

LÄÄKEANNOSJAKELU LÄÄKKEIDEN ANNOSTELUN VAIHTOEHTONA

Selvitys henkilöstön ajankäytöstä ja kokemuksista
Jämsän kaupungin kotihoidossa

Ida Hirvelä
Riitta Pasanen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2011

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) HIRVELÄ, Ida PASANEN, Riitta	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 18.05.2011
	Sivumäärä 67+10	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi LÄÄKEANNOSJAKELU LÄÄKKEIDEN ANNOSTELUN VAIHTOEHTONA – Selvitys henkilöstön ajankäytöstä ja kokemuksista Jämsän kaupungin kotihoidossa		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) MATILAINEN, Irmeli; SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena		
Toimeksiantaja(t) Jämsän kaupunki Sosiaali- ja terveystoimi, vanhusten palvelut		
Tiivistelmä Suomen väestörakenne on muuttumassa yhä vanhuspainotteisemmaksi. Laitoshoidon vähentäminen ja painopisteen muuttaminen avohoitoon on lisännyt kotihoidon asiakasmääriä, jonka vuoksi uusia kotihoitoa helpottavia tukipalveluja tulisi löytää ja hyödyntää. Jämsän kaupungin kotihoidossa on lääkkeiden jakamisen sijasta tarjottu asiakkaille vaihtoehtona apteekin tarjoamaa lääkehoidon tukipalvelua eli lääkkeiden koneellista annosjakelua. Jämsän kaupungin kotihoidossa lääkehoidon tukipalvelun tarkoituksena on vähentää hoitajien välillistä hoitotyötä ja siirtää työpanosta välittömään hoitotyöhön. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Jämsän kaupungin kotihoidon henkilöstön kokemuksia lääkehoidon tukipalvelun toimivuudesta ja toteuttaa ajankäytönseuranta kokonaislääkehoidosta yhden kotihoidon yksikön ja palvelutalon henkilöstön osalta. Ajankäytönseurannan tarkoituksena oli selvittää, onko koneellisella lääkeannosjakelulla saatu tavoiteltua ajankäytöllistä hyötyä. Opinnäytetyön taustalla oli selvittää lääkeannosjakelun mahdollisuutta laajentua koko vanhusten avohoitoa koskettavaksi. Tavoitteena oli löytää mahdolliset lääkehoidon tukipalvelun toteutuksen kehittämis-kohteet ja tuottaa tietoa kotihoidon toiminnan kehittämiseksi. Kokemuksia kerättiin survey-tutkimuksena avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Työajanseuranta toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena seurantalomakkeen muodossa kaikilta lääkehoitoon osallistuvilta työntekijöiltä kokonaisotantana. Opinnäytetyön tuloksena todettiin koneellisen lääkeannosjakelun säästävän työajankäyttöä Paltamon kotihoidossa, mutta lisäävän työajankäyttöä Peltotien palvelutalossa verrattuna vuoden takaiseen selvitykseen. Henkilöstön kokemuksista voitiin päätellä hoitajien olevan pääasiassa tyytyväisiä annosjakeluun, mutta hoitajat tarvitsisivat lisää tietoa lääkkeistä ja näin lisää yhteistyötä apteekin kanssa. Myös lääkäreiden työhön kaivattiin lisää lääkehoidon kokonaisuuden huomioimista. Lisäksi kotihoitoon olisi hyvä saada selkeät ohjeet lääkeannosjakelun toteutuksesta väärinkäsitysten välttämiseksi. Lääkehoidon kehittämiseksi olisi kotihoidon yksiköistä hyvä nimetä lääkevastaavat.		
Avainsanat (asiasanat) Kotihoito, lääkehoito, lääkeannosjakelu, työajankäyttö, henkilöstö		
Muut tiedot		



Author(s) HIRVELÄ, Ida PASANEN, Riitta	Type of publication Bachelor's	Date 18.05.2011
	Pages 67+10	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until	Permission for web publication <input checked="" type="checkbox"/>
Title MECHANICAL MEDICINAL DOSE DISTRIBUTION AS AN ALTERNATIVE TO ADMINISTRATION OF MEDICINES- Report on the use of time of the staff and on their experiences in the home care of the city of Jämsä		
Degree Programme Bachelor of Health Care Degree - Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) MATILAINEN, Irmeli; SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena		
Assigned by Town of Jämsä social- and health activities, geriatric services		
Abstract The Finnish population structure is becoming more elderly oriented. The reduction of institutional care and the change of the focus on non-institutional care have increased the client numbers of home care. Because of this, new support services which would facilitate home care should be found and utilized. The home care services of the city of Jämsä offer their clients a mechanical portion distribution of medicines conducted by pharmacies as an alternative to the traditional administration of medicines. In Jämsä home care services the purpose of this support service of medical treatment is to reduce the nurses' indirect care work and to move the work contribution to immediate nursing. The purpose of this bachelor's thesis was to examine the experiences of the Jämsä home care staff of the functionality of this medicinal support service and to conduct a follow-up study on the total time used in medical care by the staff of one home care unit and one service house. The purpose of the follow-up was to find out if the mechanical portion distribution of medicines resulted in a more effective time use. Moreover, the possibility of extending the mechanical portion distribution of medicines to cover the whole geriatric outpatient care was in the background of this thesis. The goal was to find the possible development areas in this support service and to produce information that would help the development of the home care operations. A survey with a questionnaire containing open questions was conducted in order to collect the experiences. The working time follow-up was carried out as a quantitative study on a sample of all the employers who participated in the medical treatment. According to the results of the study, the mechanical portion distribution of medicines saved working time in the home care unit of Palomäki but increased it in the service house of Peltotie compared to a report from the previous year. It can be conclude on the basis of the experiences of the staff that the nurses were mainly satisfied with the portion distribution but that they would need more information about the medicines and thus more cooperation with the pharmacies. Moreover, the nurses wanted that the doctors would pay more attention to the entirety of the medical treatment in their work. Furthermore, it would be good to have clear instructions for the implementation of the mechanical portion distribution in home care so as to avoid misunderstandings. It would also be good to nominate the responsible persons for this area of home care in order to develop medical treatment.		
Keywords Home care, medication, mechanical medicinal dose distribution, working time use, staff		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	KOTIHOITOA OHJAAVAT PERIAATTEET	8
3	TURVALLINEN LÄÄKEHOITO OSANA KOTIHOITOA.....	10
3.1	Lääkehoidon kokonaisuuden arvioinnin merkitys.....	11
3.2	Lääkehoitosuunnitelma Jämsän sosiaali- ja terveystoimessa	13
3.3	Lääkehoidon toteutuksen prosessi Jämsän kaupungin kotihoidossa	15
4	LÄÄKKEIDEN KONEELLINEN ANNOSJAKELU	18
4.1	Koneellisen annosjakelun tuomia etuja asiakkaalle	18
4.2	Koneellisen annosjakelun tuomia etuja apteekille.....	20
4.3	Koneellisen annosjakelun tuomia etuja hoitohenkilökunnalle	21
4.4	Kokemuksia lääkeannosjakelusta kotihoidoissa.....	22
5	JÄMSÄN APTEEKIN LÄÄKEHOIDON TUKIPALVELU	23
5.1	Asiakkaan siirtyminen annosjakeluun	23
5.2	Apteekin ja kotihoidon yhteistyöprosessi annosjakelussa.....	25
5.3	Lääkehoidon tukipalvelun laskutusprosessi	27
6	JÄMSÄN LÄÄKELOGISTIIKKAKOKEILUN MALLINNUS JA ALKUMITTAUS	29
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	30
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	31
8.1	Aineistonkeruu	31
8.2	Aineiston analysointi	34
9	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	35
9.1	Kyselyn tuloksia	35
9.1.1	Palomäen kotihoidon vastaajien kokemuksia	35
9.1.2	Peltotien palvelutalon vastaajien kokemuksia	39
9.2	Työajanseurannan tuloksia.....	42
9.2.1	Työajanseurannan tuloksia Palomäen kotihoidossa	43
9.2.2	Työajanseurannan tuloksia Peltotien palvelutalossa	47
9.2.3	Lääkehoito kokonaistyöajasta	52

9.2.4 Lääkehoito yhtä asiakasta kohti	54
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	55
10.1 Johtopäätöksiä henkilöstön kokemuksista.....	55
10.2 Johtopäätöksiä ajankäytön seurannasta	56
11 POHDINTA.....	57
11.1 Opinnäytetyön reliabelius ja validius	57
11.2 Opinnäytetyön eettinen pohdinta.....	59
11.3 Opinnäytetyön toteutuksen pohdintaa.....	59
LÄHTEET.....	63
LIITTEET	68
Liite 1 Lääkehoidon tukipalvelun asiakassopimus	68
Liite 2 Tutkimuslupa	70
Liite 3 Kyselylomake Jämsän kaupungin kotihoidon henkilöstölle	71
Liite 4 Työajan seurantalomake lääkehoidon tukipalvelun asiakkaiden osalta.....	72
Liite 5 Työajan seurantalomake kotihoidon tavallisen lääkehoidon osalta.....	73
Liite 6 Saatekirje Jämsän kaupungin kotihoidon yksiköille	74
Liite 7 Ohjeet ajankäytön seurantalomakkeiden täyttämiseen	75
KUVIOT	
KUVIO 1. Lääkehoidon prosessikuvaus Jämsän kaupungin kotihoidossa	16
KUVIO 2. Siirtymisprosessi lääkehoidon tukipalvelun asiakkaaksi.....	24
KUVIO 3. Jämsän apteekin ja kotihoidon yhteistyöprosessi 1/2	25
KUVIO 4. Jämsän apteekin ja kotihoidon yhteistyöprosessi 2/2	27
KUVIO 5. Jämsän apteekin lääkehoidon tukipalvelun laskutusprosessi	28
KUVIO 6. Palomäen kotihoidon lääkeannosjakelun ajankäyttö ja asiakaskontaktit....	43
KUVIO 7. Lääkeannosjakelun työtehtävien prosentuaalinen jakautuminen Palomäen kotihoidossa	44
KUVIO 8. Palomäen kotihoidon työaika ja asiakaskontaktit lääkkeiden jakamisessa työtehtävineen	45

KUVIO 9. Lääkkeidenjaon työtehtävien prosentuaalinen jakautuminen Palomäen kotihoidossa	46
KUVIO 10. Lääkehoitokäytäntöjen vertailua Palomäen kotihoidossa	47
KUVIO 11. Peltotien palvelutalon lääkeannosjakelun ajankäyttö ja asiakaskontaktit	48
KUVIO 12. Lääkeannosjakelun työtehtävien prosentuaalinen jakautuminen Peltotien palvelutalossa	49
KUVIO 13. Peltotien palvelutalon työaika ja asiakaskontaktit lääkkeiden jakamisessa työtehtävineen	50
KUVIO 14. Lääkkeidenjaon työtehtävien prosentuaalinen jakautuminen Peltotien palvelutalossa	51
KUVIO 15. Lääkehoitokäytäntöjen vertailua Peltotien palvelutalossa	52
KUVIO 16. Lääkehoidon osuudet kokonaistyöajasta Palomäen kotihoidossa	52
KUVIO 17. Lääkehoidon osuudet kokonaistyöajasta Peltotien palvelutalossa	53
KUVIO 18. Kokonaislääkehoito Palomäen kotihoidossa ja Peltotien palvelutalossa ..	54
KUVIO 19. Lääkehoitokäytänteet yhtä asiakasta kohti seurantayksiköissä	54

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö on kohdennettu Jämsän kaupungin kotihoidon tarpeisiin. Jämsän seudulla vanhusväestön määrä on kasvussa ja vanhusten avohoitoa kehitetään jatkuvasti tulevaisuuden tarpeita vastaavaksi. (Liehu 2008, 6.) Maassamme on yli 65 -vuotiaita tällä hetkellä 17,6 % väestöstä ja väestöennusteessa arvioidaan vuoteen 2020 mennessä tämän ikäryhmän kasvavan 22,9 %:iin. Jämsän seudulla oli 30.11.2009 tehdyn laskennan mukaan 65 vuotta täyttäneitä 23,1 % koko seutukunnan väestöstä, joista säännöllisen kotihoidon piirissä oli 10 %. Kasvuennuste yli 65 -vuotiaiden ikäryhmälle on 30,2 %:iin vuoteen 2020 mennessä. Saman laskennan mukaan 75 vuotta täyttäneitä oli 11,2 % koko seutukunnan väestöstä, joista säännöllisen kotihoidon piirissä oli 17,9 %. Kasvuennuste tälle 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmälle on 13,6 %:iin vuoteen 2020 mennessä. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2010a; Tilastokeskus 2009.)

Kuntien yhdistymiset viime vuosien aikana ovat tuoneet muutoksia väestörakenteisiin ja sen myötä muutostarpeita ikääntyneiden hoitolinjauksiin. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat yhdistyneet kotihoidoksi väliaikaisilla lakimuutoksilla (HE 304/2010), joka on mahdollistanut myös Jämsän kaupungin vanhusten palvelujen strategisten linjausten toteuttamisen käytännön tasolla. Laajemmalla tietotaidolla ja koulutuksella voidaan hoitaa entistä huonompikuntoisempia asiakkaita heidän omissa kodeissaan tai tavallisissa palveluasunnoissa. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimat (2008:3) Valtakunnalliset ikäihmisten palveluiden laatusuositukset painottavat entistä enemmän iäkkäiden kotona selviytymisen tukemista ja laitoshoidon vähentämistä. Tulevaisuuden väestörakenteen muutoksen varalle on löydettävä toimivia uusia käytänteitä. (Liehu 2008, 12.) Suomen lähi- ja perushoitajaliitto toteutti selvityksen laitoshoidon paikkojen vähentymisen vaikutuksista kotihoitoon, jonka mukaan ”kotihoito on todellisessa kriisissä”. Selvityksen tuloksina mainitaan kotihoidossa olevan liian vähän henkilökuntaa, asiakkaan luona käytettävä aika on rajattu minimiin ja työ on niin fyysisesti, kuin psyykkisestikin raskasta. (Erkkilä 2010, 24.)

Jämsän kaupungin kotihoidossa aloitettiin lääkkeiden jakamisen yksityistäminen vuoden 2010 alussa tarjoamalla asiakkaille Jämsän apteekin järjestämää lääkehoidon tukipalvelua. Toiminnan alkuvaiheessa mukana oli yksi kotihoidon yksikkö sekä yksi palvelutalo. Lääkehoidon tukipalvelu on asiakkaille maksullista palvelua ja vapaaehtoinen vaihtoehto kotihoidon lääkkeiden jakamiselle. Lääkehoidon tukipalvelun on tarkoitus laajentua koko Jämsän kaupungin vanhusten avohoitoon. (Jämsän kaupunki 2009, 44–45.) Sen tavoitteena on lääkehoidon turvallisuuden lisääminen ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön työpanoksen siirtäminen yhä enemmän välittömään asiakastyöhön. Tällöin asiakas on paikalla eli konkreettisesti läsnä ja hänen kanssaan vietetään aikaa. Asiakas voi onnistua toteuttamaan lääkehoitoa melko itsenäisesti koneellisen lääkeannosjakelun myötä. Lääkkeiden jakamisen sijasta kotihoidon henkilöstö voi käyttää työaikansa asiakkaiden kanssa vuorovaikutukseen ja hoitamiseen. Ikäihmisten olemassa olevien voimavarojen hyödyntäminen on merkittävä keino vaikuttaa tulevaisuuden ikäihmisten avuntarpeeseen. Turvallisen ja onnistuneen lääkehoidon avulla voidaan edesauttaa toimintakyvyn säilymistä ja estää sairauksien pahenemista. (Liehu 2008, 19; STM 2008, 14.)

Opinnäytetyössä selvitetään tutkitun tiedon perusteella mitä etuja lääkehoidon tukipalvelulla on asiakkaalle, hoitajille ja apteekille. Opinnäytetyössä kuvataan lääkehoidon turvallisuutta ja toteutusta sekä mitä koneellinen lääkeannosjakelu on Jämsän apteekin tarjoamana lääkehoidon tukipalveluna Jämsän kaupungin kotihoidossa. Tarkoituksena on selvittää millaisia ajankäytöllisiä vaikutuksia lääkehoidon tukipalvelulla on kotihoidon lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön työajankäyttöön, jotta se voisi laajentua koko Jämsän kaupungin vanhusten avohoitoon. Tarkoituksena on myös selvittää henkilöstön omia kokemuksia lääkehoidon tukipalvelun toimivuudesta. Tavoitteena on tuoda henkilöstön tietoisuuteen uusia näkemyksiä asiasta, lisätä tietoa ja löytää mahdollisia kehittämiskohteita lääkehoidon toteutuksessa.

2 KOTIHOITOA OHJAAVAT PERIAATTEET

Jämsän kaupungin vanhusten palvelujen strategian lähtökohtana on, että jokaiselle ikäihmiselle turvataan arvokas vanhuus ja hyvä kohtelu asuin- tai hoitopaikasta riippumatta. Kotihoitoa ohjaavat samat periaatteet kuin koko Jämsän kaupungin vanhusten palveluita. (Liehu 2008, 5.) Suomen perustuslain (1, 6 ja 22§) mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen sekä oikeus yhdenvertaisuuteen ja välttämättömään huolenpitoon. (L 11.6.1999/731.) Ihmisarvoinen vanhuus edellyttää tietoisia arvovalintoja, jotka on konkretisoitava toimintasuunnitelmissa ja talousarvioissa palvelujen määrällisiksi ja laadullisiksi tavoitteiksi. Keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen. Yleiset ihmisarvoisen elämän turvaavat eettiset periaatteet ovat oikeus vaikuttaa itseään koskeviin asioihin, jokaisen omien voimavarojen hyödyntäminen, oikeudenmukaisuus, mahdollisuus osallistua itseään koskeviin asioihin, yksilöllisyys, turvallisuus sekä yhteisöllisyys. (Liehu 2008, 5.)

Jämsän kaupungin kotihoidon toimintaa ohjaa kuntouttavan kotihoidon toimintopas. Kotihoidolla pyritään mahdollistamaan ikäihmisten ja vammaisten sekä pitkäaikaissairaiden kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Koti mahdollistaa heille elämisen omassa rauhassa sekä päivittäisten askareiden tekemisen omaan tahtiin. Keskeisenä tavoitteena on tukea kotona asumista toimintakykyä ylläpitävällä ja kuntouttavalla työotteella edistämällä elämänlaadun säilymistä mahdollisimman normaali- ja itsenäisenä. Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan tapaa ottaa huomioon asiakkaan omat voimavarat ja tukea yhdessä tekemistä. Hoitaja ei tuolloin tee asiakkaan puolesta vaan tukee asiakkaan itsenäistä suoriutumista. Toimintakykyä ylläpitävää toimintaa on kannustaminen liikkumiseen sekä aktiivisuuteen rohkaiseminen. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 100–103.)

