerit, sillä toteutimme kokonaistutkimuksen ja vastausprosentti oli hyvä. Kyselylomakkeen ”en osaa sanoa” -vaihtoehto vähentää tutkimuksemme luotettavuutta. Koska kyselylomake oli sähköisessä muodossa, jäi vastausten syöttövaihe pois ja näin myös siitä aiheutuvat virheet. Tämä lisäsi tutkimuksemme reliabiliteettia.

8.2 Johtopäätökset

Kyselylomakkeita palautui 39 määräaikaan mennessä, vastausprosentiksi tuli 61 %. Voimme olla tyytyväisiä vastausprosenttiin. Kyselyyn vastaamatta jättäneiden osuus oli suuri 39 % (n=25), osuus oli yhtä suuri kuin sairaanhoitajien vastauksien osuus. Mietimme oliko kyselylomakkeen alkuosio, jossa pyrimme kartoittamaan henkilöstön nykykäsitystä osastofarmasiasta, liian vaikea. Erityisesti olemme pohtineet lähi- ja perushoitajien vastaamattomuutta. Onko vastaamattomuuden syynä ollut tiedon puute osastofarmasiasta tai pelko oman toimenkuvan supistumisesta, jos lääkkeenjaon arkipäivisin suorittaisikin farmaseutti? Oliko vastaamatta jättäminen merkki muutosvastarinnasta? Olisimmeko saaneet enemmän vastauksia, jos vastausaikaa olisi jatkettu.

Järvenpään akuuttiosaston ja kotisairaalan hoitajien, lääkärin ja lähiesimiehien osastofarmasian kokemuksista vahvimpana perusteluista nousi, että henkilökunnalle jäisi enemmän aikaa potilastyöhön ja työtaakka helpottuisi. Potilasturvallisuuden kirjoitettiin parantuvan, kun lääkkeiden yhteisvaikutukset tulisivat paremmin huomioituksi ja lääkkeenjaon virheet vähenisivät. Kolmanneksi suurin osuus perusteluista oli farmaseutin tuoma asiantuntijuus tiimin käyttöön. Farmaseutin toimenkuva oli perusteluissa hyvin perinteinen verrattuna eri tutkimuksissa ilmi tulleisiin kuvauksiin farmaseutin lääkelogistisista tehtävistä. Perusteluista nousi hoitajien keskuudesta käsitys oman lääkehoito-osaamisensa ja lääketuntemuksensa heikkenemisestä.

Kyselyn osastofarmasia-osuudessa tuli ilmi henkilökunnan vaihteleva tietoisuus tai epätietoisuus osastofarmasiasta ja sen käytöstä perusterveydenhuollossa. Henkilökunnalla on selkeä ymmärrys siitä, että osastofarmasian avulla pystytään säästämään lääkekustannuksissa ja siitä, että lääkeshoidolla ja hoitoaikojen lyhentymisellä on kustannuksia vähentävä vaikutus. ”Osastofarmaseutin työ lisää osaston lääkepalautuksia suhteessa lääkekulutukseen” oli väittämänä vaikea. Vastaukset toivat ilmi henkilökunnan tietämättömyyttä ja epävarmuutta asiasta. ”Osastofarmasia heikentää hoitohenkilökunnan lääketietämystä” -väittämään annetut

vastaukset jakautuivat joka sektorille. Tämä osoittaa, että henkilökunnalla ei ole käsitystä osastofarmasian vaikutuksesta hoitajien päivittäiseen lääkehoitotyöhön.

Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosaston ja kotisairaalan henkilöstöllä on selkeä käsitys siitä, että osastofarmasia lisää potilasturvallisuutta. Väittämä osastofarmasian vaikutuksesta HaiPro-ilmoitusten määrään oli vaikea. Epätietoisuus asiasta aiheutti sen, että vastaajista 13 valitsi vaihtoehdon ”ei samaa eikä eri mieltä”. ”Osastofarmasia heikentää hoitohenkilökunnan lääketietämystä” -väittämää ristiintaulukoitiin henkilöiden kanssa, joilla oli aiempaa kokemusta osastofarmasiasta opiskelun tai työelämän perusteella. Yllättävä havainto oli, että kokemuksesta huolimatta osastofarmasian koettiin heikentävän lääketietämystä.

Suurimmalla osalla kyselyyn vastanneista on selkeä ymmärrys siitä, että jos osastofarmasiaa käytettäisiin laajemmin, niin potilaan hoitoon jäisi enemmän aikaa. Valtaosalla (n=22) vastaajista on käsitys, että osastofarmasia ei vähennä hoito- ja farmaseuttisen henkilökunnan työtyytyväisyyttä. Toisaalta epätietoisuus osastofarmasian vaikutuksesta työtyytyväisyyteen tulee jälleen esiin vastauksien ”en osaa sanoa” (n=8) ja ”ei samaa eikä eri mieltä”(n=5). Osastofarmaseutin työpanos näkyy vahvana (n=31) hoitajien lääkehuollon työtaakan helpotumisena. Henkilökunnan vastauksista ilmenee käsitys, että osastofarmaseuttia ei tarvita ilta- ja yövuoroissa eikä viikonlopuissa.