Kotihoidossa tuetaan sairaanhoidollisella ja terveyttä edistävällä sekä erilaisilla tukipalveluilla päivittäistä asiakkaiden toimintakykyä. Näistä palveluista räätälöidään

jokaisen asiakkaan tarpeita vastaamaan hoito- ja palvelukokonaisuus. Myös vapaaehtoistoiminta sekä omaisten apu tulisi huomioida palveluita kartoittaessa. Asiakas itse tai hänen omaisensa voi ottaa yhteyttä kotihoitoon ja pyytää avuntarpeen- ja toimintakyvyn kartoituskäyntiä. Näiden perusteella asiakkaalle luodaan hoito- ja palvelusuunnitelma ellei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai suunnitelman laatiminen muutoin ole tarpeellista. Suunnitelma tulisi laatia asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa tai omaisen ja läheisten kanssa yhteisymmärryksessä. (Voutilainen ym. 2002, 91, 101.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista ohjaavat lait ja asetukset, jotka sisältävät velvoitteita suunnitelman laatimiseen ja sen sisältöön. Nämä lait ovat: laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 28.6.1994/559) sekä henkilötietolaki (L 22.4.1999/523). Hoito- ja palvelusuunnitelmassa asetettujen tavoitteiden toteutumista ja asiakkaan toimintakykyä tulee arvioida säännöllisesti vähintään kaksi kertaa vuodessa sekä aina asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa. (Voutilainen ym. 2002, 91, 94.) Hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa voidaan käyttää apuna erilaisia toimintakyvyn arviointimenetelmiä. Jämsän kotihoidossa käytössä on RAI- arviointijärjestelmä, joka on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointiin ja seurantaan tarkoitettu. RAI - järjestelmä soveltuu kuitenkin myös muidenkin kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010b.)

Lähtökohtana kotihoidon asiakkuudelle on, että asiakkaan hoito ja huolenpito vaatii sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstön ammattiosaamista. Hoivan, huolenpidon ja kotisairaanhoidon tarpeen tulee olla toistuvaa. Jämsän kaupungin kotihoitoon kuuluu myös tavallinen palveluasuminen, joka on asumispalvelua sisältäen asumisen ja siihen kiinteästi liittyvät hoiva- ja hoitopalvelut sekä tukipalvelut. Tavallisen palveluasumisen yksikkö voi olla palvelutalo, jossa asiakkaalla on oma vuokrahuoneisto, johon hän saa palveluntarvetta vastaavia palveluita. Palveluasumisen yksikkö voi olla

myös pienryhmäkoti, jossa asiakkaalla on oma vuokrahuone kodin omaisessa ympäristössä. Tavallisessa palveluasumisessa sekä kotihoitoyksiköissä henkilökunta on tavoitettavissa 7–21 välisenä aikana. Muina aikoina yöpartio hoitaa sovitut käynnit ja on tavoitettavissa turvahälytyksen kautta. (Rutanen 2010, 9, 19, 27.)

3 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO OSANA KOTIHOITOA

Lääkehoito on yhtä tärkeää terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa kotona ja laitoksessa. Onnistunut lääkehoito on eri toimintayksiköiden ja henkilöiden välistä moniammatillista yhteistyötä. (STM 2006, 36.) Lääkehoidon toteuttaminen on tärkeä osa kotihoidon asiakkaiden terveyden edistämistä ja sairauksien hoitoa. Lääkehoito parantaa asianmukaisesti toteutettuna ikääntyneiden oireita, sairauksia, toimintakykyä sekä ennustetta. Se ei tule olla ainoa keino hoitaa, vaan sen ohella tulisi kannustaa ja ohjata ikääntyneitä aktiivisesti osallistumaan erilaiseen toimintaan ja kuntoutumiseen. (Kivelä 2004, 96.)

Lääkehoito edellyttää, että lääkäri on määrännyt lääkkeen oikein perusteiden ja lääkevalinta on oikea. Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön on ymmärrettävä lääkemääräys oikein, valmistettava lääke tarvittaessa käyttökuntoon ja osattava huolehtia lääkehoidon toteuttamisesta. Oikeaan ja turvalliseen lääkehoidon toteutukseen kuuluu, että potilas saa oikean lääkkeen ja annostuksen, oikeassa muodossa, oikeaan aikaan sekä oikeaa annostelutekniikkaa käyttäen. Laadukas lääkehoito edellyttää lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön laajaa tietämystä lääkehoidosta ja sen vaikutuksista sekä luvat lääkehoidon toteuttamiseen. Asiakkaan ohjaus ja neuvonta lääkehoidossa on tärkeä osa asiakkaan lääkehoitoon sitoutumista, jolla voidaan varmistaa onnistunut lääkehoito. Lääkehoidon toteutuminen ja vaikuttavuus tulee dokumentoida asianmukaisesti. (STM 2006, 36–37.)

Ikääntymisen mukanaan tuomat fyysiset vanhenemismuutokset ja sairaudet voivat muuttaa ihmisen kädet kömpelöiksi. Tämän seurauksena lääkepakkausten avaaminen ja lääkkeen ottaminen pakkauksesta saattaa epäonnistua ja hankaloitua. Se-kaannuksia lääkkeiden ottamisessa voi aiheuttaa myös muistin lieväkin heikkenemi-nen. Usein lääkkeiden oikeasta käsittelystä ei ole riittävää tietoa muun muassa otto-ajankohdista, säilytyksestä tai vaikutustavoista. Tällöin ikääntynyt tarvitsee ulkopuo-lisen henkilön apua turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen ja ohjaukseen. Ikäänty-neen lääkehoidon ohjaus on tärkeää vaikka hän ei itse lääkkeitä käsitelisi. Ohjauk- sessa tulisi muistaa selkeä ja ymmärrettävä kerronta jokaisen lääkkeen käyttötavasta, tarkoituksesta ja ottoajankohdasta sekä yleisistä haittavaikutuksista. (Kivelä 2004, 11–12.)

Asiakkaan siirtyessä kotihoitoon on selvitettävä pystyykö hän huolehtimaan itse lää- kityksestä. Asiakkaalla voi olla vaikeuksia noudattaa lääkemääräyksiä tai hänellä voi olla käytössä lääkkeitä joiden ottaminen on hankalaa. Hoitajan antama opastus ja neuvonta voi oleellisesti parantaa hoitotasapainoa. Yksilöllisesti tulee selvittää osaa- ko asiakas käyttää lääkeannostelijaa, voiteita, tiputtaa silmätippoja tai käyttää erilai- sia injektioita kuten insuliini. Tarvittaessa lääkehoidon vastuu tulee siirtää joko lähei- selle tai kotihoidolle. Lääkehoidon vastuuseen kuuluu myös asiakkaan voinnin seu- ranta, kuten esimerkiksi verenpainelääkityksen lisäksi verenpaineen säännöllinen mittaaminen tai diabeteslääkityksen ohella verensokeriarvojen seuranta. Näitä ei tule unohtaa vaikka asiakas huolehtisi itse lääkehoidon noudattamisen. (Hartikainen, Saarelma, Lönnroos & Seppälä 2006, 4353.)

3.1 Lääkehoidon kokonaisuuden arvioinnin merkitys

Ikäihmisten lääkityksen turvallisuus, tarpeellisuus, vaikutukset ja hinta on arvioitava huolellisesti vähintään kerran vuodessa, vaikka ikääntyneen voinnissa ei tapahtuisi- kaan muutoksia. (STM 2007.) Sillä akuutin sairauden vuoksi määrättyjä lääkkeitä voi

jäädä pysyvään käyttöön ilman perusteltua syytä ja tarvetta. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 236.) Myös ihmisen elimistön kyky käsitellä lääkeaineita heikkenee ikääntymisen myötä, jolloin haittavaikutusvaara kohoaa. Lisäksi lääkehoidon kustannuksilla voi olla merkittävä rooli ikäihmisten lääkehoidon toteutumisessa. Lääkemääräysten noudattamiseen voi vaikuttaa lääkkeiden korkea hinta, jolloin lääke voidaan jättää hankkimatta, koska ikäihmisten tulot voivat olla merkittävästi pienempiä kuin työikäisillä ja näin ollen lääkekustannukset saattavat viedä suuren osan tuloista. (Kivelä 2004, 13, 103.)

Ikäihmisten lääkkeiden käytön lisääntymisen myötä riski lääkkeiden päällekkäisyyksistä ja yhteisvaikutuksista kasvaa. Tämä voi osaltaan johtua siitä, että ikäihmisillä ei ole selkeää jatkuvaa hoitosuhdetta samaan hoitavaan lääkäriin. Terveyskeskusten reseptien uusimiskäytännöissä on eroja ja avohoidossa tämä korostuu juuri lääkärin kokonaisvastuun ja tiedonkulun puutteissa. (Engeström ym. 2009, 236–237.) Avohoittoon tehtyjen tutkimuksien mukaan noin 10 % asiakkaista altistuu kliinisesti merkittävälle ja 1-2 % vaarallisille lääkkeiden yhteisvaikutuksille. (Laine 2005, 10.) WHO on määritellyt runsaaksi lääkkeiden käytöksi viiden tai useamman lääkkeen yhtäaikaisen käytön. (Raunio & Pelkonen 2009.) Helsingissä tehdyn Polyfarmasia-hankkeen (2008) selvityksen mukaan kotihoidon asiakkaista 80 %:lla oli yli viisi lääkettä käytössä. (Engeström ym. 2009, 238–239.)

Lisääntyneiden lääkkeiden käytön ja niiden tuomien yhteisvaikutuksien vuoksi olisi tärkeää, että lääkekokonaisuutta tarkistettaisiin ja valvottaisiin säännöllisesti. Kokonaislääkitysarviointi tulee tässä vaiheessa oleelliseksi osaksi lääkehoidon turvallisuutta. Kokonaislääkityksen arvioinnissa tulisi huomioida muun muassa asiakkaan sairaudet, oireet, ikä, turvallisuus, hoitoon sitoutuminen sekä monilääkitys ja sen tarpeellisuus. (Kivelä & Räihä 2007, 97–98.) Lääkärin määrätessä lääkkeen tulisi hänen tarkistaa kokonaislääkitys ja interaktioiden mahdollisuus. Hankaluuksia tähän saattaa aiheuttaa terveyskeskuslääkärille esimerkiksi kannanotto erikoislääkärin määräämien lääkkeiden tarpeellisuudesta ja niiden vaikuttavuudesta muuhun lääkitykseen. (Suo-

mi & Raitoharju toim. 2008, 93.) Tämän vuoksi moniammatillinen työryhmä kokonaislääkityksen arvioinnissa korostuu, kuten farmaseuttisen osaamisen hyödyntäminen. (STM 2007.)

Terveyskeskusten ja apteekkien tueksi interaktioiden tunnistamiseen on onneksi kehitelty käyttökelpoisia työkaluja, kuten esimerkiksi SFINX (Swedish Finnish INteraction X-referencing) -interaktiotietokanta. SFINX -tietokanta antaa yhteisvaikutustiedot kahden lääkeaineen yhdistelmistä ja varoittaa ilmoittamalla minkä tason yhteisvaikutus on kyseessä niin kliinisessä (A - D) kuin dokumentaatisessakin (0 - 4) merkityksessä. Ohjelman tarkoitus on helpottaa olennaisen erottamista epäolennaisesta ja tukea hoitopäätöksen tekoa. Lääkäri voi jo lääkemääräystä tehdessään ohjelman kautta tarkastaa mahdolliset yhteisvaikutusriskit potilaan jo voimassa olevaan lääkitykseen yhdistettynä. (Saarelma, Paakkari & Helin-Salmivaara 2006, 2364–2365.)

3.2 Lääkehoitosuunnitelma Jämsän sosiaali- ja terveystoimessa

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on laatinut valtakunnallisen Turvallinen lääkehoito- oppaan (2006) lääkehoidon toteuttamisesta julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Tämä opas ohjaa myös Jämsän sosiaali- ja terveystoimen lääkehoitosuunnitelmaa. Jämsän sosiaali- ja terveystoimessa lääkehoitosuunnitelman tavoitteena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset lääkehoidon toteuttamiselle. Näillä toimenpiteillä pyritään parantamaan lääkehoidon turvallisuutta. Jokaisella toimintayksiköllä, jotka toteuttavat lääkehoitoa on velvollisuus laatia oma lääkehoitosuunnitelma. Jämsän sosiaali- ja terveystoimen lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja kehittämisestä vastaa prosessiryhmä, joka päivittää lääkehoidon prosessia kaksi kertaa vuodessa. Toimintayksiköiden tulisi päivittää oma lääkehoidonprosessinsa kerran vuodessa ja tarvittaessa useammin. (STM 2006, 3; Sova, Lehto, Alanko, Lahtinen & Kulju 2010, 2–3.)

Lääkehoitosuunnitelmassa prosessi alkaa lääkehoidon tarpeen toteamisella ja päättyy, kun tarvetta ei enää ole. Lääkehoitoa saa toteuttaa laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö tai nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Lääkehoitosuunnitelma kuitenkin velvoittaa jokaista hoitajaa päivittämään tietojaan ja koulutautumaan viiden vuoden välein säilyttääkseen lääkehoidon toteuttamisen luvat. Jämsän sosiaali- ja terveystoimessa käytetään lääkehoidonkoulutukseen ja osaamisen testaukseen alueellista Lääkehoidon osaaminen verkossa -kurssia (Love). (Sova ym. 2010, 2, 8–9.)

Nimikesuojatuilta terveydenhuollon ammattihenkilöiltä edellytetään Lääkehoidon osaamisen perusteet (LOP) -kurssin hyväksytyä suoritusta teorian tiedon, lääkelaskennan sekä lääkehoidon toteuttamisen näyttöjen osalta. Laillistetulta terveydenhuollon ammattihenkilöltä edellytetään suoritettavaksi Love -verkkokurssista osiot lääkeosaamisen perusteet (LOP), suonensisäisen neste- ja lääkehoidon antaminen (IV), verensiirrot (ABO) sekä rokotteiden antaminen. Kurssit sisältävät näytöt teorian tiedoista, lääkelaskennasta sekä lääkehoidon toteutuksen osaamisesta. Hyväksytysti suoritettujen näyttöjen jälkeen lääkäri vahvistaa luvat toteuttaa lääkehoitoa. (Sova ym. 2010, 8, 9.) Kodinhoitaja, kotiavustaja sekä hoitoalan opiskelija voi antaa valmiiksi jaettuja lääkkeitä asiakkaalle näytettyään toimintayksikön sairaanhoitajalle osaamisensa näytön. (Alanko 2011.)

Jämsän Sosiaali- ja terveystoimessa on käytössä sähköinen Efficapotilastietojärjestelmä asiakas- ja potilastietojen kirjaamiseen, jossa noudatetaan annettuja säädöksiä (L 17.8.1992/785, A 30.3.2009/298 ja L 22.4.1999/523). Järjestelmä sisältää LÄÄKELehden eli lääkelehden, johon hoitavat lääkärit antaessaan lääkemääräyksen huolehtivat tiedon päivittymisen. Poikkeuksena kotihoidossa on nimetyillä hoitajilla, pääasiassa sairaanhoitajilla, myös mahdollisuus huolehtia päivityksistä LÄÄKEL-lehdelle lääkärin antamien lääkemääräysten ja muutosten mukaan. (Sova ym. 2010, 10, 44; Asikainen 2011.) Sähköisen sairauskertomuksen hyötynä on muun muassa reseptien uusimismahdollisuus järjestelmän kautta. Sen perusteella voidaan yhdellä silmäyksel-

lä saada selville potilaan kokonaislääkitys, jos hoitava lääkäri on aina lääkitysmuutosten tapahtuessa vienyt tiedon sähköiseen potilastietojärjestelmään. (Lahnajärvi & Saarelma 2006, 3727.)

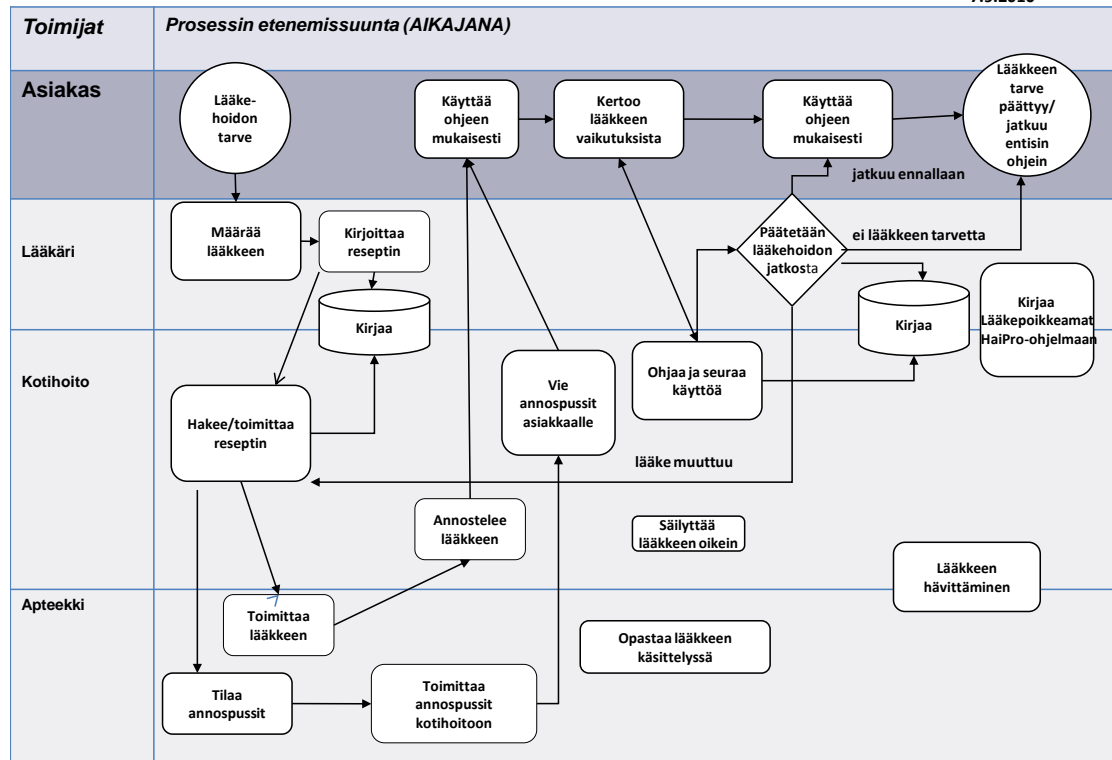
Lääkehoidossa voi kuitenkin tapahtua poikkeamia tai vaaratapahtumia. Kansallisen potilasturvallisuusstrategian (2009, 17) mukaan kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioilla tulisi olla selkeät menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointia, seuranta ja käsittelyä varten vuoteen 2013 mennessä. Jämsän Sosiaali- ja terveystoimessa on tätä varten käytössä HaiPro -vaaratapahtuma ilmoitusohjelma. Tämän ohjelmiston avulla pystytään seuraamaan ja kartoittamaan poikkeamat lääkehoidon osalta ja näiden perusteella tietoa voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä. Matalan kynnyksen raportoinnin tavoitteena on hoidon laadun ja turvallisuuden jatkuva parantaminen. Edellytyksinä vakavista vahingoista oppimiselle ja niiden ehkäisylle ovat syyllistämättömyys ja asianomaisten tukeminen. Asiakkaalla on oikeus tietää hänen lääkityksessään tapahtuneista poikkeamista ja niistä tulee avoimesti kertoa hänelle. Lääkepoikkeamien seurannalla ja mahdollisilla asiakastyytyväisyyskyselyillä arvioidaan sekä seurataan prosessin toimivuutta. (STM 2009:3, 17; Sova ym. 2010, 41.)

3.3 Lääkehoidon toteutuksen prosessi Jämsän kaupungin kotihoidossa

Jämsän kaupungin sosiaali- ja terveystoimen vanhusten avohoidon lääkehoitosuunnitelmasta puuttui lääkehoidon toteutuksen prosessi. Tämän vuoksi opinnäytetyöprosessin alussa selvennettiin lääkehoidon prosessikuvaus (Kuvio 1) Jämsän kaupungin vanhusten avohoitoon, joka sisältää lääkehoidon tukipalvelun toteutuksen sekä kotihoidon muun lääkehoidon toteutuksen prosessit. Tämä prosessikuvaus on hyväksytty Jämsän kaupungin vanhusten avohoidonjohtajalla sekä kotihoidonohjaajalla, joka on yksi Jämsän kaupungin sosiaali- ja terveystoimen lääkehoidon prosessiryhmän jäsenistä.

Lääkehoitosuunnitelma Jämsän kaupungin kotihoidossa

Ida Hirvelä
Riitta Pasanen
7.9.2010



KUVIO 1. Lääkehoidon prosessikuvaus Jämsän kaupungin kotihoidossa

Lääkehoidon toteutuksessa on kotihoidon ja palveluasumisen eri yksiköissä pieniä käytännön eroja, mutta periaate on pitkälti samanlainen. Osa yksiköistä säilyttää asiakkaidensa käytössä olevien lääkkeiden lääkemääräykset eli reseptit apteekissa ja niiden liitteenä asiakkaan kokonaislääkitystiedot, jotka ovat Effica- potilastietojärjestelmän LÄÄKEL -tulosteena. Osassa yksiköistä reseptit säilytetään reseptikansiossa asiakkaan luona tai kotihoidon toimistolla ja samasta kansioista löytyvät myös asiakkaan kokonaislääkitystiedot. Yksiköiden nimetyt hoitajat pitävät alueensa lääkärin kanssa Effica- potilastietojärjestelmän LÄÄKEL -sivun ajan tasalla, Effica -viestien sekä viikoittaisten konsultaatioiden avulla. Lääkityksen seuranta kuuluu kuitenkin jokaiselle lääketoita toteuttavalle hoitajalle. Muutoksista informoidaan yksikön sairaanhoitajaa tai lääkärää. (Sova ym. 2010, 8, 10; Hirvelä & Pasanen 2010a.)

Kotihoidossa ja palveluasumisessa lääkkeet jaetaan asiakkaiden luona viikoksi tai kahdeksi viikoksi lääkeannosjakelijaan eli dosettiin. Lääkehoidonsuunnitelman mukaan työyksiköissä tulisi nimetä lääkevastaava ja hänelle varahenkilö. (Sova ym. 2010, 11.) Jämsän kaupungin kotihoidon yksiköissä ei ole kuitenkaan vielä koettu tarvetta nimetylle lääkevastaavalle, koska yksiköissä ei ole erikseen lääkkeiden säilytykseen ja jakamiseen varattua tilaa. Kotihoidon asiakkaat asuvat omissa kodeissaan ja ovat vielä omista asioistaan itse päättäviä ihmisiä. Näin ollen lääkkeet pyritään säilyttämään asiakkaiden luona turvallisesti koetussa paikassa. Jos asiakkaan psyykkinen mielentila tai muistamattomuus vaarantaa lääketurvallisuuden, ovat asiakkaan lääkkeet säilytyksessä asiakkaan luona lukollisessa pakissa tai hoitavan yksikön toimistossa lukollisessa kaapissa. Lääkkeiden jakaminen tapahtuu tuolloin toimiston tiloissa. (Hirvelä & Pasanen 2010a.)

Erilaisia käytäntöjä lääkkeiden antamiseen on olemassa. Lääkkeet voidaan antaa annos kerrallaan asiakkaalle, ne voidaan purkittaa vuorokaudeksi valmiiksi pöydälle tai asiakas osaa ottaa ne itse dosetista. Lääkkeitä annettaessa hoitajalla on velvollisuus tarkistaa annettavat lääkkeet lääketurvallisuuden varmistamiseksi, sillä jokainen hoitaja on vastuussa omasta toiminnastaan. Jokaisen asiakkaan kohdalla etsitään oikea ratkaisu tilanteeseen ja tarvittaessa käytäntöjä muutetaan. Tärkeintä on asiakkaan lääketurvallisuus ja oikein onnistunut lääkehoito. Hyvin tärkeää on myös lääkehoidon säännöllinen dokumentointi. Jämsän kaupungin kotihoidossa lääkehoidon kirjaaminen tapahtuu sähköisesti Effica- potilastietojärjestelmän KHTOTS eli kotihoidon toteutuksen seuranta -lehdelle. (STM 2006, 50; Sairaanhoitajaliitto 1996; Alanko 2011.)

Lääkkeitä jaettaessa hoitaja tarkistaa riittävätkö lääkkeet vielä seuraavaan lääkkeenjako kertaan ja tarvittaessa lääkkeitä laitetaan hakuun apteekista. Jos asiakkaan reseptit ovat kotona, otetaan resepti mukaan kotihoidon toimistolle ja tarvittaessa uusitaan alueen vastuulääkärin konsultaatiossa eli kerran viikossa tapahtuvalla lääkärin vastaanottoajalla. Yksiköiden toimistotiloissa on kansiot, joihin kootaan haettavat lääkkeet jokaisen asiakkaan kohdalta ja eri yksiköiden omien tapojen mukaan tilataan

samalla kertaa useamman asiakkaan lääkkeet apteekista, joko kerran tai kaksi kertaa viikossa. Koko tilauslista toimitetaan apteekkiin kotihoidolle tarkoitettuun erilliseen palvelupisteeseen. Tällainen järjestely ei hidasta muuta apteekin asiakaspalvelua ja säästää hoitajien työaika. Valmiiksi pakatut kassit noudetaan seuraavana päivänä ja toimitetaan kotihoidon asiakkaille normaalien kotikäyntien yhteydessä. (Mäkinen 2010.)

4 LÄÄKKEIDEN KONEELLINEN ANNOSJAKELU

Läkelain 12 a § (L 10.12.2010/1112) mukaan apteekkari saa teettää koneellista annosjakelua sopimuksen perusteella toisessa koneellisen annosjakelun luvan saaneessa apteekissa eli niin sanotussa sopimusvalmistusapteekissa. (L 10.4.1987/395). Apteekien tarjoaman lääkkeiden koneellisen annosjakelun myötä on saatu mahdollisuus säännölliseen moniammatilliseen kokonaislääkityksen arviointiin. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu on kokonaisvaltainen palvelu, jossa apteekki ottaa vastuun lääkevalmisteiden toimittamisesta, turvallisuudesta, reseptien säilyttämisestä sekä uusimisesta ja asiakkaan lääkityskortin ajan tasalla pitämisestä. Koneellinen annosjakelu on tarkoitettu erityisesti ikäihmisille, joilla on käytössään useita lääkevalmisteita ja heillä on vaikeuksia ottaa lääkkeet oikeaan aikaan sekä määrättyinä annoksina. (Engelström ym. 2009, 236.)

4.1 Koneellisen annosjakelun tuomia etuja asiakkaalle

Lääkkeiden koneellisen annosjakelun myötä asiakkaan lääketurvallisuus paranee, sillä annospussit käyvät läpi useita tarkastusprosesseja sekä annosjakeluyksikössä, että apteekissa. Näin jakeluvirheiden mahdollisuus minimoituu. Palvelu on turvallisempaa ja hygieenisempää kuin käsin jakaminen. (Apteekkariliitto Oy 2006.) Asiakkaiden ko-

konaislääkityksiä tarkastetaan monesta eri näkökulmasta. Aluksi kotihoidon hoitaja varmistaa lääkityksen ajantasaisuuden vertaamalla kotilääkityksen ja sähköisen potilaskertomuksen tietojen yhteneväisyyttä, tämän jälkeen hoitava lääkäri tarkastaa yhteisvaikutusriskit, päällekkäisyydet ja tekee mahdolliset muutokset lääkitykseen. Annosjakeluyksikkö varmistaa vielä lopuksi oman järjestelmän kautta voiko asiakkaan lääkkeet toimittaa annosjakeluyksiköstä ja tiedottaa apteekkia mahdollisista muutoksista, joita asiakkaan lääkitys vielä kaipaa. Apteekki on tämän jälkeen vielä yhteydessä hoitavaan lääkäriin, jos kokonaislääkitys edelleen kaipaa muutoksia. (Jämsän apteekki 2009a, 3, 5.)

Säännöllinen, vähintään kerran vuodessa tapahtuva, lääkityksen kokonaisarviointi on tärkeä osa asiakkaan hoitoa. Lääkehoitoa ei tulisi tarkastella vain yhden sairauden näkökulmasta, vaan tulisi ottaa huomioon asiakkaan kaikki sairaudet, lääkitykset sekä niiden yhteensopivuudet. Uuden lääkkeen aloituksen yhteydessä lääkärin tulee ottaa vastuu asiakkaan lääkityksestä kokonaisuudessa. Usein uuden lääkkeen aloituksen kynnys on matalampi kuin lääkkeen käytön lopettamisen. Lääkityksen arviointi ja mahdollinen lääkityksen lopettaminen on keskeinen osa asiakkaan laadukasta hoitoa, ei hoidon laiminlyöntiä. (Hartikainen & Seppälä 2007, 4762, 4767.) Saikkosen (2003, 13) tutkimuksessa Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin, huomattiin tutkimuksessa mukana olleiden henkilöiden kokonaislääkityksissä olevan 27 %:lla lääkeyhdistelmiä, joihin liittyy vakavia yhteisvaikutusvaaroja. Tämä tutkimus korostaa kokonaislääkityksen tarkistamisen merkitystä olennaisesti.

Annosjakelussa käytetään aina viitehintaisia valmisteita ja jakelu suoritetaan edullisimmasta pakkauskoosta. Suorat lääkekustannukset useimmiten alenevat, mutta tämä on hyvin yksilöllistä riippuen asiakkaan lääkityksestä ja sen muutoksista. Saikkonen (2003, 16) on todennut tutkimuksessaan, että annosjakelulla saadun säästön osuus oli noin 6 % kokonaiskustannuksista hänen tutkimallaan potilasryhmällä. Asiakas maksaa vain hänelle tilatuista lääkkeistä kappalemäärinä eikä koko pakkauksesta. Näin esimerkiksi lääkekokeilujen yhteydessä kuluja tulee vain neljäntoista päivän

jakson lääkkeitä eikä lääkkeitä jää niin paljon hukkaan. Annosjakelusta asiakas saa kelakorvauksen samalla tavalla, kuin pakkauksittain toimitettavista lääkkeitä. Lääkeannosjakelussa asiakkaan ei tarvitse enää ylläpitää, uusia ja säilyttää reseptejä, sillä apteekki hoitaa tämän hänen puolestaan. Annosjakeluyksikkö toimittaa halvimman valmisteen, jonka vuoksi lääkkeiden muodot, koot ja värit voivat vaihdella. Apteekin henkilökunnan on mahdollista tarkistaa annosjakelussa olevan lääkevalmisteen ulkonäkö Pharmac Finland Oy:n omalla tilausohjelmalla, josta näkee sillä hetkellä toimituksessa olevan lääkevalmisteen kuvan. (Jämsän apteekki 2009a, 3, 5–6.)

4.2 Koneellisen annosjakelun tuomia etuja apteekille

Apteekille koneellinen annosjakelu tuo myös etuja. Syksyn 2010 aikana toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämistyönä selvitys Jämsän apteekille, jossa selvitettiin Jämsän kaupungin kotihoidon lääkkeiden käsittelyn kuormittavuutta Jämsän apteekissa. Tutkimuksessa seurattiin apteekin henkilöstön työajan käyttöä niin apteekin lääkeshoidon tukipalvelun, kuin muiden kotihoidon asiakkaiden lääkkeiden käsittelyssä. Lisäksi tutkittiin kyselylomakkeella avoimien kysymysten muodossa apteekin henkilöstön kokemuksia ja kehittämisajatuksia uudesta lääkeshoidon tukipalvelusta. (Hirvelä & Pasanen 2010b, 3.)

Tutkimuksen tuloksena osoitettiin lääkeshoidon tukipalvelun säästävän apteekin henkilöstön työaika. Keskimääräinen lääkeshoidon tukipalvelun asiakkaiden kuormittavuus oli viikon ajalta 5,5 minuuttia yhtä asiakasta kohti ja muiden kotihoidon asiakkaiden apteekkiasiointien kuormittavuus 8,7 minuuttia yhtä asiakasta kohti. Läkeshoidon tukipalvelun asiakkaiden lääkkeiden käsittelyyn kului viikossa 64 asiakkaan osalta 3 tuntia 25 minuuttia vähemmän aikaa kuin kotihoidon muiden asiakkaiden lääkkeiden käsittelyyn. Ajansäästöä apteekin henkilöstö sai selvityksen mukaan 100 asiakkaan osalta 5 tuntia 20 minuuttia viikkoa kohti. Apteekin henkilöstölle tehdyssä kyselyssä kokemuksista nousi esille työntekijöiden kokeneen uuden lääkeshoidon tu-

kipalvelun tuoneen vaihtelua työhön ja uutta oppimista. Lisäksi kotihoidon asiointi- palvelupiste oli rauhoittunut ja ymmärrys kotihoidon työstä lisääntynyt. (Hirvelä & Pasanen 2010b, 26, 28.)

4.3 Koneellisen annosjakelun tuomia etuja hoitohenkilökunnalle

Apteekkariliiton (9/2006) julkaisemassa annosjakelupalvelun esitteessä mainitaan koneellisen lääkeannosjakelun yhdeksi eduksi hoitohenkilökunnalle jäävän enemmän aikaa varsinaiseen hoitotyöhön. Tämä mahdollistuu reseptien käsittelyn ja lääkkeiden jakamisen vähentymisellä, koska kyseiset työtehtävät ovat siirtyneet apteekin vastuulle. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu säästää myös rahaa. Ruotsalaistutkimuksen mukaan annosjakelupalvelu oli säästänyt vuodessa sairaanhoitajan työtä 250 euron edestä potilasta kohden. (Saikkonen 2003, 6.)

Näkki (2007, 20, 22, 41) tutki opinnäytetyössään lääkelogistisen palvelumallin tuomaa muutosta hoitohenkilökunnan työajankäyttöön Itä-Helsingin palvelutaloissa. Opinnäytetyössä oli selvitetty hoitajien työajanmuutosta viiden arkipäivän osalta, kun osa asiakkaiden lääkehoitoon liittyvistä tehtävistä oli siirtynyt apteekille. Tutkimuksessa oli käytetty kokonaisotantaa Itä-Helsingin neljän palvelutalon hoitohenkilökunnasta marraskuussa 2005 ja syyskuussa 2006. Tutkimuksen tuloksista selvisi, että hoitohenkilökunnan lääkehuoltoon käyttämä työaika pääasiassa väheni, mutta tavoitteena lääkelogistisen palvelumuutoksessa olleen välittömän työajan lisääntymistä ei ollut tapahtunut. Muutos näiden kahden otannan välillä oli ollut keskimäärin 21 minuuttia neljän eri palvelutalon osalta yhtä työntekijää kohti viiden arkipäivän ajalta.

4.4 Kokemuksia lääkeannosjakelusta kotihoidoissa

Suurin osa lääkeannosjakelun kokemuksista on aikaisempien tutkimusten mukaan ollut positiivisia. Viikilä (2009, 33–34, 40, 42) tutki opinnäytetyössään muun muassa kotihoidon hoitajien kokemuksia lääkeannosjakelusta. Opinnäytetyössä tuli esille, että koneellisen lääkkeiden annosjakelun myötä hoitajien mielestä työaika oli säästynyt ja vapautunut muihin tehtäviin. Lisäksi lääkehoidon turvallisuuden oli koettu lisääntyneen, mutta lääkemuutokset koneellisessa annosjakelussa oli koettu hankalaksi ja lisäävän työtä. Hankaluuksista huolimatta annosjakeluun oltiin tyytyväisiä ja entiseen lääkkeiden dosettiin jakamiseen suurin osa ei enää halunnut palata. Ainoastaan palvelukeskuksen henkilökunta ei olisi halunnut jatkaa koneellista annosjakelua.

Björkholm (2010, 26, 60, 64–65) toteutti opinnäytetyönsä tutkien postikyselynä Anja-lääkejakelua työntekijöiden kokemana Vaasassa. Postikysely oli lähetetty kaikille Anja-lääkejakeluun osallistuville työntekijöille, näitä olivat lääkärit, sairaanhoitajat, hoitajat, apteekin työntekijät ja vastaavat hoitajat. Niin hoitajat kuin apteekin henkilöstökin olivat kokeneet lääkeannosjakeluun siirtymisen haastavana. Anja-lääkejakeluun siirtyessä hoitajat ja sairaanhoitajat olivat huolissaan lääkehoidontaitojensa puolesta. Myös tässä opinnäytetyössä selvisi, että hoitajat kokivat lääkemuutokset hankalina toteuttaa annosjakelussa ja muutoksien lisäävän heidän työtään. Suurin osa vastanneista tunsii lääkeannosjakelun tuoneen lisää turvallisuutta lääkehoitoon. Turvallisuutta toivat kokonaislääkityksen arviointi, kotilääkkeiden väheneminen ja lääkityksen säännöllinen seuraaminen. Turvallisuuden koettiin kuitenkin heikentyvän, kun lääkkeiden nimet ja ulkomuodot vaihtelivat, muun muassa muutosten tapahtuessa sairaanhoitajat kokivat, etteivät välttämättä tunnista enää lääkkeitä.

5 JÄMSÄN APTEEKIN LÄÄKEHOIDON TUKIPALVELU

Jämsän apteekki on tarjonnut Jämsän kaupungin kotihoidon asiakkaille lääkehoidon tukipalveluna lääkkeiden koneellista annosjakelua tammikuusta 2010 alkaen. (Rutanen 2010, 13; Rutanen 2009.) Tavoitteena apteekilla on ollut tarjota kotihoidon asiakkaille kokonaisvaltaista lääkehoidon tukipalvelua. Tukipalvelu sisältää reseptien ylläpidon, säilytyksen ja uusimisen. Pääasiassa reseptit uusitaan vuodeksi kerrallaan. Lisäksi Jämsän apteekki ylläpitää lääkekorttia ja tekee kokonaislääkitysarvioinnin aloitusvaiheessa sekä muutosten yhteydessä. Arviointi koostuu annostusten ja ottoajan kohtien tarkastamisesta sekä lääkityksen yhteisvaikutusten tai päällekkäisyyksien minimoimisesta. Apteekki tilaa säännöllisesti otettavat lääkkeet annospusseihin pakattuna sopimusvalmistajana toimivalta Ruoholahden apteekilta kahden viikon jaksoissa. (Jämsän apteekki 2009a, 2, 5, 11; Jämsän apteekki 2010.)