Henkilökunnan vastauksista ei saada selkeää käsitystä, voiko farmaseutti osallistua lääkehoidon prosessiin joka vaiheeseen. Vastaukset väittämään ”farmaseutin koulutuksen tuoma osaaminen tukee potilaan lääkehoidon laadun paranemista” olivat hyvin yksimieliset, sillä 32 vastaajaa oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Suurimmalla osalla (n=34) on käsitys, että lääkehoidon prosessissa tarvitaan vuorovaikutusta farmasian, lääke- ja hoitotieteen ammattilaisten kesken.

Vastaajien keskuudessa (n=28) on käsitys, että osastofarmasiassa moniammatillisesti toteutettu lääkehoito on asiakaslähtöistä. Siinä potilas on lääkehoidon keskiössä. Henkilökunnan vastauksista ilmenee, että toimintatapamuutos on tarpeellinen väestön ikääntyessä. Toimintamallina osastofarmasia koetaan hyvänä vaihtoehtona. Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö korostuu moniammatillisessa osastofarmasiassa.

Edellä olevasta voidaan todeta, että osastofarmasiaa tunnetaan loppujen lopuksi aika vähän. Tietoa osastofarmasiasta arjen ja käytännön perusteella tuntui olevan jonkin verran, mutta epätietoisuutta ja epävarmuutta siitä, mitä osastofarmasia voisi olla perusterveydenhuollossa. Vastanneiden keskuudessa oli havaittavissa halukkuutta muutokseen Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosastolla ja kotisairaalassa. Kyselytutkimuksemme pohjalta Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosastolla ja kotisairaalassa osastofarmasia koettiin tervetulleena uudistuk-

senä. Analysoidessamme tutkimustuloksia hoitajien näkökulmasta osastofarmaseuttien työ näyttäytyi tarkkana, luotettavana ja huolellisena. Hoitajat eivät kyseenalaistaneet farmaseuttisen henkilökunnan tiedollista asiantuntijuutta, vaan pitivät osastofarmasiaa moniammatillisena. Osastofarmasian uskotaan tuovan Järvenpään uuteen Terveystalo Myllynkulmaan hyvää lääkeinformaatiotoimintaa. Halukkuus lääkehoidon toimintatavan muutokseen Järvenpäässä vaikuttaisi viimeisen osion vastausten perusteella olevan myönteinen uudistus. Halukkuus osion väittämistä voisi muotoilla Järvenpään osastofarmaseutin toimenkuva. Siihen voisi kuulua perinteisten osastofarmaseutin tehtävien lisäksi uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttäminen. Osastofarmasia on tätä päivää, johon myös Järvenpään on lähdettävä mukaan.

Arikosken ja Sallisen mukaan (2007, 41, 47) erilaiset muutokset ovat olennainen osa jokapäiväistä elämäämme. Muutoksissa ihminen käy läpi neljä perustunnetta: pelon, vihan, surun ja ilon. Vasta nämä tunteet läpi käytyään ihminen on sinut muutoksen kanssa. Organisaation johto saattaa ensi kertaa muutostilanteesta tiedottaessaan odottaa henkilöstöltään kypsää suhtautumista tulevaa muutosta kohtaan. Johto ikään kuin vaatii iloitsemaan tulevasta, ennenkuin henkilöstö on edes ehtinyt ensiällistykseltään toipua. Mitä ilmeisimmin on johto itse jo kärvistellyt oman pelon ja vihan tunteensa lävitse ja saavuttanut surun kautta muutokseen sisältyvän ilon. Työpaikoilla ihmiset helposti yhdistyvät muutosvastarinnan taakse ja yrittävät estää muutosta toteutumasta. Aluksi esiintyvä muutoksen torjuminen tai muiden puolustusmekanismien käyttö ei ole pelkästään kielteinen ilmiö. Taitavasti toteutetun muutoksen jäljet näkyvät pitkään, sillä muutoksen aidosti sisäistänyt ryhmä on tuottava ja sitoutunut.

Organisaatioissa muutokset ovat erityisen merkityksellisiä esimiehille ja alaisille. Muutosta edeltää usein vaihe, joka on yksilön kannalta ristiriitainen: levottomuus lisääntyy, eri ryhmien väliset erot lisääntyvät ja huhut lähtevät liikkeelle. Ristiriita sysää liikkeelle muutoksen, joka saattaa lamaannuttaa. Vaikka muutos saattaa vaikuttaa työntekijöiden perustyöhön hyvin vähän, muutoksista saattaa silti olla haittaa joillekin työntekijöille. On ongelmattomampaa olla työyhteisössä, kun tekee sellaista, mitä osaa. Muutostilanteessa pärjää parhaiten aidolla asenteella ja yhdessä ideoimalla. Vaikka muutos saattaa vaikuttaa työntekijöiden perustyöhön hyvin vähän, ahdistavat uudistukset silti joitakin työntekijöitä. Työtään tekemällä työntekijän epävarmuus saattaa kuitenkin haihtua ja kiinnittyminen omaan työhön auttaa. Kun ihminen on toiselle ihminen, se usein riittää. (Ponteva 2010, 7, 23, 87, 105.)

Toivomme, että opinnäytetyöstämme on hyötyä Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosaston ja kotisairaalan henkilökunnalle ja johtaville henkilöille. Toivottavaa olisi, että he perehtyisivät työhömmme. Perehtyminen lisäisi tietoisuutta osastofarmasiasta ja sen hyödyistä sekä mahdollisesti alentaisi kynnystä hyväksyä osastofarmasia lääkehoidon osaksi. Osastofarmasia-

tietoisuuden lisääntyminen voisi virittää keskustelua lääkehoitoprosessin kehittämisestä Järvenpäässä.