Lääkeannospusseihin siirryttäessä rajoituksina ovat muun muassa lääkevalmisteiden määrän rajallisuus, rinnakkaisvalmisteiden käytön esteet sekä usein muuttuvat lääkeannostukset. Lääkeannosjakeluun ei voida sisällyttää esimerkiksi tippoja tai oraali-liuoksia tai tarvittaessa otettavia lääkkeitä. Annospussirullat, tarvittaessa otettavat lääkkeet tai lääkkeet, jotka eivät sovellu annosjakeluun, toimitetaan asiakkaan tai kotihoidon hoitajan tilauksesta kotihoidonyksikön toimipisteeseen. (Jämsän apteekki 2009a, 11; Saikkonen 2003, 9.) Palttala (2010, 68) on pro gradussaan todennut, että parhaiten koneelliseen lääkeannosjakeluun soveltuu pieni päällystetty, jakourteeton ja mekaanisesti luja tabletti.

5.1 Asiakkaan siirtyminen annosjakeluun

Kuviossa 2 on kuvattu asiakkaan siirtymisprosessia annosjakelun piiriin. Koneellisen lääkeannosjakelun prosessi alkaa asiakkaan lääkityksen annosjakelun tarpeesta, jolloin lääkäri on määrännyt asiakkaalle lääkkeitä ja kirjoittanut reseptit. Asiakas täyt-

tää ja allekirjoittaa sopimuksen (Liite 1–2), joka antaa luvan henkilö- ja lääkitystietojen säilyttämiseen ja käyttämiseen annosjakelun toteutuksessa. Kotihoidonyksikkö toimittaa asiakkaan reseptit ja lääkitystiedot apteekkiin. Lääkeannosjakelusta vastaava farmaseutti tai proviisori tarkastaa asiakkaan kokonaislääkityksen lääkärin kanssa yhteistyössä. (Jämsän apteekki 2009b.)

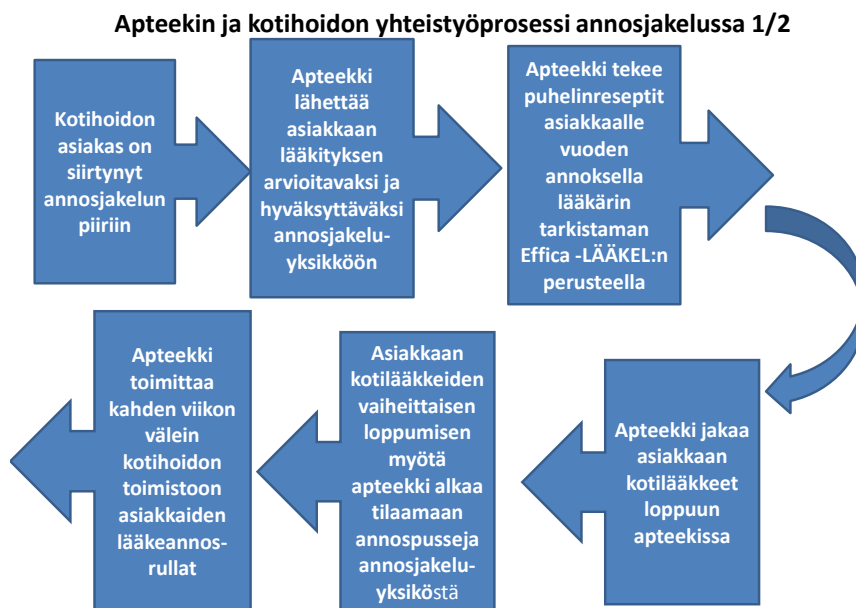
Kokonaislääkityksen tarkistuksen jälkeen apteekki lähettää asiakkaan lääkitystiedot ilman asiakkaan tunnistustietoja annosjakeluyksikkö Pharmac Oy:n Vantaalle. Annosjakeluyksikössä arvioidaan voiko lääkityksen toteuttaa koneellisena lääkeannosjakeluna, sekä mahdolliset muutokset lääkitykseen interaktioiden ja vahvuuksien osalta. Muutoksista apteekki konsultoi hoitavaa lääkäriä, joka päivittää lääkitystiedot. Lääkitystietojen päivityksen jälkeen lääkäri tekee LÄÄKEL-lehdelle merkinnän ”annosjakelu” ja allekirjoittaa LÄÄKEL-tulosteen, johon kotihoito merkitsee lääkkeenottoajat ja toimittaa sen apteekille. (Jämsän apteekki 2009a, 6–7; Asikainen 2011.)



KUVIO 2. Siirtymisprosessi lääkehoidon tukipalvelun asiakkaaksi

5.2 Apteekin ja kotihoidon yhteistyöprosessi annosjakelussa

Kuviossa 3 kuvataan apteekin ja kotihoidon yhteistyöprosessia annosjakeluun siirtymisen vaiheista. Lääkitystietojen päivityksen ja lääkeannosjakeluun soveltuvuuden tarkistamisen jälkeen, Jämsän apteekki tekee puhelinreseptit asiakkaalle vuodeksi lääkärin ja kotihoidon tarkastaman LÄÄKEL- lehden mukaan. Apteekki jakaa asiakkaan jo hankkimat lääkepakkaukset loppuun dosettiin apteekissa, jonka jälkeen koneelliseen annosjakeluun siirrytään vaiheittain. Näin säästetään asiakkaan lääkekustannuksia ja vältetään lääkkeiden kertyminen kotiin. Lääkepoikkeamien välttämiseksi ja kokemuksen kautta apteekki on päätenyt käytäntöön, jossa dosettiin jakamista jatketaan niin kauan, kunnes kaikki käytössä olevat lääkkeet ovat annosjakelussa. (Jämsän apteekki 2009a, 6–7; Saikkonen 2003, 7–8.)

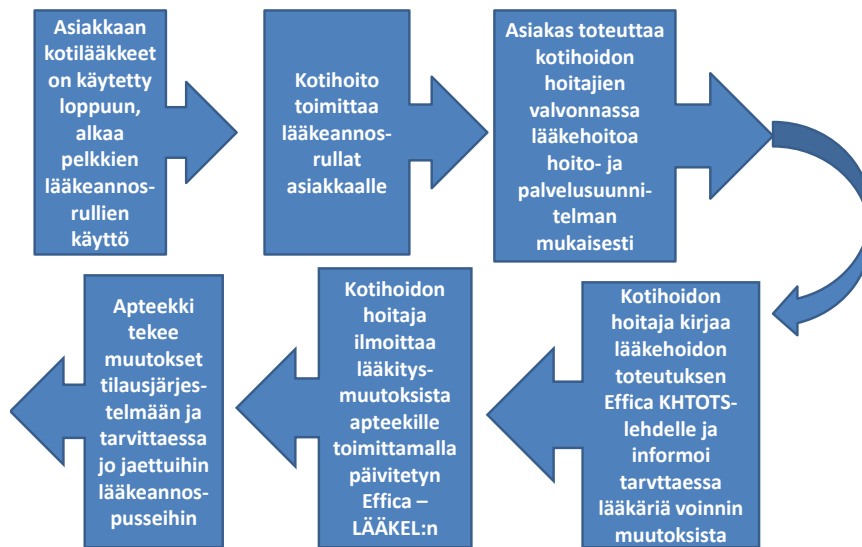


KUVIO 3. Jämsän apteekin ja kotihoidon yhteistyöprosessi 1/2

Kotilääkkeiden vaiheittaisen loppumisen myötä apteekki alkaa tilata kahden viikon välein asiakkaan lääkitystietojen mukaiset lääkeannosrullat annosjakeluyksiköstä. Annosjakeluyksikössä lääkkeet annostellaan annosjakelukoneen kasetteihin, jotka tarkastetaan säännöllisesti. Koneellinen lääkeannosjakelu -järjestelmä käyttää viiva-koodeja varmistaakseen oikeiden lääkkeiden täyttämisen annosjakelukoneeseen. Mikäli lääkkeissä on annosjakelukoneen lääkevalikoiman ulkopuolella olevia lääkkeitä, voidaan ne lisätä lääkeannospusseihin käsin. Lääkkeiden pussituksen jälkeen lääkeannosnauhat skannataan, valokuvataan ja tarkastetaan vielä käsin. Tämän jälkeen lääkeannosnauhat kootaan rulliksi, jotka ovat valmiit lähetettäväksi Jämsän apteekkiin. Apteekissa apteekin lääkehoidon tukipalvelun vastaavahenkilö tarkastaa lääkeannosrullat käsin, muun muassa siksi, että tilauksessa tehdyt lääkemuutokset ovat oikein. Näin varmistetaan lääkehoidon turvallisuutta. Jämsän apteekki toimittaa asiakkaan säännöllisesti käyttämät lääkkeet lääkeannosrullissa sovittuna päivänä kotihoidon yksikköön kahden viikon erissä. (Simonen 2008, 12–14; Jämsän apteekki 2009a, 2.)

Jokaiselle asiakkaalle on oma lääkeannosrulla, jonka kotihoito toimittaa muovikotelossa asiakkaalle. Annosjakelurullan mukana tulee lääkitystuloste, jossa näkyy asiakkaan lääkeannospussien sisältämät lääkkeet ja annostukset. Kaikissa lääkeannospusseissa on asiakkaan nimi, syntymäaika, päivämäärä, viikonpäivä, lääkkeiden nimet ja kappalemäärät. Jos asiakkaalla menee samanaikaisesti yli kymmenen lääkettä tai lääkkeet ovat kooltaan suuria, jakaa annosjakeluyksikkö kyseisen kellonajan lääkkeet kahteen eri lääkeannospussiin. (Engeström ym. 2009, 236.; Mäkinen 2010.) Kuviossa 4 kuvataan apteekin ja kotihoidon yhteistyön jatkuvuutta vaiheittain lääkeannosjakelun vakiinnuttua.

Apteekin ja kotihoidon yhteistyöprosessi annosjakelussa 2/2



KUVIO 4. Jämsän apteekin ja kotihoidon yhteistyöprosessi 2/2

5.3 Lääkehoidon tukipalvelun laskutusprosessi

Kuviossa 5 kuvataan lääkityksen tukipalvelun asiakkaan laskutusprosessia. Asiakkaille tarjotaan suoraveloitussopimusta, jolloin raha-asioiden hoitaminen ja tarvittavien kuittien kirjoittaminen helpottuu. Tällöin kotihoidon hoitajien ei myöskään tarvitse käsitellä rahaa. Apteekki laskuttaa koneellisessa annosjakelussa asiakkaalta tabletit ja kapselit yksikköhinnan mukaisesti. Laskutus tapahtuu kuuden viikon välein, johon sisältyy lääkekustannukset sekä tukipalvelumaksut. Kuuden viikon laskutukseen on päädytty Jämsän apteekissa lääkityksen tukipalvelun asiakkaiden lääkekustannuksien tasoittamiseksi. Lääkehoidon tukipalveluun kuuluu myös kelakorvausasioiden hoitaminen (Jämsän apteekki, 2009a, 5; Jämsän apteekki 2010.)

Sairasvakuutuskorvauksen piiriin kuuluvista lääkkeistä laskutetaan vain omavastuuosuus, mutta korvauksen piiriin kuulumattomat normaalitaksan mukaisesti. Asiakkaan kuluksi tulee lisäksi lääkityksen tukipalvelun hinta, 8,26 €/viikko, josta on

mahdollista saada Kansaneläkelaitoksen maksama annosjakelukorvaus. Tämän 1,26 €/viikko olevan korvauksen asiakas saa, mikäli asiakas täyttää sairausvakuutuslain (L 21.12.2004/1224) 5. luvun 10§ kriteerit, jotka ovat:

- vakuutettu on täyttänyt 75 vuotta
- hänellä on annosjakelun alkaessa vähintään kuusi annosjakeluun soveltuvaa sairausvakuutuslain mukaan korvattavaa lääkettä
- vakuutetun lääkitys on tarkistettu tarpeettomien, keskenään yhteen sopimattomien ja päällekkäisten lääkitysten poistamiseksi
- annosjakeluun siirtyminen on pitkäaikaisessa lääkeshoidossa lääketieteellistä kannalta perusteltua, lääkäri osoittaa tämän perusteen tekemällä lääkemääräykseen merkinnän ”annosjakelu”. (Kela 2009.)



KUVIO 5. Jämsän apteekin lääkehoidon tukipalvelun laskutusprosessi

6 JÄMSÄN LÄÄKELOGISTIIKKAKOKEILUN MALLINNUS JA ALKUMITTAUS

Tammikuussa 2008 julkaistun Jämsän seudun vanhustenhuollon selvitystyön mukaan, vanhustenhuollon strategian kehittämisehdotuksiksi kotihoidon osalta nousivat painopisteen muuttaminen erityisesti päivittäin apua tarvitseville sekä heidän tarvitsemiensa apujen lisäämiseen. Tämä mahdollistuisi asiakkaiden kokonaismäärän vähentämisellä, siirtämällä tukipalveluita yksityisille palveluntuottajille. Yksi tällaisista tehtävistä olisi lääkkeiden jakaminen. (Liehu 2008, 11.)

Lääkkeiden jaon yksityistämiseksi Jämsän kaupunki teetti syksyllä 2009 selvityksen lääkehuollon toimintatavan kehittämisestä Jämsän kaupungin kotihoidossa. Selvitys sisälsi seuraavat osa-alueet: lääkehuollon toimintatapojen kuvauksen apteekin, kotihoidon ja terveyskeskuksen välillä, lääkehuollon logistiikka sisältäen sähköisen tiedonsiirron sekä taloudellisen vertailun olemassa olevan sekä uuden toimintatavan kesken. Selvityksessä perehdyttiin Palomäen kotihoitoyksikön ja Peltotien palvelutalon lääkehoitokäytäntöihin ja ajankäyttöön ennen koneellista lääkeannosjakelua, koska Jämsän kaupungin kotihoidolla ja apteekilla oli suunnitelmana aloittaa näissä kahdessa yksikössä koneellisen lääkeannosjakelukokeilu tammikuussa 2010. Selvityksessä tietoa oli kerätty haastattelemalla henkilöstöä kotihoidossa ja apteekissa. Lääkehoidon toteutuksen ajankäytön seuranta oli toteutettu kotihoidon ja palvelutalon hoitajien itse keräämän ajanseurantatiedon perusteella viikon ajalta syksyllä 2009. (Ohtonen 2009, 1.)

Taloudellinen selvitys sisälsi olemassa olevan toimintatavan kustannukset ajankäytön ja palkkatietojen perusteella. Uuden toimintatavan kustannuksia ei tässä selvityksessä vielä voitu hahmottaa. Selvitys avasi myös koneellisen lääkeannosjakelun tuomia etuja ja selvitti henkilöstön ennakoajatuksia tulevasta kokeilusta. Mallinnuksen ja alkumittauksen tuomien tulosten mukaan Jämsän kaupungin Palomäen kotihoitoyk-

sikössä käytettiin lääkehoitoon aikaa 7/100 henkilötyövuodesta ja Peltotien palvelutalossa 4/100 henkilötyövuodesta. Suurin osa ajasta kului apteekkikäynteihin, reseptien käsittelyyn sekä lääkelistojen ajan tasalla pitämiseen. Lääkeannosjakelun myötä oletettiin tästä suuren osan jäävän pois. Selvityksessä mainitaan edellytykseksi kustannusvaikutusten selvittämiseksi Jämsän kaupungin kotihoidossa tehtävän uusintamittaus lääkehoidon tukipalvelun vakiinnuttua. (Ohtonen 2009, 8–9, 11.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Jämsän kaupungin kotihoidon lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön kokemuksia lääkehoidon tukipalvelun toimivuudesta ja toteuttaa ajankäytönseuranta lääkehoidon tukipalveluun siirtymisen myötä koko lääkehoidon osalta. Ajankäytönseurannan tarkoituksena on selvittää, onko koneellisella lääkeannosjakelulla ja sen yksityistämisellä saatu tavoiteltua ajankäytöllistä hyötyä. Opinnäytetyön taustalla on selvittää lääkeannosjakelun mahdollisuutta laajentua koko Jämsän kaupungin vanhusten avohoitoa koskettavaksi. Tavoitteena on löytää mahdolliset kehittämiskohteet ja tuottaa tietoa kotihoidon toiminnan kehittämiseksi.

Tutkimustehtävät:

1. Millaisia kokemuksia kotihoidon lääkehoitoa toteuttavalla henkilöstöllä on lääkehoidon tukipalvelusta?
2. Mikä on kotihoidon lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön ajankäyttö lääkehoidon tukipalvelun toteutuksen ja lääkkeiden jakamiseen liittyvien työtehtävien osalta?
3. Miten ajankäyttö on muuttunut lääkehoidon tukipalvelun myötä?

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin Jämsän kaupungin kotihoidossa. Opinnäyteyhteistyöstä allekirjoitettiin sopimus Jämsän kaupungin vanhusten avohoidonjohtajan ja Jämsän apteekin apteekkarin kanssa. Koska opinnäytetyö sisälsi Jämsän kaupungin henkilöstöä koskevaa työajanseurantaa, edellytti toimeksiantaja haettavan tutkimuslupaa Jämsän kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmältä, joka myönsi tutkimusluvan (Liite 3).

Opinnäytetyö on ammatillinen tutkimus- ja kehittämistoimintatapa, jonka tavoitteena on muodostaa uusia tai parannettuja käytäntöjä. Toisaalta opinnäytetyö tuottaa uutta teoriaa, joten se on myös tieteellinen tutkimus. Yhdessä näistä saadaan aikaan ketju, koska teoriat muodostuvat käytännöistä ja käytännöt soveltavat teorioita sekä niiden perusteella käytäntöjä muutetaan. Hyviin työelämän ammatillisiin metodeihin kuuluu asioiden kokeilua ja testaamista. (Vilkkä 2005, 21–22.)

8.1 Aineistonkeruu

Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin Jämsän kaupungin kaksi kotihoidon yksikköä, jotka olivat olleet mukana apteekin lääkehoidon tukipalvelu- kokeilussa tammikuusta 2010 lähtien. Nämä yksiköt olivat Palomäen kotihoito ja Peltotien palvelutalo. Aineistoa kerättiin kokonaisotantana koko lääkehoitoa toteuttavalta henkilöstöltä, johon kuului lähihoitajia, sairaanhoitajia ja lisäksi lääkehoidon osaamisensa näyttäneitä kodinhoitajia sekä kotiavustajia. Palomäen kotihoidossa lääkehoitoa toteuttavaa henkilöstöä oli seurantajaksolla 13 henkilöä ja Peltotien palvelutalossa 11 henkilöä. Näissä yksiköissä oli toteutettu aiempi selvitys lääkehoidon ajankäytöstä vuonna 2009 ennen lääkeannosjakelun aloittamista.

Kyselylomake

Tietoa lääkehoidon tukipalvelun toimivuudesta Jämsän kaupungin kotihoidossa kerättiin yksiköiden lääkehoitoa toteuttavalta henkilöstöltä avoimia kysymyksiä sisältävällä kirjallisella kyselylomakkeella (Liite 4). Kysely toteutettiin ajankäytönseurantajaksoilla syksyllä 2010 viikkoina 44 ja 45. Avoimiin kysymyksiin kerättiin vastauksia survey -tutkimuksella, jonka avulla pyrittiin selvittämään käytännönläheisiä kokemuksia. (Soininen 1995, 80.) Kyselylomake oli vakioitu, jolloin kaikilta vastaajilta kysyttiin asiasisällöltään samat asiat. Kyselystä voitiin käyttää myös nimitystä informoitu kysely, koska vastausjoukolla selvitettiin etukäteen selvityksen tarkoitusta. Kyselyn avulla haluttiin saada kokonaisvaltaisia näkökulmia ja kokemuksia henkilöstöltä lääkehoidon tukipalvelun toimivuudesta ja kehittämistarpeesta. Kysymykset oli esitetty niin, että niihin pystyi vastaamaan mahdollisimman laajasti kirjallisesti. Nimettömät kyselylomakkeet vastaajat palauttivat palautuslaatikkoon seurantajakson loppuksi. Tällaisen kyselylomakkeen etuna pidetään vastaajan tuntemattomana pysymistä, joka koettiin hyödylliseksi mahdollisimman avoimien vastausten saamisen kannalta. Yleisesti riskinä tällaisella kyselylomakkeella on, ettei vastauksia tule välttämättä runsaasti. (Vilka 2005, 73.)

Ajankäytönseuranta

Lääkehoitoon käytetystä työajasta yksiköissä toteutettiin ajankäytönseurantaa vuoden 2010 viikkojen 44 ja 45 ajalta. Ajankäytönseuranta-ajaksi valittiin kaksi viikkoa, koska lääkehoidon tukipalvelun tilaukset ja toimitukset tapahtuivat kahden viikon erissä. Näin ajankäytönseurannasta saatiin todellisempi kuva. Ajankäytönseuranta toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena kokonaisotantana tutkittavien yksiköiden osalta. (Vilka 2005, 77–78.) Ajankäytönseurantaa varten luotiin kaksi lomaketta. Molemmissa lomakkeissa haluttiin kerätä tietoa yksittäisten työvuorojen osalta asiakaskontaktien määrät sekä ajankäyttö eriteltynä jokaiseen lääkehoitoon kuuluvan työtehtävän osalta. Toinen lomake sisälsi *lääkehoidon tukipalvelun asiakkaiden lääkehoitoon käytetyn työajanseurantaa* (Liite 5). Toisessa lomakkeessa työtehtävät oli eriteltynä tavallisen lääkehoidon eli tässä tapauksessa *lääkkeiden ja-*

kamisen ja siihen liittyvien työtehtävien ajankäytönseurantaan (Liite 6). Tarkoituksena oli, että jokainen seurantaan osallistuva henkilö täytti lomakkeita henkilökohtaisesti omien työvuorojensa aikana. Myös ajankäytönseuranta toteutui anonyymisti. Molemmat lomakkeet lähetettiin kohderyhmän yksiköiden yhteyshenkilöille etukäteen luettavaksi, testattavaksi ja arvioitavaksi mahdollisten väärinkäsitysten välttämiseksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199.)

Tiedotus

Opinnäytetyön toteutuksen kohderyhmään kuuluvia yksiköitä tiedotettiin kahta viikkoa ennen ajankäytönseurannan aloitusta. Tiedotuksessa henkilöstölle annettiin suullinen informaatio tulevasta ajankäytönseurannasta sekä avoimia kysymyksiä sisältävästä kyselystä. Tiedotuksessa painotettiin lääkehoitoon käytetyn työajanseurannan tärkeydestä, jotta tuloksista saataisiin mahdollisimman todellinen ja kokonaisvaltainen tulos. Näin voitaisiin kehittää kotihoidon toimintaa parempaan suuntaan. Molempiin yksiköihin jätettiin yksi saatekirje (Liite 7) sekä yhdet ajankäytön seurantalomakkeet ohjeineen tarkempaa perehtymistä varten. Ohjeissa (Liite 8–9) on avattuna eri työtehtävien sisältöjä ajanseurantalomakkeiden täyttämisen helpottamiseksi. Seurantajaksoa varten olevat lomakkeet ja kyselylomakkeet palautuslaatikoineen toimitettiin yksiköihin vasta ajankäytönseurannan alkaessa.

Ajankäytön ja asiakaskontaktien mittaamisen välineistö

Opinnäytetyön tutkimusosion muuttujina on ajankäytönseurannan osalta käytetty aikaa sekä lukumäärää. Ajankäyttöä mitattiin aikana, joka ilmoitettiin minuutteina. Asiakaskontaktien määrät ilmoitettiin lukumäärinä kappaleina. Molemmat muuttujat ovat määrällisiä ja vaihtelevia suureita. (Soininen 1995, 67.) Lomakkeet ajankäytön seurantaan varten luotiin aiemmin tehdyn tutkimuksen pohjalta Excel- taulukkolaskentaohjelmalla. Etukäteen suunniteltu taulukointi helpotti ja nopeutti valmiin aineiston käsittelyä ja tulosten analysointia. (Vilkkä 2005, 89.) Aiemmin tehtyä tutkimusta käytettiin esitutkimuksena ja lomakkeissa esiin nousseita ongelmia korjattiin uuden selvityksen lomakkeisiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 199.)

8.2 Aineiston analysointi

Kysely

Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön kokemuksia sisältävän kyselyn analysoiminen tapahtui laadullisesti. Jokaisen yksittäisen kysymyksen vastaukset koottiin yhteen, josta laskettiin samankaltaisten vastausten määrä. Jokainen vastaus huomioitiin analyysissä. Henkilöstön antamista kehittämisehdotuksista koottiin ehdotuksia toiminnan parantamiseen. Molemmista selvityksen kohteena olevasta yksiköstä kerättiin omat vastaukset. Yksiköt haluttiin analysoida erotella, koska yksiköiden asiakkaat ovat toimintakyvyltään erikuntoisia ja työolosuhteet siten eroavat pitkälti toisistaan.

Työajanseuranta

Ajankäytönseuranta- aineiston analysointi tapahtui ensin manuaalisesti yhteen laskemalla jokaiselta ajankäytönseurantalomakkeelta. Yksiköt eroteltiin toisistaan myös tässä analysoinnissa ja molempien seurantaviikkojen vastaukset koottiin yhteen. Lomakkeista laskettiin henkilöstön työvuorojen määrä, jolla koottiin molempien yksiköiden kahden viikon kokonaistyöajat. Manuaalisen laskennan jälkeen lukumäärät ja minuutit siirrettiin Excel-ohjelmaan. Excel-ohjelmalla lomakkeiden vastauksia varten luotiin kaavat, joiden avulla vastaukset laskettiin yhteen. Tämän perusteella laskettiin lääkehoitoon käytetyn työajan osuus kokonaistyöajasta sekä lisäksi eroteltiin kokonaistyöajasta annosjakeluun liittyviin yksittäisiin työtehtäviin käytetty aika sekä lääkkeiden jakamiseen ja siihen liittyviin yksittäisiin työtehtäviin käytetty työaika.

Kokonaistyöaika

Työajanseurannasta palautuneista lomakkeista laskettiin henkilöstön työvuorojen yhteismäärä koko seurannan ajalta molemmista yksiköistä erikseen. Työvuorojen määrä kerrottiin keskimääräisen työpäivän pituudella, joka on 7,66 tuntia. Näin saatiin seurantajakson kokonaistyöaika kyseisten yksiköiden osalta. Tästä voitiin laskea lääkehoitoon käytettyä aikaa kokonaistyöajasta.

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

9.1 Kyselyn tuloksia

Palomäen kotihoitoon lääkehoitoa toteuttavalle henkilöstölle tehdystä kokemuksellisesta kyselystä vastasi yhdeksän henkilöä 13 työntekijästä. Palomäen kotihoidon osalta vastausprosentti oli 69 %. Samaan kyselyyn vastasi Peltotien palvelutalosta viisi henkilöä lääkehoitoa toteuttavasta 11 työntekijästä. Peltotien palvelutalon osalta kyselyn vastausprosentti oli 45 %. Kysely toteutettiin kahden viikon seurantajakson päätteeksi.

9.1.1 Palomäen kotihoidon vastaajien kokemuksia

Lääkehoidon tukipalvelusta koettuja hyötyjä

Palomäen kotihoidossa 78 % vastaajista koki lääkeannosjakelun tuoneen työhön ajansäästöä. Lääkkeiden jakamisen vähentymisen myötä olivat vastaajat kokeneet välittömän asiakkaan luona tehdyn työn vähentyneen.

”Aikaa jäänyt enempi muuhun, kun ei ole aikaa vieviä lääkejakoja.”

”Aikaa ei mene `turhaan` lääkkeiden jakamiseen.”

”Aikaa asiakkaan luona kuluu vähemmän.”

44 % vastaajista koki hyväksi, että sijaiset ja kouluttamattomat työntekijät voivat nyt antaa lääkkeitä asiakkaalle, koska lääkkeet on valmiiksi jaettu ja tarkistettu. Asiakkaiden koettiin säästävän rahaa annosjakelun myötä. Vastaajista 33 % koki reseptien

uusinnan, selaamisen ja apteekissa asioimisen vähentyneen apteekin otettua reseptiasiat hoitaakseen.

”Opiskelijat ja epäpätevät työntekijät voivat toteuttaa lääkehoitoa antamalla pusseista lääkkeitä.”

”Asiakkaalle halvempi vaihtoehto.”

”Vähemmän juoksua apteekissa lääkkeiden ja reseptien perässä.”

Lääkehoidon tukipalvelun toteutuksessa koettuja ongelmia

Ongelmia oli koettu annosjakelun toimivuudessa olevan vastaajista 89 %:n mukaan. Vastaajista 33 % koki oman lääkeosaamisen ja tuntemuksen heikentyneen ja lääkkeiden tunnistamisen vaikeutuneen, koska annosjakelussa käytetään halvinta markkinoilla olevaa valmistetta, joka annosjakelussa saattaa vaihdella.

”Oma lääke osaaminen/tuntemus jää heikommaksi.”

”Ei pysty tunnistamaan enää lääkkeitä.”

”Pusseissa nimet, mutta ei tietoa minkä näköinen kyseinen lääke on.”

Vastaajat kokivat lääkeannosjakelun myötä tulleen lisää muistettavaa ja huolehdittavaa, kuten keskeytysten ilmoittamiset annosjakeluun, jos asiakas on sairaalassa tai intervallijaksolla. Tämän vuoksi myös asiakkaiden annospussien päivämäärät sekaantuvat ja on epäselvää kuka tekee päivämäärämuutokset jaksojen jälkeen annospusseihin. Vastaajista 33 % koki lääkemutokset ongelmallisiksi toteuttaa.

”Paljon muistettavia asioita esim. ilmoitukset apteekkiin sairaalaan joutuessa → keskeytettävä annosjakelu.”

”Asiakkaiden jaksot sekoittavat annospussien päiviä.”

”Nopeat muutokset tehtävä itse, leikeltävä pussit auki, sekä teipattava uudestaan.”

”Asiakkaan lääkemuutokset täytyy ilmoittaa aina apteekkiin ja mahdollisesti viedä lääkerulla sinne avattavaksi, jotta apteekin henkilökunta voi tehdä muutokset. (ennen oli helpompi tehdä itse...).”

Hankalaksi koettiin antikoagulantti- lääkityksen toteuttaminen annosjakelussa jatkuvien annostusmuutoksien vuoksi.

”Marevan asiakkaat.”

”Jos ei muista laittaa viestiä apteekkiin niin huomioidaanko muutos.”

”Olisi parempi jos apteekki aina katsoisi annostuksen ennen kuin tekee tilauksen.”

Lisäksi yksittäisinä vastauksina oli koettu haasteiksi:

”Virheitä myös apteekin robotin jaossa.”

”Jos lääkkeitä hukkuu/putoaa johonkin tarvii aina hakea uudet apteekista.”

Henkilöstön kokemia muutostarpeita nykyisessä lääkehoitokäytännössä

Lääkehoidon käytänteisiin muutostarpeita vastaajista löysi 56 %. Vastaajista 22 % koki toiminnan toimivaksi eikä haluaisi muuttaa mitään tällä hetkellä. 22 % vastaajista haluaisi parempaa yhteistyötä apteekin kanssa, esimerkiksi jatkuvasti vaihtuvista rinnakkaislääkevalmisteista enemmän tietoa.

”Aika toimiva juttu.”

”Enemmän infoa, tietoa henkilökunnalle apteekin puolelta vaihtuvista lääkkeistä.”

”Parempaa yhteistyötä apteekin kanssa, esim. tietoa rinnakkaislääke valmisteista ym.”

Yksittäisinä vastauksina koettiin halua palata takaisin entiseen lääkkeiden jakamiseen, jos asiakas ei itse huolehdi lääkkeistään. Myös lääkehoidon koulutukset koettiin turhiksi, koska vastaajat kokivat, ettei heidän enää tarvitse ajatella ja jakaa lääkkeitä. 22 % vastaajista haluaisi lääkäreiden tekevän Effica:n LÄÄKEL-lehdelle kaikki muutokset annostukseen sekä jako-ohjeelle.

”Lääkäreiden pitäisi kirjata kaikki lääkemääräykset ja -muutokset lääkelehdelle.”

”Lääkäreiden olisi kirjattava kaikki lääkelehdelle, muutokset, lääkkeiden ottoajat, lääkelehti ja sanelu yhdenvertaiset.”

Kehittämisehdotuksia lääkehoidon toiminnasta

Toiminnan kehittämisehdotuksia löytyi 33 %:lta vastaajista. Lääkevalmisteista haluttiin saada lisää tietoa, esimerkiksi katalogin muodossa, jossa olisi myös kuva valmisteista. Jokaisesta yksiköstä, jossa annosjakelu on käytössä, tulisi nimetä apteekki-vastaavat, informaation parantamiseksi. Kehittämisehdotukseksi mainittiin myös lääkkeiden jakamisen palauttamista takaisin sellaisille asiakkaille, jotka eivät itse huolehdi lääkkeiden otostaan.

9.1.2 Peltotien palvelutalon vastaajien kokemuksia

Lääkehoidon tukipalvelun hyötyjä

Peltotien palvelutalossa lääkeannosjakelun hyötyjä löytyi kaikkien vastaajien vastauslomakkeista. Hyödyiksi koettiin vastaajista 75 %:n osalta ajansäästöä, reseptien, lääkkeiden käsittelyn ja apteekkiasiointien vähenemisen myötä.

”Apteekki tuo lääkkeet palvelutaloon.”

”Yhteistyö apteekin kanssa nopeutunut.”

”Reseptien käsittely vähentynyt.”

”Aikaa säästyy lääkkeiden jakamisen vähennyttyä.”

Vastaajista 40 % koki lääkkeiden jakovirhe mahdollisuuden vähentyneen, koska lääkkeet ovat nykyisin oikein jaettu. Yksittäisinä vastauksina koettiin kotihoidon lääkehoidon helpottuneen pelkän annosjakelurullan ollessa käytössä asiakkaalla. Lääkeannosten antaminen pussista koettiin myös helpoksi ja lääkehävikin koettiin vähentyneen.

”Lääkemuutosten myötä – ylimääräisiä lääkepurkkeja ei jää kotiin.”

”Jos käytössä vain tukipalvelu – helppoa.”

Lääkehoidon tukipalvelun toimivuudessa koettuja ongelmia

Jokainen vastaaja oli kokenut jotain ongelmallista lääkehoidon tukipalvelun toimivuudessa. Siirtymävaihe lääkkeiden jakamisesta lääkeannosjakeluun oli 85 % vastaajista kokenut joko sekavaksi, liian pitkäksi tai hankalaksi. Tästä johtuen koettiin lääkepoikkeamien lisääntyneen.

”Ne jotka siirtyvät tukipalvelun piiriin: on lääkkeitä purkissa ja dosetissa. Virhemahdollisuus on suuri (jää antamatta).”

”Siirtymä purkeista pusseihin, tällöin käytössä dosetti ja pussit, hankaloittaa suuressa yksikössä työskentelyä.”

Lääkkeiden tarkastaminen oli vastaajista 60 %:n mukaan nykyisin hankalaa, rinnakkaisvalmisteita ei tunnisteta, koska lääkkeet ovat ulkonäöltään samankaltaisia. Yhden vastaajan mukaan lääkevaihtokielto ei enää onnistu entiseen tapaan. Lääkemuutosten toteuttamisen koki 60 % vastaajista hankaliksi ja työläiseksi. Ongelmiksi koettiin myös hoitajan työn tarkkuuden ja huolellisuuden korostumisen.

”Lääkemuutokset, lääkkeiden tunnistaminen vaikeutuu.”

”Huonoa, ettei tunnista lääkkeitä →vieraantuu tehtävästä.”

”Lääkkeiden tarkistaminen on vaikeaa -rinnakkaisvalmisteita- samannäköisiä valkeita tabletteja runsaasti.”

”Lääkemuutokset tuottavat hankaluuksia ja työtä.”

”Lääkemuutokset: vietävä apteekkiin, että muutokset saadaan tehdyksi.”

Muutostarpeet ja kehittämis ehdotukset lääkehoidon toiminnasta

Henkilöstöltä kysyttiin muutostarpeita sekä kehittämis ehdotuksia annosjakelun toimivuuteen ja nykyiseen lääkehoitokäytäntöön. Muutosehdotuksia tuli neljä. 50 % vastaajista halusi lääkkeiden jakamisen takaisin työnkuvaansa. 50 % vastaajista halusi siirtymävaiheen nopeammin toimivammaksi. Yksittäisenä muutokseksi mainittiin ehdotus, että jokainen asiakas on annosjakelussa tai sitten ei kukaan.

”Tällä tietämyksellä ja kokemuksella palaisin entiseen käytäntöön. Kohy huolehtisi lääkejaosta. Kaikki asukkaat eivät ole annosjakelussa – dosettiin jakamista on joka tapauksessa.”

”Lääkejako takaisin, että lääketuntemus pysyisi kohdallaan!!!”

”Kertalaakissa kaikki pussiin!”

”Siirtymävaihe nopeammin toimivaksi.”

Kehittämis ehdotuksia tuli vain yhdeltä vastaajista, hän haluaisi apteekin huolehtivan resepteistä ja pitävän yhteyttä lääkäreihin reseptien uusinnassa, lisäksi vastaaja haluaisi lääkkeiden jakamisen kotihoidolle takaisin.

9.2 Työajanseurannan tuloksia

Työajanseuranta lääkeannosjakeluun liittyvistä tehtävistä sekä lääkkeiden jakamisesta ja siihen liittyvistä tehtävistä toteutettiin kahden viikon ajan Palomäen kotihoivossa sekä Peltotien palvelutalossa. Työajanseurannan tulosten esittelyyn valittiin pylväs- ja sektoridiagrammit, sillä niiden avulla voitiin havainnollistaa ja selkeyttää tuloksia. Nämä diagrammit luotiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla työajanseurannasta saatujen lukujen perusteella. (Hirsjärvi ym. 2007, 311, 320.)