Tulevaisuudessa jatkotutkimusta voisi tehdä esimerkiksi kartoittamalla osastofarmasian kokemuksia Järvenpäässä. Mieltämme jäi vaivaamaan lähi- ja perushoitajien vastaamattomuus. Tutkimus olisi heidän kannalta ollut hyvä tehdä vasta osastotunnin jälkeen. Heidän mielenliikkeistään voisi tehdä oman tutkimuksen. Mielenkiintoista olisi selvittää farmaseutin käyttöä kotihoidossa, vanhusten asumispalveluyksiköissä tai mielenterveys- ja päihdeyksikössä. Olisiko Järvenpäässä tilaus joko ”kuntafarmaseutille” tai hoivafarmasialle.

Lähteet

Painetut lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Eskola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Ahonen, J., Hartikainen, P., Ahonen, A., Hartikainen, S., Halonen, H., Koljonen, M., Ojala, R., Saano, S. & Savolainen, S. 2013. Kliininen farmasia potilaan lääkehoidon tukena. Kirjassa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidaja ja lääkehoito, Hoitotyön vuosikirja 2013, 161-179. Helsinki: Fioca.

Airaksinen, M. 2013. Lääkehuolto osana sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmää - kliinistä farmasiaako? Helsinki: Suomen Farmasialiitto.

Airikoski, J. & Sallinen, M. 2007. Vastarinnasta vastarannalle-johda muutosta taitavasti. Helsinki: JTO.

Bryman, A. 2012. Social reserch methods. 4th edition. Oxford: Oxford University Press.

Celikkayalar, E. 2008. Lääkitysturvallisuuden arviointi sairaalassa- itsearviointityökalun kehittäminen ja lääkitysturvallisuuden auditointi Satakunnan keskussairaalassa. Pro gradu - tutkielma. Sosiaalifarmasian osasto. Helsingin yliopisto.

Eriksson, K., Isola A., Kyngäs, H. Leino-Kilpi, H. Lindström, U.Å., Paavilainen, E. Pietilä, A-M., Salanterä, S, Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. Hoitotiede. 4. uud.painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Haarala, S.; Kanninen, J-C.; Kosola, K.; Lappalainen, K. & Sutinen, R. 2013. Osastofarmasia - quo vadis? Dosis vol. 29 1/2013 Helsinki: Suomen Farmasialiitto.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. painos. Helsinki: Edita.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uud.painos. Helsinki: Edita.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud.painos. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. 1.-2. uud.painos. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1.-6. painos, Helsinki: Tammi.

Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J. Puirava, P. & Ojala, R. 2012. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma.

Isoherranen, K 2006. Moniammatillinen Yhteistyö. 1.-2. uud.painos. Porvoo: WSOY.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2010. Enemmän yhdessä, moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitos. Helsingin yliopisto.

Kananen, J. 2008. Kvantti- Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön Kirjoittamisen Opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

- Kananen, J. 2011. Kvantti- Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimushoitotieteessä. 3.uud.painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kanninen, J-C. 2014. Kohti parempaa lääkehoitoa. Aducate-asiakaslehti 2014/2015. Itä Suomen yliopisto.
- Kosola, A. 2013. Potilas- ja lääkitysturvallisuuden parantaminen kliinisen osastofarmasian avulla.Potilasturvallisuuden erikoistumisopinnot. Helsinki: Arcada.
- Laakkonen, A., Lehtomäki, J., Virkkunen, E. & Uusitalo, M. 2005. Osastofarmasia, kirjassa Sairaalaharmasia. Toim. Saano, S., Naaranlahti, T., Helin-Tanninen, M. & Järviluoma, E. Kuopio: Fortis.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollilla, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 2. uud.painos. Helsinki: Edita.
- Mäkipää, S. & Korhonen, T. 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu? Kirjassa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidaja asiantuntijana, hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita.
- Nylander, M. & Järviluoma, E. 2005. Lääkehuolto sairaaloissa ja terveyskeskuksissa, kirjassa Sairaalaharmasia. Toim. Saano, S., Naaranlahti, T., Helin-Tanninen, M. & Järviluoma, E. Kuopio: Fortis.
- Ojala, R., Kärkimaa, E.-L., Ahonen, J. & Enlund H. 2007. Osastofarmasian hyödyllisyys ja tulevaisuuden haasteet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Helsinki: Suomen Farmasialiitto.
- Payne, M. 2000. Teamwork in Multiprofessional Care. UK: Aardwark Editorial, Suffolk.
- Pakarinen, T. 2014. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus osastofarmasian kustannusvaikuttavuudesta ja aikasarja osastofarmasian kustannuksista ja vaikutuksista vuosina 2009-2012 Hyks-sairaanhoidoalueella. Pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto.
- Ponteva, K. 2010. Onnistu muutoksessa. Helsinki: Talentum.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOY.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue, johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.
- Saano, S., Naaranlahti, T., Helin-Tanninen, M. & Järviluoma, E (toim.). 2005. Sairaalaharmasia. Kuopio: Fortis.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanomapro.
- Sutinen, R. 2014. Osastofarmasia on tulevaisuuden ala. Aducate-asiakaslehti 2014/2015. Itä Suomen yliopisto.
- Valkonen, V., Koljonen, M., Ojala, R. & Laitinen, K. 2014. Farmasian ammattilaisten roolit sairaalan lääkehoitoketjussa. Dosis vol.30 n:o 4/2014. Helsinki: Suomen farmasialiitto.
- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2010, painos 1.-3. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: Wsoy.