Makaavilla pylväsdiagrammeilla kuvattiin asiakaskontaktien lukumäärää ja työtehtäviin käytettyjä minutteja työtehtävittäin. Näissä diagrammeissa eroteltiin annosjakeluun liittyvät työtehtävät sekä lääkkeiden jakamiseen ja siihen liittyvät työtehtävät toisistaan. Näistä molemmista lääkehoidon käytännöistä luotiin myös sektoridiagrammin muotoon prosentuaaliset osuudet lääkehoidon kokonaistyöajan jakautumisesta lääkehoidon eri työtehtävien välillä molempien seurantayksiköiden osalta. Sektoridiagrammi muodostuu ympyrästä, jonka kokonaisarvo on 100 %. (Hirsjärvi ym. 2007, 311, 320.)

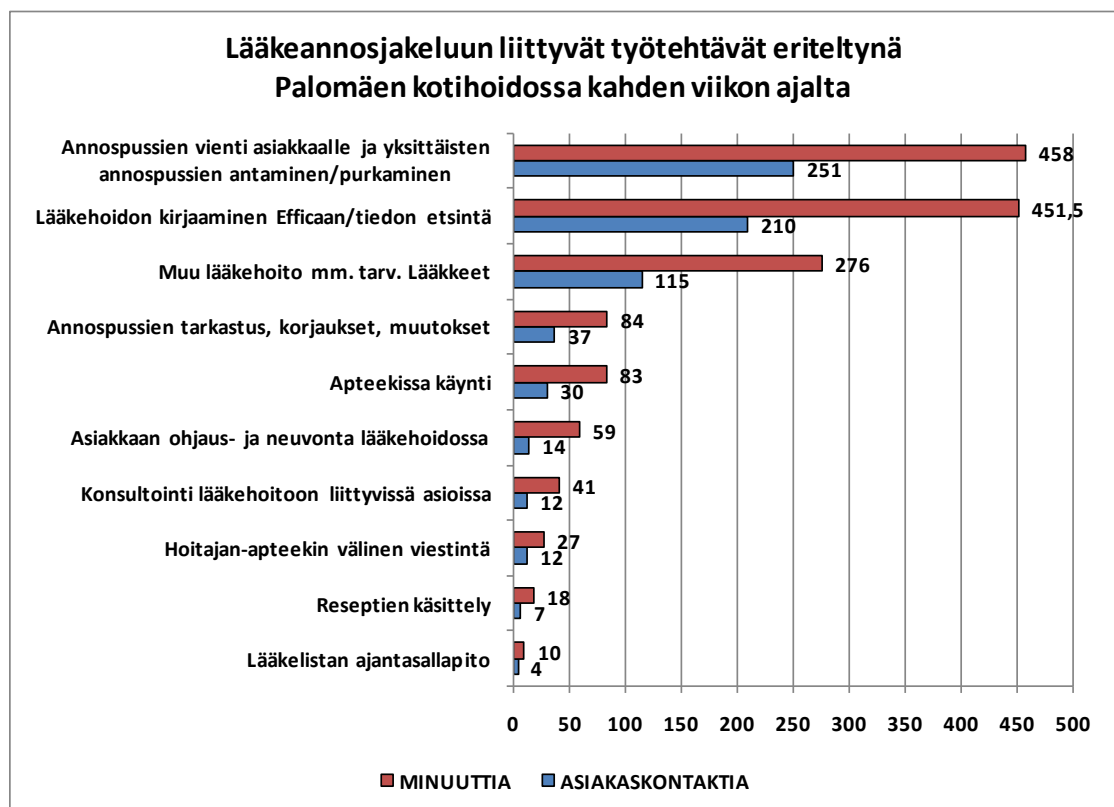
Seisovia pylväsdiagrammeja käytettiin havainnollistamaan lääkehoidon vertailua muussa lääkehoidossa ja lääkeannosjakelussa kokonaisuudessaan niin ajankäytön, että asiakontaktien osalta molemmissa kotihoivon yksiköissä erikseen ja yhdessä. Lisäksi seisovalla pylväsdiagrammilla kuvattiin lääkehoitoon käytettyä aikaa yhtä asiakasta kohti kahden viikon ajalta molemmissa seurantayksiköissä. (Hirsjärvi ym. 2007, 311.)

9.2.1 Työajanseurannan tuloksia Palomäen kotihoidossa

Palomäen kotihoidossa työskenteli kahden viikon seurantajakson aikana molemmilla viikoilla 13 lääkehoitoa toteuttavaa henkilöä. Asiakkaita seurantajakson ajalla lääkeannosjakelussa oli 22 ja muun lääkehoidon piirissä 26 asiakasta.

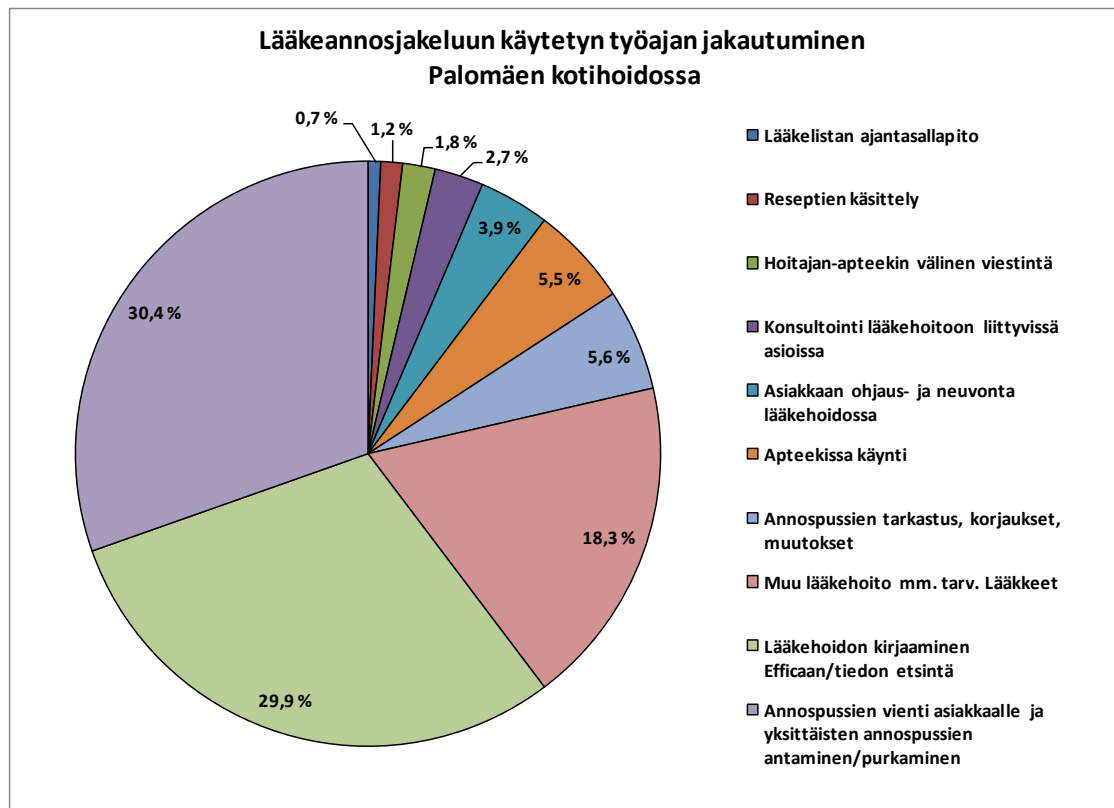
Työajanseuranta lääkeannosjakeluun liittyvissä työtehtävissä

Kuviossa 6 on kuvattuna henkilöstön työajan jakautumista lääkeannosjakeluun liittyvien työtehtävien osalta. Suurin kuormitus jakautuu annospussien viennin, antamisen ja purkamisen sekä lääkehoidon kirjaamisen kesken. Lääkelistojen ajan tasalla pitämiseen kului vähiten aikaa.



KUVIO 6. Palomäen kotihoidon lääkeannosjakelun ajankäyttö ja asiakaskontaktit

Kuviossa 7 on kuvattuna prosentuaalinen työajan jakautuminen annosjakelun työtehtävien osalta. Annospussien käsittelyyn ja kirjaamiseen sekä muu lääkehoito vie suurimman osan lääkeannosjakeluun käytettävästä työajasta. Asiakkaan ohjaukseen ja neuvontaan lääkehoidon osalta käytettiin prosentuaalisesti pieni osuus työajasta 3,9 %. Vähiten aikaa kului lääkelistan ajan tasalla pitämiseen, vain 0,7 % työajasta.

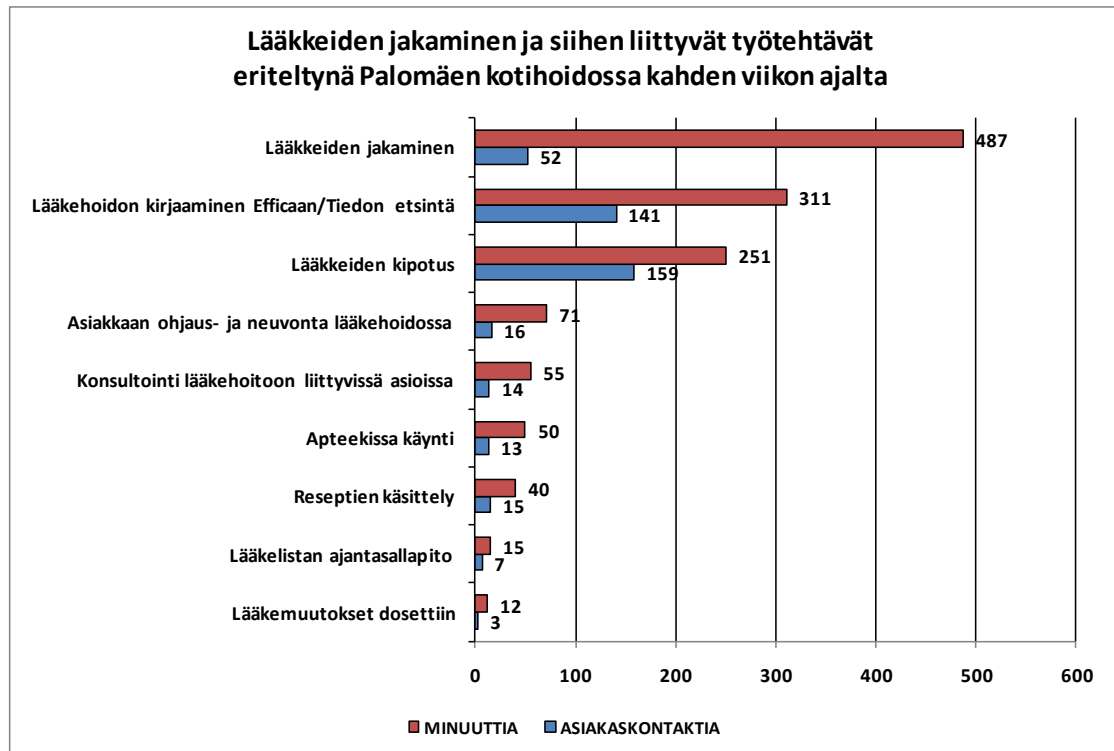


KUVIO 7. Lääkeannosjakelun työtehtävien prosentuaalinen jakautuminen Palomäen kotihoidossa

Työajanseuranta lääkkeiden jakamisessa ja siihen liittyvissä työtehtävissä

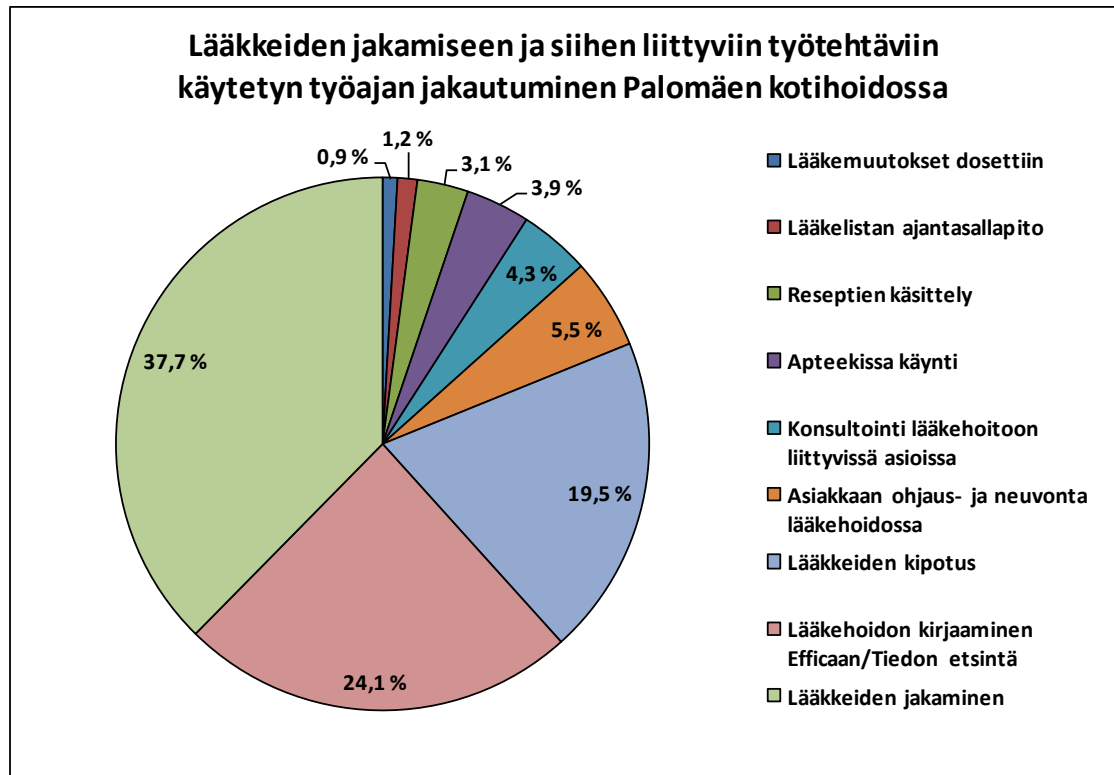
Kuviossa 8 on kuvattuna henkilöstön käyttämän työajan jakautumista lääkkeiden jakamisen ja siihen liittyvien eri työtehtävien välillä. Lääkkeiden jakamiseen seuranta-jakson aikana käytettiin eniten aikaa, reilut kuusi tuntia. Lääkehoidon kirjaaminen

kuormitti reilut viisi tuntia ja lääkkeiden kipottamiseen käytettiin reilut neljä tuntia aikaa, tässä asiakaskontakteja oli seurantajakson aikana eniten.



KUVIO 8. Palomäen kotihoidon työaika ja asiakaskontaktit lääkkeiden jakamisessa työtehtävineen

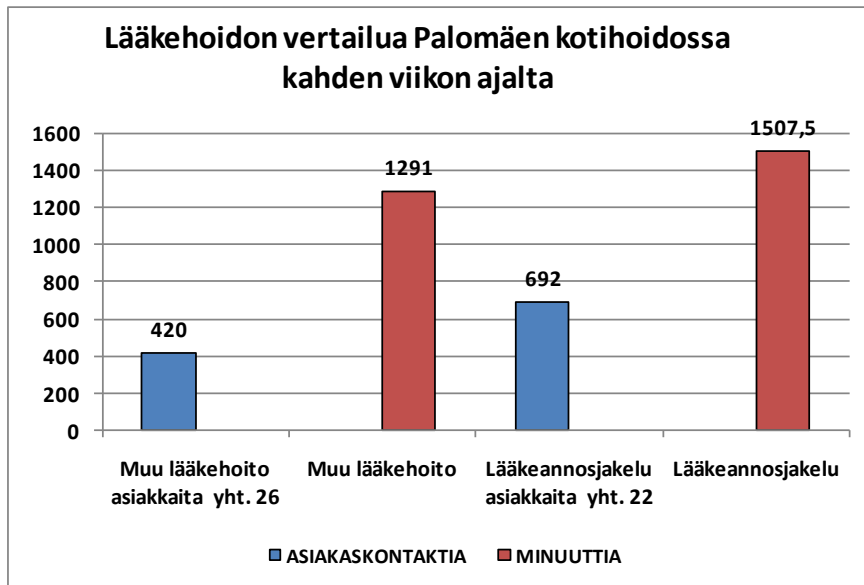
Kuviossa 9 on kuvattuna työtehtävien jakaantuminen prosentuaalisesti lääkkeiden jakamisen ja siihen liittyvien työtehtävien osalta Palomäen kotihoidossa. Työtehtävät jakautuivat pääasiallisesti kolmen kuormittavimman työtehtävän kesken. Nämä työtehtävät olivat lääkkeiden jakaminen, lääkehoidon kirjaaminen Efficaan/tiedon etsintä ja lääkkeiden kipotus.



KUVIO 9. Lääkkeidenjaon työtehtävien prosentuaalinen jakautuminen Palomäen kotihoidossa

Lääkehoidon vertailua Palomäen kotihoidossa

Kuviossa 10 on vertailtuna seurantajaksolla lääkehoitoon käytettyä aikaa molempien lääkehoitokäytäntöjen osalta ja niiden asiakaskontaktienmääriä. Lääkeannosjakelun piirissä olevia asiakaskontakteja oli 272 kontaktia enemmän kuin muussa lääkehoidossa eli lääkkeidenjako asiakkaiden piirissä. Lääkeannosjakelun työtehtäviin oli kulunut reilut kolme tuntia enemmän aikaa.



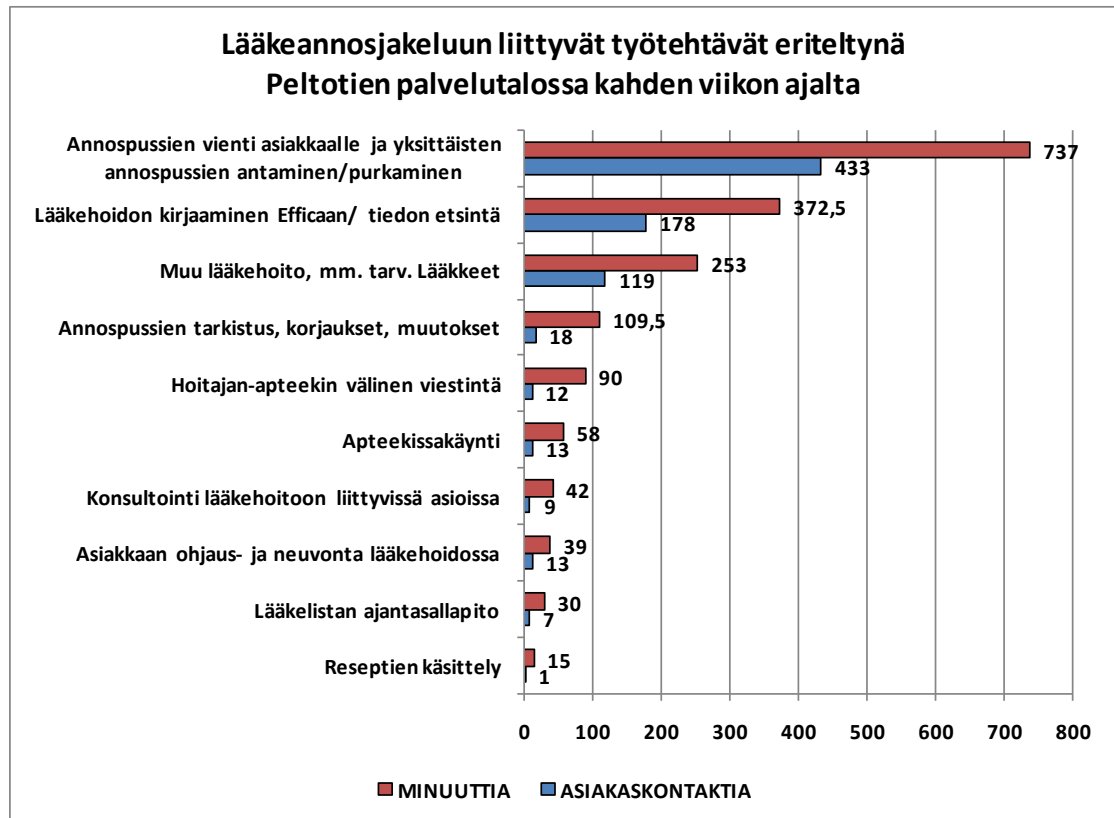
KUVIO 10. Lääkehoitokäytäntöjen vertailua Palomäen kotihoidossa

9.2.2 Työajanseurannan tuloksia Peltotien palvelutalossa

Peltotien palvelutalossa työskenteli kahden viikon seurantajakson aikana 11 lääkettä toteuttavaa henkilöä. Asiakkaita seurantajakson ajalla lääkeannosjakelussa oli 18 ja muun lääkehoidon piirissä 11 asiakasta.