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

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Sähköiset lähteet

Ahonen, R. & Hartikainen, S. 2014. Terveysportti. Potilasturvallisuuden perusteet: Lisää turvaa lääkehoitoon ja lääkehuoltoon. Viitattu 2.2.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04592&p_selaus=87067

Airaksinen, M. 2013. Lääkehuolto osana sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmää- kliinistä farmasiako? Dosis vol. 29, 1/2013. Viitattu 28.1.2015.
<http://elektra.helsinki.fi.nelli.laurea.fi/se/d/0783-4233/29/1/laakehuo.pdf>

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 26.1.2015.
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Ammattioikeudet. 2014. Viitattu 30.11.2014.
<http://www.valvira.fi/luvut/ammattioikeudet>

Celikkayalar, E., Airaksinen, M. & Astala, L. 2009. Lääkitysturvallisuuden auditointi Satakunnan keskussairaalassa. Tabu 2, 7-9. Viitattu 30.1.2015.
http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/16646_Tabu_2_2009.pdf

European Society of Clinical Pharmacy. 2015. Viitattu 29.1.2015.
<http://www.escpweb.org/cms/>

Heikura, M-L., Pitkänen, K., Hakala, A. & Puurunen, T. 2009. OLKA - Oikea lääkehoito kokonaisarvioinnin avulla. Kokeiluhankeraportti. Helsinki: Sitra. Viitattu 1.3.2015
<http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2013.pdf?download=Lataa+pdf>

Helsingin yliopisto. 2006. Farmasian tiedekunta. Viitattu 28.1.2015.
<http://www.helsinki.fi/farmasia/tietoa/index.htm>

Helsingin yliopisto. 2015. Farmaseutin tutkinnon osaamistavoitteet. 30.1.2015
<http://www.helsinki.fi/farmasia/opiskelu/opiskelijaksi/farmaseutti.html>

Hitonen, H. 2013. Lääkehoitosuunnitelmat lääkitysturvallisuustyökaluna. Pro gradu - tutkielma, Helsingin yliopisto. Viitattu 30.1.2015.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40060/Hitonen%20Heidi.pdf?sequence=1>

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2015. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014. Viitattu 30.1.2015.
<http://www.tenk.fi/fi/hk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Kaboli, P., Hoth, A., McClimon, B. & Schnipper, J. 2006. Clinical Pharmacists and Inpatient Medical Care-A Systematic Review. The Journal of American Medical Association 2006, vol.9, 166, 955-964. Viitattu 27.1.2015.
[http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/external?sid=3e308764-4fff-4d32-a233-aa3f396b2d1f%40sessionmgr4002&vid=10&hid=4207file:///C:/Users/Rauni/Downloads/ira50020%20\(1\).pdf](http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/external?sid=3e308764-4fff-4d32-a233-aa3f396b2d1f%40sessionmgr4002&vid=10&hid=4207file:///C:/Users/Rauni/Downloads/ira50020%20(1).pdf)

Kannattaa tutustua toisten töihin. Suomen farmasialiitto 2015. Viitattu 25.2.2015.
<http://www.farmasialiitto.fi/farmasialiitto/ajankohtaisia-uutisia/tiedotteet/kannattaa-tutustua-toisten-toihin>

Kari, H. & Laine, N. 2014. Hoivakotien ja palvelutalojen lääkehoidon ja -huollon kehittäminen farmasian ammattilaisten avulla. Viitattu 25.2.2015.
http://www.thl.fi/documents/584227/1449683/hoivakotien_ja_palvelutalojen_laakehoito.pdf/0e439319-8970-4ed3-9247-c0a7eea4c91c

Kliininen farmasia. 2015. Kliinisen farmasian seura. Viitattu 15.12.2014.
<http://www.kliinisenfarmasianseura.fi/kliininen-farmasia/osastofarmasia/>

Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. TUKEVA -hanke. 2010. Viitattu 28.10.2014.
http://www.fimea.fi/download/25908_Moniammatillisuus_sosiaali-ja_terveydenhuollon_uudistamiessa.pdf

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Leinonen, M. 2010. Ura-case 1. Julkaisussa Pirinen, O.(toim.) Lääkepäivät- onko lääke hintansa väärti. Viitattu 30.1.2015.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0038-8/urn_isbn_978-952-61-0038-8.pdf

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma 2012. Lääkehoidon osaaminen verkossa, LOVE. Viitattu 1.3.2015.
http://www.hus.fi/potilaalle/Documents/HUS_Potilasturvallisuussuunnitelma.pdf

Luhtanen, S. 2012. Lääkeinformaation koordinaation tarve Suomessa-kansallisen lääkeinformaatiostrategian valmistelu. Pro gradu-tutkielma, Helsingin yliopisto. Viitattu 30.8.2014
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/34844/Suvi%20Luhtanen%2c%20Pro%20gradu%20-tutkielma%20kev%C3%A4t%202012.pdf?sequence=1>

Lääkeasetus 24.7.1987/693

Lääkehoidon toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa 2012. Viitattu 30.11.2014.
http://www.valvira.fi/files/tiedostot/l/a/Laakehoidon_toteuttaminen.pdf

Läkelaki 10.4.1987/395

Lääkepolitiikka 2020. Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Viitattu 10.10.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-14405.pdf

Mikä on E-lomake? 2015. Viitattu 11.2.2015.
<https://e-lomake.fi/web/mika-on-e-lomake-3.html>

Mäntylä, A. & Kumpusalo-Vauhkonen, A. 2012. Fimea kokosi moniammatillisen verkoston ikäihmisten lääkkeiden käytön järjeistämiseksi. Viitattu 30.3.2015.
http://www.fimea.fi/ajankohtaista/uutiset/1/0/fimea_kokosi_moniammatillisen_verkoston_ikaihmissen_laakkeiden_kayton_jarkeistamiseksi

Mäntylä, A., Kumpusalo-Vauhkonen, A & Järvensivu, T. 2013. Lääkkeiden käytön haasteet-ratkaisuja moniammatillisilta tiimeiltä ja kansalliselta verkostolta. Viitattu 30.3.2015.
http://sic.fimea.fi/2_2013/laakkeiden_kayton_haasteet

Paananen, H. 2010. Hankeraportti: Kaikkien käyttäjien sairaala. Välineitä monitoimintoisen sairaalaympäristön käyttäjäkeskeiseen suunnitteluun. Oulun yliopiston työtieteen yksikkö. Viitattu 8.2.2015.
<http://www oulu.fi/sites/default/files/content/files/Hankeraportti%2029%20-%20Kaikkien%20kayttajien%20sairaala.pdf>

- Pakkala, E. 2010. Farmaseutit marssivat terveystaloon. Medi uutiset. Talentum. Viitattu 25.2.2015.
<http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article532213.ece>
- Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Terveystaloon. Lääkärinkäsikirja. Viitattu 2.12.2014.
http://www.terveystaloon.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Hoitovirheet%20ja%20hoidon%20aiheuttamat%20haitat
- Potilasturvallisuusopas. 2011. Viitattu 29.4.2014.
<https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>
- Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelma. 2014. Viitattu 29.4.2014.
https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf
- Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Yliopistolinen väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 11.3.2015.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/77506/AnnalesC341Parna.pdf>
- RAIsoft - kattava ohjelmisto toimintakyvyn ja terveydentilan sekä hoidon laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseen. 2014. Viitattu 24.2.2015.
<http://www.raisoft.com/fi/etusivu/>
- Riukka, L., Jaakkola, N. & Peltomäki, L. 2013. Moniammatillista lääkitysten arviointia myös kotihoidon asiakkaille. Viitattu 11.2.2015.
http://sic.fimea.fi/3_2013/moniammatillista_laakitysten_arviointia_myos_kotihoidon_asiakkaille
- Ruuska, T. 2011. Osastofarmasia-asiantuntijatyötä potilaan parhaaksi. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstölehti 3/2011. Viitattu 8.2.2015.
[file:///C:/Users/Rauni/Downloads/ksshp_3_2011_web%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Rauni/Downloads/ksshp_3_2011_web%20(5).pdf)
- Ryynänen, E. 2013. ”Kellarikerroksesta osastoille” Kliininen farmasia ja sen kehittäminen suomalaisissa sairaaloissa general level framework-pätevyyskehityksen avulla. Pro gradu-tutkielma, Helsingin yliopisto. Viitattu 26.8.2014.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40068/GRADU_Eeva-Ryynanen.pdf?sequence=1
- Ryynänen, E., Tyynismaa, L., Linden-Lahti, C., Carlsson, K., Laitinen-Parkkonen, P., Airaksinen, M. & Laaksonen, R. 2013. Kliinisen farmasian ilmentyminen suomalaisessa sairaala- ja osastofarmasiassa. Dosis. vol. 29, 1/2013. Helsinki: Suomen farmasialiitto. Viitattu 25.2.2015.
<http://elektra.helsinki.fi/nelli.laurea.fi/se/d/0783-4233/29/1/kliinise.pdf>
- Seitamaa-Hakkarainen, P. Kvalitatiivinen sisällön analyysi. Viitattu 11.11.2014.
http://www.academia.edu/589363/Kvalitatiivinen_sisallon_analyysi
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088. Rajattu lääkkeen määräämisoikeus § 5
- Terveystaloon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. 2013. HaiPro. Viitattu 24.2.2015.
<http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>
- Tiedolla järkevään lääkkeiden käyttöön, Lääkeinformaatiotoiminnan nykytila ja strategia vuoteen 2020. Fimea 2012. Viitattu 28.1.2015
http://www.fimea.fi/download/20853_Fimea_KAI_JULKAISUSARJA_Laakeinformaatiostrategia_1_2012_lopullinen_verkkoon.pdf
- Turvallinen lääkehoito. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 2.7.2014.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä,. Viitattu 30.11.2014.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta, 341/2011. Viitattu 5.3. 2014

Suomi sivistyssanakirja. 2013. Viitattu 28.1.2015

<http://www.suomisanakirja.fi/farmasia>

Sulosaari, V., Erkkö, P. & Walta, L. 2010. Valmistuvan sairaanhoitajan lääkehoito-osaamisen vaatimukset, kohti kansallista konsensusta. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 54. Viitattu 26.1.2015.

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161314.pdf>

Toppinen L, Moilanen H, Gröhn J, Fyhr N, Järviluoma E. 2008. HUS-Apteekki: Osastofarmasia, Projektiraportti, Ihannesairaala-OP2.