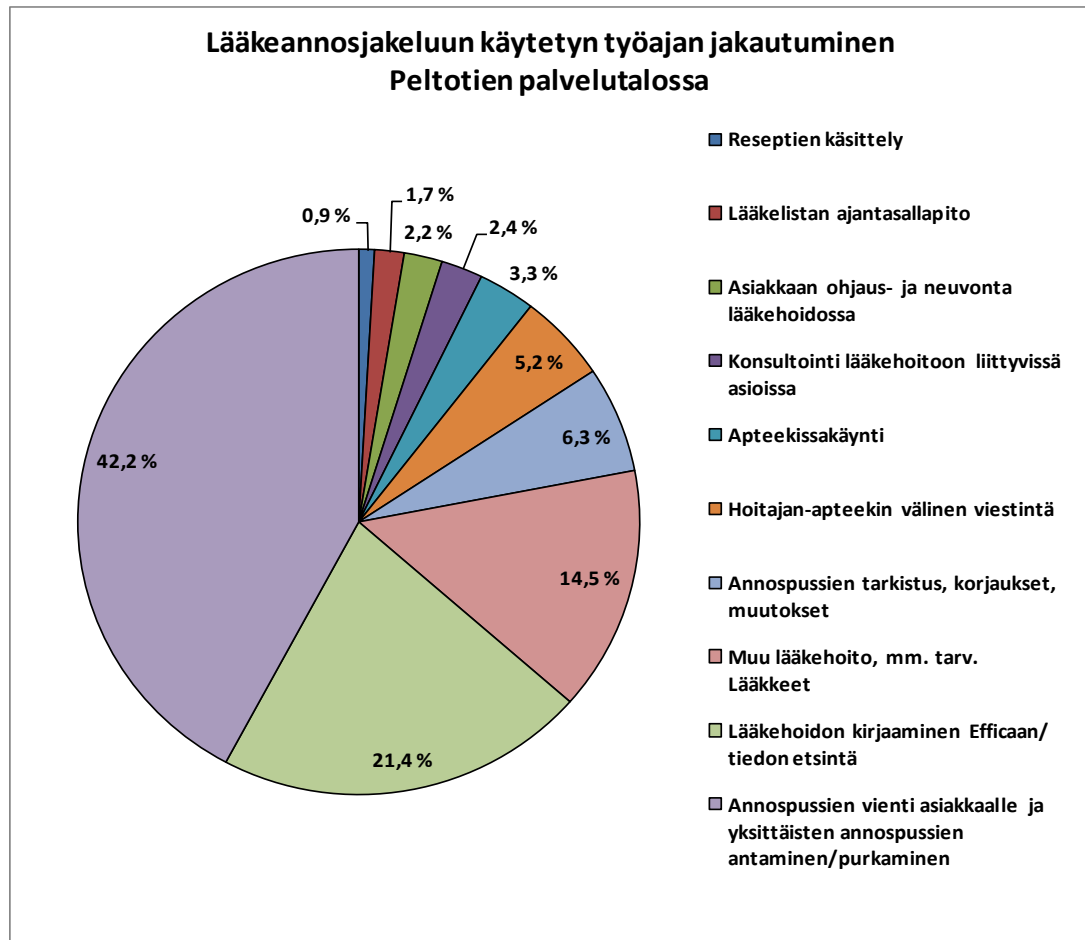
Työajanseuranta lääkeannosjakeluun liittyvissä työtehtävissä

Kuviossa 11 on kuvattuna Peltotien palvelutalon henkilöstön käyttämän työajan jakautumista lääkeannosjakeluun liittyvien työtehtävien osalta kahden viikon ajalta. Eniten aikaa kului, reilut 12 tuntia, annospussien vientiin asiakkaalle ja yksittäisten annospussien antamiseen sekä purkamiseen. Myös asiakaskontakteja liittyi näihin työtehtäviin eniten. Lääkehoidon kirjaamisen sekä tiedon etsinnän merkitys korostui ajankäytössä. Reseptien käsittelyssä seurantajaksolla oli vain yksi asiakaskontakti, johon oli kulunut aikaa 15 minuuttia.



KUVIO 11. Peltotien palvelutalon lääkeannosjakelun ajankäyttö ja asiakaskontaktit

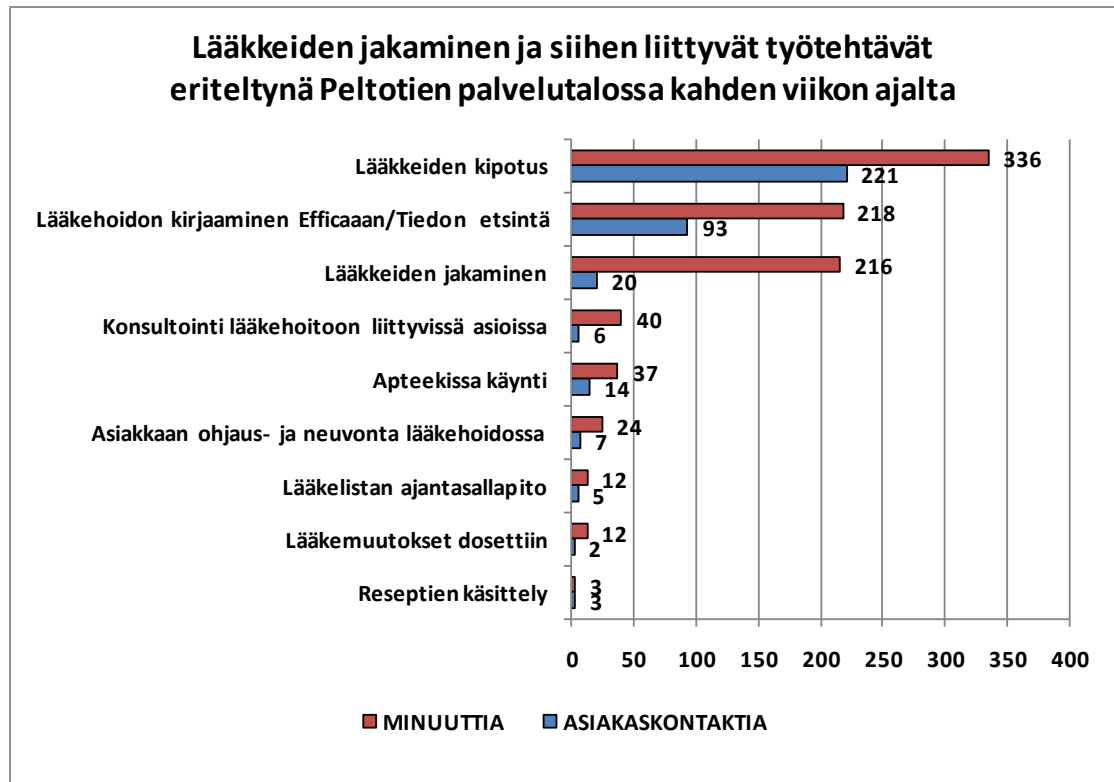
Kuviossa 12 on kuvattuna työtehtävien jakaantuminen prosentuaalisesti lääkeannosjakelun liittyvien työtehtävien osalta. Työaika jakautui pääasiallisesti kolmeen suurempaan osaan. Suurin osuus kului annospussien vientiin asiakkaille ja yksittäisten annospussien antamiseen sekä purkamiseen, lähes puolet työajasta. Toiseksi suurin osuus oli lääkehoidon kirjaamiseen ja tiedon etsintään käytetty aika. Muu lääkehoito muun muassa tarvittaessa otettavien lääkkeiden anto vei kolmanneksi suurimman ajan. Pienin osuus oli apteekissa käynti.



KUVIO 12. Lääkeannosjakelun työtehtävien prosentuaalinen jakautuminen Peltotien palvelutalossa

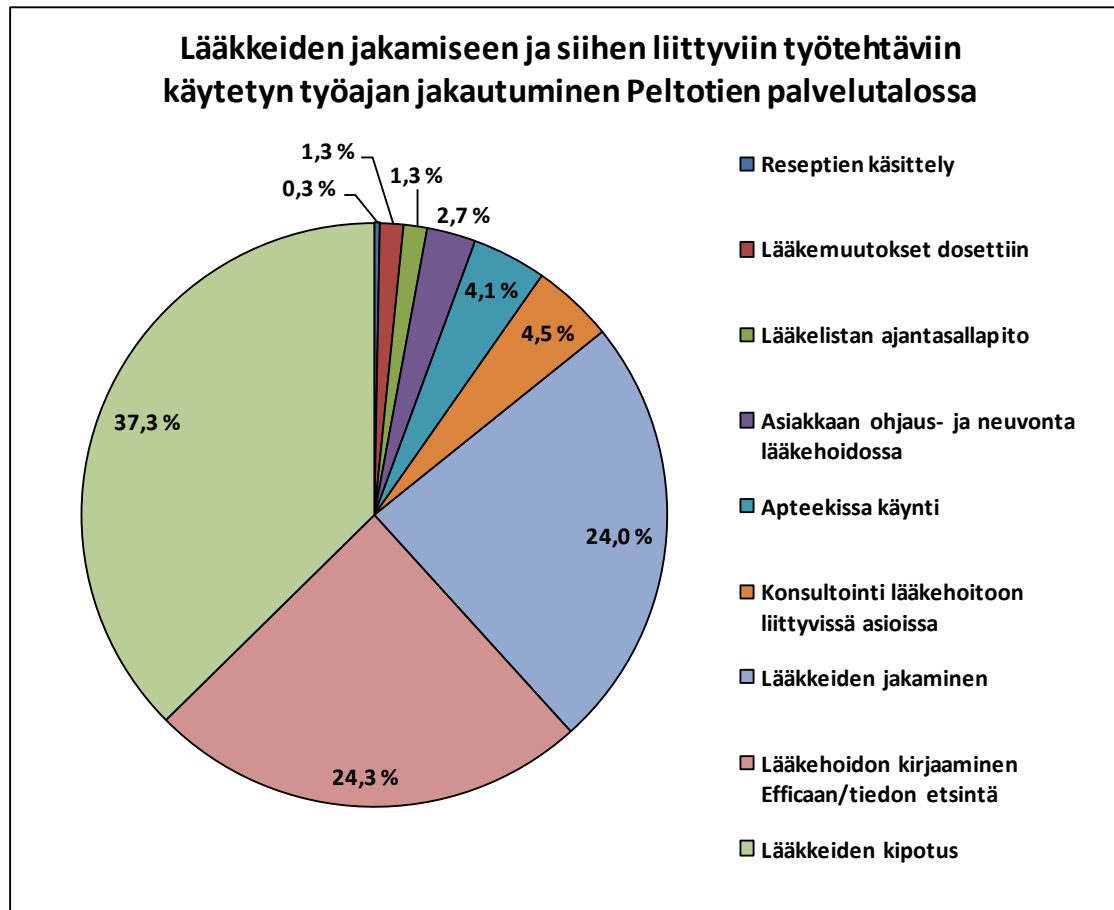
Työajanseuranta lääkkeiden jakamisessa ja siihen liittyvissä työtehtävissä

Kuviossa 13 on kuvattuna Peltotien palvelutalon henkilöstön käyttämän työajan jakautumista lääkkeiden jakamiseen ja siihen liittyvien eri työtehtävien välillä. Eniten aikaa käytettiin kahden viikon seurantajaksolla lääkkeiden kipotukseen, johon kului viisi ja puoli tuntia. Asiakaskontakteja oli samassa työtehtävässä eniten. Lääkehoidon kirjaamiseen ja lääkkeiden jakamiseen käytettiin aikaa lähes yhtä paljon. Asiakaskontakteja lääkehoidon kirjaamisessa oli kuitenkin huomattavasti enemmän. Vähiten aikaa käytettiin reseptien käsittelyyn vain kolme minuuttia kolmea asiakasta kohti.



KUVIO 13. Peltotien palvelutalon työaika ja asiakaskontaktit lääkkeiden jakamisessa työtehtävineen

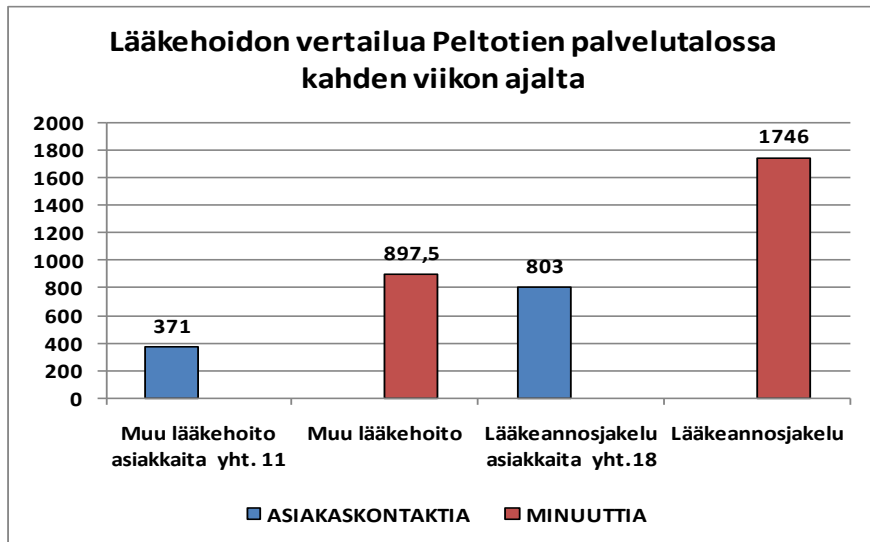
Kuviossa 14 on kuvattuna työtehtävien jakaantuminen prosentuaalisesti lääkkeiden jakamisen ja siihen liittyvien työtehtävien osalta. Myös Peltotien palvelutalossa niin kuin Palomäen kotihoidossakin työtehtävät jakautuivat prosentuaalisesti pääasiassa kolmeen suureen lohkoon. Näitä olivat lääkkeiden kipotus, lääkehoidon kirjaaminen Efficaan ja lääkkeiden jakaminen. Vähiten työajasta käytettiin reseptien käsittelyyn.



KUVIO 14. Lääkkeidenjaon työtehtävien prosentuaalinen jakautuminen Peltotien palvelutalossa

Lääkehoidon vertailua Peltotien palvelutalossa

Kuviossa 15 on vertailtuna Peltotien palvelutalossa seurantajaksolla lääkehoitoon käytettyä aikaa molempien lääkehoitokäytäntöjen osalta ja niiden asiakaskontaktienmääriä. Lääkeannosjakeluun liittyviin työtehtäviin oli käytetty yhteensä yli 14 tuntia enemmän aikaa kuin muuhun lääkehoitoon. Lääkeannosjakelussa oli 432 asiakaskontaktia enemmän kuin muussa lääkehoidossa.

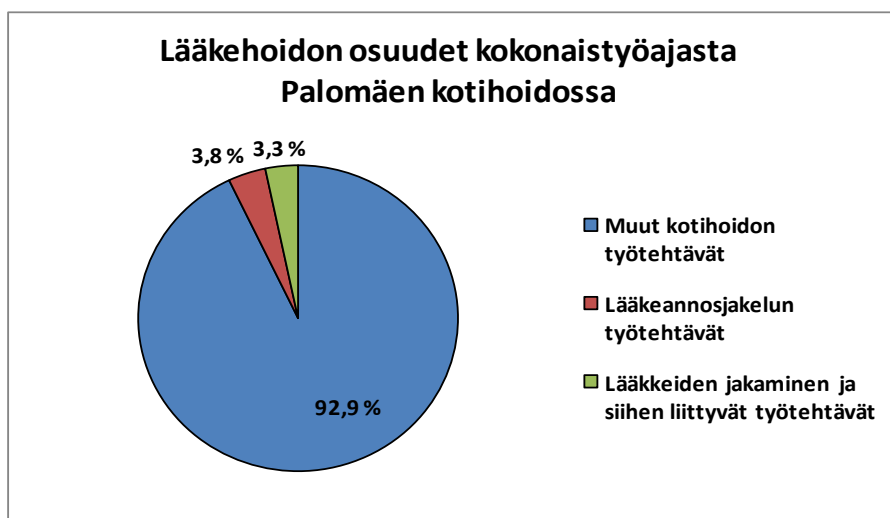


KUVIO 15. Lääkehoitokäytäntöjen vertailua Peltotien palvelutalossa

9.2.3 Lääkehoito kokonaistyöajasta

Lääkehoidon osuudet kokonaistyöajasta Palomäen kotihoidossa

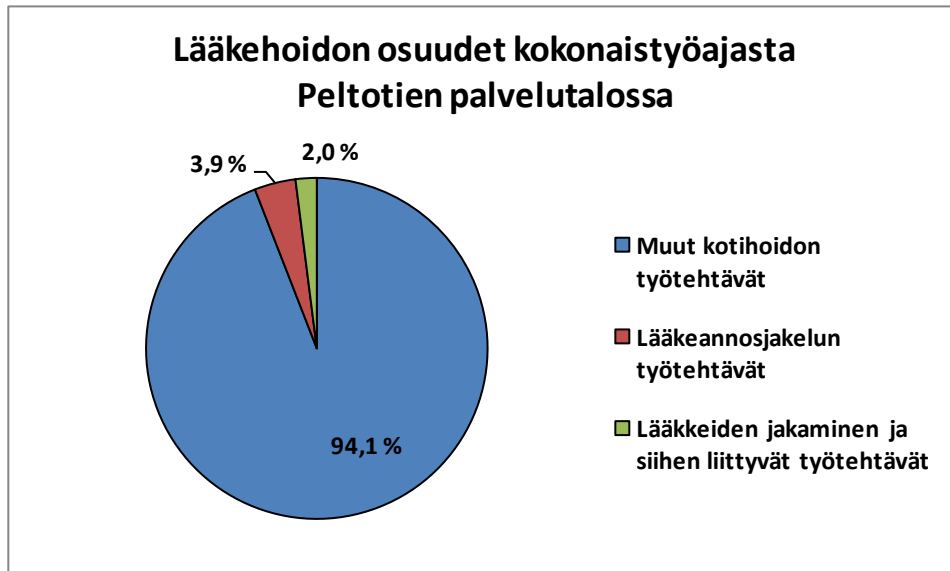
Kuviossa 16 on kuvattuna lääkehoidon käytäntöjen osuudet kokonaistyöajasta. Lääkehoidon osuus kokonaistyöajasta on hyvin vähäinen, vain 7,1 %.