Tyynismaa, L. 2012. National survey of clinical pharmacy services on the wards and their benefits in Finland. Pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto Viitattu 22.8.2014.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/36770/Tyynismaa_pro_gradu_12_9_2012.pdf?sequence=1

Valtakunnallinen elektroninen lääkehoitopassi. 2012. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.1.2015.

<http://projektori.turkuamk.fi/projektit/2154/Loppuraportti.pdf>

Virkkunen, E. 2008. Farmasian ammatillinen kenttä muuttuvassa sairaalassa. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Viitattu 19.8.2014.

<http://tampub.uta.fi/handle/10024/67808>

Vuoden Farmaseutti 2012 on Niina Jaakkola Lahdesta. Lahden kaupunki 2012. Viitattu 11.2.2015.

<http://ekokarpaasit.fi/www/bulletin.nsf/PFAArch/20278C33FC894371C2257A840021BBA7?opendocument>

Julkaisemattomat lähteet

J. Aho, T. Mäkelä, T. Palmu, H. Säike & M. Tervakangas. 2010. Lääkehoidon suunnitelma, Järvenpään terveystieteiden keskusairaala.

Delfoi. 2014. Simuloinnin tulosten esittely, 24.2.2014.

Ilmoniemi, K. 2011. Osastofarmasiaprojekti 1.1.-31.12.2010, loppuraportti.

K. Ilmoniemi. 2015. Sähköpostit 27.3.2015 ja 29.3.2015. Osastofarmasiaprojekti ja osastofarmaseutin työnkuva, moniammatillisuus.

N. Kalliomaa. 2015. Sähköposti 27.2.2015. Osastofarmasia ja Kirkkonummi.

N. Kvarnström. 2015. Sähköposti 2.3.2015. Osastofarmasia Kirkkonummella.

P. Moberg. 2015. Sähköposti 2.3.2015. Osastofarmasia Forssan kuntayhtymässä.

Toimintasuunnitelma 2012. Järvenpään kaupunki. Terveystieteiden keskusairaala, akuuttiosasto ja kotisairaala.

Kuvat

Kuva 1: Lääkehoidon riskikohdat lääkehoitoa toteutettavan henkilöstön näkökulmasta (Turvallinen lääkehoito 2006, 38).....	14
Kuva 2: Lääkehoitoprosessin päävaiheet (Saano ym. 2013, 20)	21

Kuviot

Kuvio 1: Kyselyyn vastanneet ja vastaamatta jättäneet.....	37
Kuvio 2: Osastofarmasia	39
Kuvio 3: Osastofarmaseutin työ lisää osaston lääkepalautuksia suhteessa lääkekulutukseen	41
Kuvio 4: Osastofarmasia heikentää hoitohenkilökunnan lääketietämystä	42
Kuvio 5: Osastofarmasia ja hoitotyö.....	43
Kuvio 6: Osastofarmasia ja lääkehoidon osaaminen	44
Kuvio 7: Moniammatillisuus ja osastofarmasia.....	45
Kuvio 8: Osastofarmaseutin tulo ja sen vaikutus työskentelyyn	46
Kuvio 9: Vasemmalta täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä	47
Kuvio 10: Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytys osastofarmaseutin tekemänä	48
Kuvio 11: Ristiintaulukointi vasemmalla kaikki, keskellä muut ja oikealla sairaanhoitajat	49

Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupahakemus.....	65
Liite 2 Lähettämämme sähköpostiviestit henkilökunnalle.....	68
Liite 3 Kyselylomake	70

Liite 1 Tutkimuslupahakemus



09.02.2015

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Tutkimuksen nimi	Moniammatillinen lääkehoito-osaaminen Järvenpään akuuttiosastolla ja kotisairaalassa		
Tutkijat	Nimi Päivi Kuutti ja Rauni Väyrynen	Osoite Laurea, Hyvinkää. Uudenmaankatu 22 05800 Hyvinkää	Puh. 0503138306/Päivi 0407728392/Rauni
	Yhteyshenkilö: Johanna Lehti		
Tutkimuksen luonne (opin- näytetyö, pro gradu jne., mihin tutkintoon?)	Opinnäytetyö, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja, amk.		
Tutkimuksen arvioitu toteu- tusaika	16.2.-2.3.2015		
Tutkimusmenetelmän ku- vaus	<p>Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmä on kvantitatiivnen. Teoreettiseen viitekehykseen reflektoiden tutkimuksen aineisto kerätään sähköisellä kyselyllä. Koska perusjoukko on alle sata, tutkimus on kokonaistutkimus.</p> <p>Me opiskelijat teemme kyselylomakkeen ja kyselylomake on tarkoitus esitellä lähiesimiehille, jolloin myös heillä on mahdollisuus vaikuttaa lomakkeen sisältöön.</p> <p>Aineiston analyysin teemme SPSS-ohjelmalla.</p> <p>Kaikki tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja aineiston kaikissa käsittelyvaiheissa noudatamme eettisiä toimintatapoja.</p>		
Jos tutkimukseen liittyy potilasrekisteritietojen käyttöä (mahdollisesti muodostuvan henkilötieto- ja sisältävän tutkimusrekisterin rekisteriselostekuvaus siitä, miten tiedot kryptataan, miten osarekisteri suojataan, kenelle tietoja luovutetaan)			
Potilaita koskevat haastattelut kirjallinen lupakaavake, kuvaus tutkimuksesta (suomi, ruotsi) Liitteeksi.			

Osoite
Hallintokatu 2, PL 41
01500 Järvenpää
04400 Järvenpää

Puhelin
09 - 27191

Fax
09 - 2719 2840

Sähköposti
etunimi.suruli



09.02.2015

Tutkimuksen mahdollinen ulkopuolinen rahoitus		
Tutkimuksen ohjaajat	Johanna Lehti	Lehtori, TtM/Hoitotyö
Tutkimussuunnitelman lyhyt kuvaus (tutkimussuunnitelma tulee olla liitteenä)	<p>Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosastojen ja kotisairaalan hoitohenkilökunnan (hoitajat, lääkärit) käsitystä osastofarmasiasta ja muutoshalukkuutta sen toteuttamiseen.</p> <p>Tavoitteena on luoda materiaalia keskusteluun ja lääkehoitoprosessin nykyisen toimintatavan muutokseen.</p> <p>Tutkimuskysymys: Mikä on Järvenpään terveyskeskuksen akuuttiosaston ja kotisairaalan henkilökunnan käsitys osastofarmasiasta ja heidän muutoshalukkuus osastofarmasian käyttöön?</p> <p>Aikataulu: 4.4.2014-23.3.2015</p>	
Tutkimuksen vastaava ohjaaja	 <hr/> Johanna Lehti	
Vastaava tutkija	  <hr/> Päivi Kuutti Rauni Väyrynen	
Tutkimuslupa myönnetty	Päiväys ja pykälä _____ 20____ § <hr/>	




JÄRVENPÄÄN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveystieteiden palvelualue

Johtajalääkäri

PÄÄTÖS

16.2.2015 § 7

SOSTER 327/2015

Asia	Tutkimuslupa
Selostus asiasta	<p>Laurean Sairaanhoidajaopiskelijat Päivi Kuutti ja Rauni Väyrynen ovat hakeneet tutkimuslupaa opinnäytetyöhön osastofarmasiaan liittyen rakennettavan uuden sosiaali- ja terveystieteiden uusiin prosessien kehittämistyöhön. Tarkoituksena on lisätä tietoisuutta osastofarmasiasta ja sen hyödyistä. Tutkimuksessa ei käsitellä potilastietoa, eikä siitä synny rekisteriä. Ylihoitaja Nina Nikkinen on puoltanut tätä.</p> <p>Kyseessä on nettipohjainen kyselytutkimus henkilöstölle osastofarmasian nykykäytöstä, toteuttamisesta.</p> <p>Tutkimustulokset tullaan esittelemään tk:n infotilaisuudessa tulosten valmistuttua, tuloksia tulee peilata esitettyyn kirjallisuuteen.</p>
Päätös ja sen perustelut	<p>Tutkimuslupa myönnetty edellytyksellä, että saatu tulos toimitetaan tk-sairaalan toiminnan kehittämisessä hyödynnettäväksi.</p>  <p>Johtajalääkäri Eeva Ketola</p>
Muutoksenhaku	<p>Päätöksen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.</p> <p>Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista.</p> <p>Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon seitsemän päivän kuluttua päätöksen lähettämisestä tai käytettäessä sähköistä tiedoksiantoa kolmantena päivänä viestin lähettämisestä, jollei muuta näytetä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi.</p> <p>Tiedoksisaantipäivää tai sitä päivää, jona päätös on asetettu nähtäväksi, ei oteta lukuun oikaisuvaatimusaikaa laskettaessa.</p> <p>Oikaisuvaatimuksen sisältö Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava - päätös, johon haetaan muutosta - miltä kohdin päätökseen haetaan muutosta ja mitä muutoksia siihen vaaditaan tehtäväksi - perusteet, joilla muutosta vaaditaan - muutoksenhakijan nimi ja kotikunta - postiosoite ja puhelinnumero, joihin asiaa koskevat ilmoitukset muutoksenhakijalle voidaan toimittaa.</p> <p>Oikaisuvaatimuksen toimittaminen Oikaisuvaatimus on toimitettava Järvenpään kaupungille virka-aikana ennen oikaisuvaatimusaajan päättymistä henkilökohtaisesti tai asiamiehen välityksellä, postitse, telefaxilla tai sähköpostilla, käyttäen alla olevia yhteystietoja:</p> <p>Järvenpään kaupunki / kirjaamo Osoite: Hallintokatu 2, PL 41, 04401 Järvenpää</p>

Liite 2 Lähettämämme sähköpostiviestit henkilökunnalle

Hei,
olemme tekemässä sairaanhoitajaopintojemme lopputyötä.
Aiheena on osastofarmasia.

Osastofarmasialla tarkoitetaan farmaseuttista työtä, joka tehdään osastolla. Osastofarmasiaa toteutetaan Suomessa monella tavalla riippuen osastojen tarpeista ja resursseista. Tavallisesti osastolla työskentelee farmaseutti. Osastofarmasian hyödyt koostuvat monesta vaikeasti mittaavasta osasta. Suurimmat hyödyt tulevat siitä, että hoitajat ja lääkärit voivat keskittyä omiin tehtäviinsä ja luottaa siihen, että heillä on lähellä asiantuntija-apu lääkehoidon ongelmiin. Lisääntyneellä moniammatillisuudella voidaan parantaa lääkitysturvallisuutta ja potilaiden lääkehoitoihin sitoutumista.

Tarkoituksemme on lähettää teille kyselylomake sähköpostilla. Opinnäytetyön kannalta vastauksesi on meille arvokas.

Seuraathan sähköpostiasi lähipäivinä!

Ystävällisin terveisin Päivi Kuutti ja Rauni Väyrynen
Sairaanhoitajaopiskelijat
Laurea-ammattikorkeakoulu, Hyvinkää

”Onko osastofarmasia tätä päivää”

Hei!

Teemme opinnäytetyömme osana kyselytutkimuksen, jonka tarkoituksena on selvittää Järvenpään akuuttiosastojen ja kotisairaalan hoitajien ja lääkärien nykykäsitystä osastofarmasiasta sekä kartoittaa teidän halukkuutta osastofarmasian toteuttamiseen. Tutkimuksen valmistuttua pidämme Vanhankylänniemessä infotilaisuuden osastofarmasiasta ja tutkimuksemme tuloksista.

Olisi hienoa saavuttaa määrällisesti hyvä vastausprosentti. Pyritään yhdessä 100 %.
Kyselymme sulkeutuu 15.3. klo 23:59
Vastaa heti! Vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia.

Alla olevasta linkistä pääset aloittamaan lomakkeen täytön

<https://elomake3.laurea.fi/lomakkeet/10404/lomake.html>

Ystävällisin yhteistyöterveisin

Päivi Kuutti ja Rauni Väyrynen
Sairaanhoitajaopiskelijat
Laurea-ammattikorkeakoulu | Laurea University of Applied Sciences
Hyvinkää

Hei,

tässä tulee muistutusviesti osastofarmasiakyselystä, vastausaikaa on kuluva viikko. Tällä hetkellä vastausprosentti on 31 %.

Alla viime viikolla lähettämämme viesti.

T. Päivi ja Rauni

Hei,

lämmän kiitos teille kaikille(38), jotka olette vastanneet osastofarmasiakyselyymme!

Vastausaika alkaa olla loppuillaan.

Alla on vielä kertaalleen alkuperäinen viestimme ja vastauslinkki.

Huomaathan, että olemme hieman pidentäneet vastausaikaa.

Kysely päättyy maanantaina 16.3. klo 11:00.

Ystävällisin terveisin

Päivi Kuutti ja Rauni Väyrynen

Sairaanhoidajaopiskelijat

Laurea-ammattikorkeakoulu

Hyvinkää

Liite 3 Kyselylomake

KYSELYLOMAKE

Onko osastofarmasia tätä päivää?

Kyselymme tarkoituksena on selvittää Järvenpään akuuttiosastojen ja kotisairaalan hoitajien ja lääkärien nykykäsitystä osastofarmasiasta sekä kartoittaa teidän halukkuutta osastofarmasian toteuttamiseen.

Lupaamme käsitellä kaikki tiedot ehdottoman luottamuksellisesti ja aineiston kaikissa käsitteilyvaiheissa noudattamme eettisiä toimintatapoja.

Ole ystävällinen ja aloita kyselylomakkeen täyttö taustatiedoista valitsemalla sopiva vaihtoehto.

TAUSTATIEDOT

Ammattinimikkeeni on

- Lähihoitaja
- Perushoitaja
- Sairaanhoidaja
- Lähiesimies
- Lääkäri
- Joku muu

Jos vastasit joku muu, niin mikä on ammattinimikkeesi

Toteutan lääkehoitoa päivittäin työssäni

- Kyllä
- En

Olen aiemmin työskennellyt osastolla, jossa osastofarmasia on ollut käytössä

- Kyllä, edellisessä työpaikassa
- Kyllä, opintojen käytännön harjoittelussa
- Minulla ei ole kokemusta osastofarmasiasta

Kokemukseni osastofarmasiasta on

muutos väestön ikääntyessä

Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu eri ammattiryhmien yhteistyö

1 täysin samaa mieltä, 2 jokseenkin samaa mieltä, 3 ei samaa eikä eri mieltä, 4 jokseenkin eri mieltä, 5 täysin eri mieltä

Halukkuus muutokseen Järvenpäässä

	1	2	3	4	5
Osastofarmasia työyksikköni olisi tervetullut uudistus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastofarmaseutti tulisi vähentämään ammattitaitoani lääkehoito-osaamisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmaseutti toisi asiantuntijuutensa, lääketieto ja -taitonsa koko henkilökunnan käyttöön lisäten tiimin osaamista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osa-aikaisen farmaseutin työpanos olisi riittävä hoitamaan akuutti-osaston ja kotisairaalan lääkehuollon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastofarmaseutti voisi antaa lääkeinformaatiota lääkäreille, hoitajille ja potilaille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastofarmaseutti voisi perehdyttää uusia työntekijöitä ja opiskelijoita lääkehoitoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastofarmaseutti voisi ottaa vastaan lääkelupiin tarvittavia näyttöjä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastofarmaseutti voisi antaa tukea lääkityksen selvittelyyn ja tarkistukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmaseutin päivittäinen läsnäolo helpottaisi työskentelyäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastofarmaseutti voisi huolehtia lääketilauksesta ja lääkehuoneen järjestyksestä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitajille jäisi enemmän aikaa potilaille, jos farmaseutti jakaisi tablettilääkkeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitajille jäisi enemmän aikaa potilaille, jos farmaseutti laimentaisi i.v.-antibiootit valmiiksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastofarmaseutilta saisin tukea päätöksentekoon lääkehoitoprosessin eri vaiheissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