KUVIO 16. Lääkehoidon osuudet kokonaistyöajasta Palomäen kotihoidossa

Lääkehoidon osuudet kokonaistyöajasta Peltotien palvelutalossa

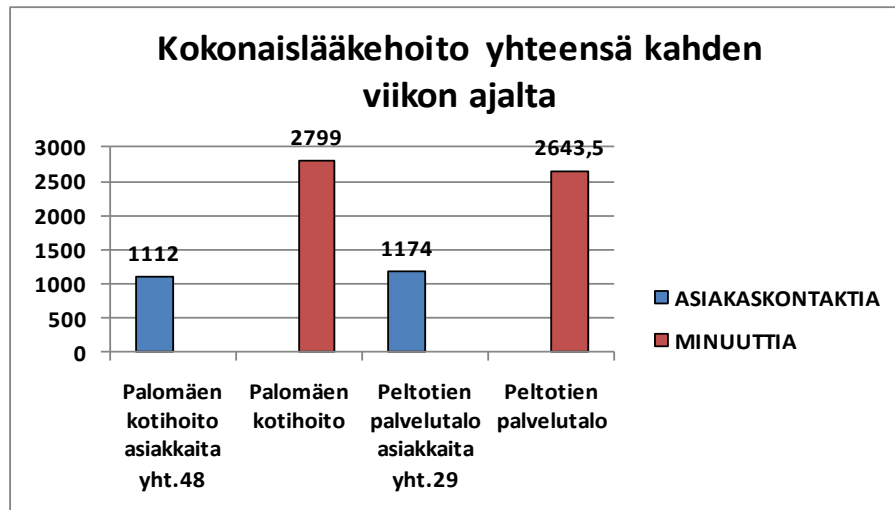
Kuviossa 17 on kuvattuna lääkehoidon käytäntöjen osuudet kokonaistyöajasta. Lääkehoidon osuus kokonaistyöajasta oli hyvin vähäinen, vain 5,9 %.



KUVIO 17. Lääkehoidon osuudet kokonaistyöajasta Peltotien palvelutalossa

Lääkehoitoon käytetyn kokonaistyöajanvertailua seurantayksiköissä

Kuviossa 18 on kuvattuna lääkehoitoon käytetyt kokonaistyöajat ja asiakaskontaktien määrät molempien yksiköiden osalta seurantajakson ajalta. Palomäen kotihoidossa lääkehoitoon käytettiin työaikaa yhteensä lähes 47 tuntia, joka oli reilut kaksi ja puoli tuntia enemmän kuin Peltotien palvelutalossa koko lääkehoitoon käytetty työaika. Vaikka Peltotien palvelutalossa oli käytetty hiukan vähemmän aikaa lääkehoitoon, oli asiakaskontakteja lääkehoidon yhteydessä ollut 62 enemmän kuin Palomäen kotihoidossa.

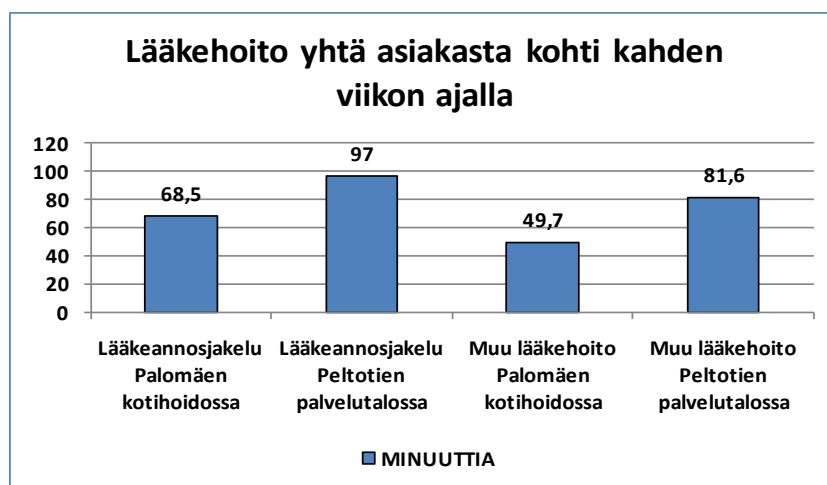


KUVIO 18. Kokonaislääkehoito Palomäen kotihoidossa ja Peltotien palvelutalossa

9.2.4 Lääkehoito yhtä asiakasta kohti

Lääkehoito yhtä asiakasta kohti minutteina kahden viikon seuranta-ajalta

Kuviossa 19 on kuvattuna lääkeannosjakelun ja muun lääkehoidon kuormittavuus molemmissa yksiköissä kahden viikon ajalta yhden asiakkaan osalta keskimääräisesti laskettuna. Peltotien palvelutalossa kuormitus oli lääkeannosjakelussa 28,5 minuuttia enemmän kuin Palomäen kotihoidossa. Palomäen kotihoidossa muu lääkehoito oli yhtä asiakasta kohti 31,9 minuuttia vähemmän kuin Peltotien palvelutalossa.



KUVIO 19. Lääkehoitokäytännöt yhtä asiakasta kohti seurantayksiköissä

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

10.1 Johtopäätöksiä henkilöstön kokemuksista

Jämsän kaupungin kotihoidossa toiminnassa oleva apteekin lääkeannosjakelu on luonut henkilöstölle erilaisia mielipiteitä. Hyödyiksi koettiin molemmissa yksiköissä ajansäästö niin apteekkiasiointien ja reseptien käsittelyn vähentymisen kuin lääkkeiden jakamisen vähenemisen kautta. Asiakkaan luona käytetty aika koettiin kuitenkin vähentyneen, ilmeisesti silloin, kun asiakas ei tarvitse muuta apua kuin lääkkeiden jakamisen. Uuden toimintamallin myötä myös epäpätevät kuten opiskelijat ja tukityöllistetyt pystyvät toteuttamaan lääkehoitoa valmiiksi jaetuista pusseista ja sitä kautta helpottavat koulutetun henkilöstön työtä. Lääkepoikkeamien määrä koettiin vähentyneen ja työn helpottuneen.

Lääkehoitoa toteuttavien hoitajien kokemuksista seurantayksiköissä voitiin tehdä päätelmiä siitä mitkä asiat kaipaivat vielä kohennusta lääkeannosjakelussa. Näitä huomioon otettavia asioita oli, että molemmissa yksiköissä koettiin lääkkeiden tunnistaminen haastavaksi annospusseista, sillä lääkkeiden koot, värit ja nimet muuttuvat annosjakelussa. Tähän haasteeseen ilmeni vastauksista kehittämissuhteena kotihoidon yksiköihin hankittava kuvasto lääkkeiden tunnistamista varten, jossa näkyisi lääkkeet ajantasaisessa muodossaan. Pharmac Oy:llä on olemassa ohjelma, jonka avulla voidaan nähdä kyseisenä ajankohtana toimitettavana oleva lääkevalmiste ja sen ulkonäkö. Lääkäreiden vastuuta haluttiin korostaa lääkitystietojen päivityksen muodossa, tämä mahdollistuisi tiedotuksen lisäämisellä lääkäreille.

Siirtymävaiheen hankaluuksien vuoksi Jämsän apteekki on jo muuttanut aloitusvaihetta ottamalla asiakkaiden lääkkeet jaettavaksi heti alkuvaiheessa apteekille ja vasta kaikkien lääkkeiden ollessa annospusseissa asiakas siirtyy annospusseihin. Näin voidaan välttyä kyselyn vastauksissa esiin tulleilta siirtymävaiheen sekavuustilanteilta.

Reseptien huolehtimisen toivottiin siirtyvän kokonaan apteekille. Vuoden 2011 alusta on jo aloitettu toteuttaa Effican LÄÄKEL -lehden mukaan tehtävää puhelinreseptikäytäntöä, jolloin reseptien uusiminen poistuu täysin. Sähköisen reseptien kirjoittamisen kautta tulevaisuudessa voitaisiin ehkä vieläkin helpottaa nykyistä käytäntöä. Yhteistyön ja tiedotuksen lisäämisen kannalta lääkevastaavien nimeäminen jokaiseen yksikköön, jossa lääkeannosjakelua toteutetaan, olisi selkein tapa. Henkilöstöllä on edelleen ajatuksissa toive palata takaisin entiseen kotihoidon jakamiin lääkkeisiin etenkin, jos asiakas ei itsenäisesti suoriudu lääkkeiden ottamisesta.

10.2 Johtopäätöksiä ajankäytönseurannasta

Ajankäytön seurantajaksosta saatiin paljon tuloksia. Päällimmäisenä tuloksista kuitenkin oli nykyinen lääkehoitoon käytetty työaika. Ennako-oletuksena oli lääkehoitoon käytetyn työajan vähentyminen molemmissa seurantayksiköissä. Ohtosen (2009, 9) tekemän selvityksen mukaan lääkehoitoon käytettiin ennen lääkeannosjakelun aloitusta Palomäen kotihoidossa 7,5 % kokonaistyöajasta, nyt tulokseksi saatiin 7,1 %. Annosjakelun myötä Palomäen kotihoidossa on voitu päättää muutamien asiakkaiden palvelut, kun he ovat pystyneet itse noutamaan lääkeannosrullat apteekista, eivätkä ole tarvinneet enää kotihoidon apua lainkaan. Peltotien palvelutalossa Ohtosen (2009, 9) selvityksen mukaan kului vuosi aiemmin 3,8 % kokonaistyöajasta lääkehoitoon, nyt tulokseksi saatiin 5,9 %.

Vertailtuna Ohtosen (2009) selvitykseen eri lääkehoidon työtehtävistä huomattiin konkreettisenä muutoksena lääkkeiden jakamisen vähentyneen noin 62 %:sta 38 %:iin Palomäen kotihoidon osalta ja Peltotien palvelutalossa noin 78 %:sta 24 %:iin lääkehoitoon käytetystä työajasta. Toinen huomattava asia oli apteekissa käynteihin tapahtunut muutos, joka oli Palomäen kotihoidossa kasvanut 2,1 % aiemmasta ja Petotien palvelutalossa vähentynyt 3,5 % aiemmasta. Palomäen kotihoidossa käytettiin reseptien käsittelyyn ja lääkelistojen ylläpitoon opinnäytetyön seurantajaksolla

2,6 % vähemmän aikaa kuin vuosi aiemmin. Peltotien palvelutalossa näissä lääkehoidon tehtävissä ei ollut tapahtunut ajankäytöllistä muutosta.

Merkittävää on kuitenkin tarkastella yhden asiakkaan keskimääräistä lääkehoidon ajankäytöllistä kuormittavuutta molempien käytäntöjen osalta. Palomäen kotihoitossa lääkehoito kuormittaa selkeästi vähemmän lääkehoitoa toteuttavaa henkilöstöä kuin Peltotien palvelutalossa, yli kolmanneksen vähemmän. Palomäen kotihoidon osalta lääkehoitoon käytetty työaika oli pienentynyt, mutta Peltotien palvelutalossa vastaavasti lisääntynyt.

Ohtosen (2009) selvityksessä ei mainittu henkilöstön kokonaistyöaikaa yksiköiden osalta, eikä lääkehoidon asiakkaiden määriä. Palvelutalossa lääkehoidon asiakkaiden määrä on melko vakio, koska asuntoja on tietty määrä. Palomäen kotihoidossa asiakasmäärää ei ole rajattu, koska se ei ole sidottu esimerkiksi mitoituksiin, jonka vuoksi määrä voi vaihdella. Aiemmassa tutkimuksessa ei myöskään ollut mainittuna lainkaan lääkkeiden antamiseen, muuhun lääkehoitoon sekä lääkehoidon kirjaamiseen käytettyä työaikaa. Nämä osa-alueet olivat kuitenkin merkittävät ajankäytölliset kuormittajat molemmissa seurantayksiköissä opinnäytetyön työajanseurannassa. Työtehtävät veivät kokonaislääkehoidosta lähes puolet molemmissa yksiköissä.

11 POHDINTA

11.1 Opinnäytetyön reliabelius ja validius

Opinnäytetyön mittaukset voidaan toistaa, mutta asiakkaat ja henkilöstö saattavat vaihtua ja samalla lääkkeiden määrä sekä lääkehoitoon käytetty työaika tämän kautta voi muuttua. (Soininen 1995, 19.) Tärkeintä tämän opinnäytetyön mittauksessa oli

selvittää lääkehoidon tukipalvelun vaikutus kokonaistyöaikaan, jonka mittauksen toistettavuuteen ei asiakkaiden ja henkilöstön vaihtuminen vaikuta. Edelleen voidaan saada tulokseksi mittausajankohdan mukainen lääkehoidon kuormitus. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Opinnäytetyön tekijöiden oma kokemuspohja kotihoitotyöstä toi lääkehoidon kokonaisuuden seurantaan kotihoidossa kokonaisvaltaista havainnointia, jonka pohjalta ajankäytönseurantalomakkeet voitiin laatia koko lääkehoitoon käytetyn työajan kattaviksi. Lomakkeet osoittautuivat päteviksi, joilla saatiin kuvattua selkeästi lääkehoitoon käytetyn työajan jakautumista eri työtehtävien kesken. Lääkkeiden jakamiseen ja siihen liittyviin työtehtäviin tehdyssä lomakkeessa huomattiin puuttuneen tarvittaessa otettavien lääkkeiden ja muiden lääkkeiden antamisen sarake, joka voi osaltaan vaikuttaa tuloksiin nostamalla esimerkiksi lääkkeiden jakamiseen käytettyä aikaa todellista suuremmaksi. Lääkeannosjakeluun liittyvien työtehtävien lomakkeeseen tulisi jatkossa eritellä lääkeannosrullien vieminen ja yksittäisten annospussien antaminen sekä vieminen, koska näin voitaisiin mitata myös asiakkaiden omatoimisuutta paremmin. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

Kyselylomakkeen vastaukset olivat monipuoliset ja kysymykset oli ymmärretty oikein vastausten perusteella. Vastauksina saatiin sekä positiivisia, että negatiivisia asioita ja kehittämistarpeita. Tästä päätellen kyselylomake oli pätevä. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

Johtopäätöksiä muodostaessa todettiin selvityksen tulosten vertaamisen Ohtosen toteuttamaan selvitykseen haastavaksi, sillä aiemmassa selvityksessä ei ollut huomioitu kaikkia lääkehoitoon kuuluvia työtehtäviä ja työntekijöiden kokonaistyöaika. Tämän vuoksi jää hieman epäselväksi onko koko henkilöstö täyttänyt työajanseuranan vuonna 2009. Näiden merkittävien työtehtävien ja vastaajien määrän luotettavuuden vuoksi lääkehoitoon käytetty työaika on saattanut olla huomattavasti suurempi kuin tulokseksi on saatu vuonna 2009.

11.2 Opinnäytetyön eettinen pohdinta

Opinnäytetyön suunnitelmassa nousi esiin tutkimuseettisiä kysymyksiä, jotka olivat:

1. Ovatko lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön ajankäytön seurantalomakkeen tiedot luotettavia? Millä luotettavuus varmistetaan?
2. Vastaavatko kaikki lääkehoitoa toteuttavat työntekijät seuranta-aikana lomakkeisiin?
3. Vaikuttaako opinnäytetyöntekijöiden rooli opiskelijoina ja entisinä työtovereina vastaamiseen?
4. Uskaltavatko vastaajat tuoda henkilökohtaiset mielipiteensä julki?

Seurantalomakkeilla olleet mittausarvot vaikuttivat luotettavilta, koska jokaisesta työvuorosta löytyi merkinnät ja selkeästi voitiin nähdä, että niiden täyttämiseen oli käytetty aikaa. Ajankäytön todenmukaisuutta ei voitu varmistaa, koska henkilöstö täytti lomakkeet itse työvuorojensa aikana. Asiakkaan luona käytetyn ajan seuraaminen oli vastaajille tuttua, koska kotihoidon laskutus perustuu asiakkaan luona käytettyyn työaikaan, joka tilastoidaan käyntien jälkeen. Ajankäytönseurannasta saatiin jokaiselta työvuorossa olleelta henkilöltä vastaukset, mutta kyselylomakkeisiin eivät kaikki vastanneet, eikä vastauksia karhuttu henkilöstöltä uudelleen. Opinnäytetyöntekijöiden rooli ei vaikuttanut vastaajien tulosten luotettavuuteen. Vastauksista näkyi vastaajien avoimuus ja halu vaikuttaa oman työn kehittämiseen.

11.3 Opinnäytetyön toteutuksen pohdintaa

Maamme väestö ikääntyy ja hoitohenkilöstö vastaavasti vähenee. Hoitotyön avuksi on kehitelty teknologisia ratkaisuja. Koneellinen lääkeannosjakelu on yksi tällainen ratkaisu, jota Jämsän kaupungin kotihoidolla on ollut mahdollisuus päästä hyödyntämään. Opinnäytetyöntekijöiden tietämys koneellisesta lääkeannosjakelusta lisää-

tyi opinnäytetyönprosessin rinnalla ja näkemys aiheesta muuttui. Alkuperäisenä ajatuksena oli hoitajien tietämyksen väheneminen ja työpanoksen siirtyminen muuhun kuin lääkehoitoon. Prosessin myötä pelkkä lääkkeiden jakamisen merkitys lääkehoidon tietämykseen mitätöityi.

Lääkehoito ei ole pelkkä manuaalinen lääkkeiden jakamisen toiminto vaan sisältää myös ohjausta, neuvontaa, havainnointia ja kirjaamista. Ymmärrys lääkehoidon seurannan tärkeydestä sairaanhoitajan työssä kotihoidossa kasvoi tiedon lisääntymisen myötä. Lääkehoitokoulutusten merkitys on yhtä tärkeää lääkeannosjakelun ja lääkkeiden jakamisen toteutuksessa. Kaikkien lääkehoidon toteutuksessa mukana olevien työntekijöiden tulee näyttää lääkehoidon osaamisensa voidakseen toteuttaa lääkehoitoa. Sairaanhoitajan tulisi ylläpitää tietämystään lääkehoidon vaikutuksista ja jakaa tätä tietoa muille lääkehoitoa toteuttaville henkilöille, asiakkaille sekä omaisille. Pelkällä lääkkeen ulkonäön tuntemisella ei vielä asiakasta hoideta, vaan on tärkeää tietää miten ja missä lääkeaine vaikuttaa sekä millaisia haittavaikutuksia voi esiintyä.

Tiedonkeruu opinnäytetyötä varten oli haasteellista. Lääkehoidosta löytyi paljon tutkittua tietoa, mutta lääkeannosjakelun vaikutuksista hoitohenkilöstön työaikaan ei juurikaan. Kotihoidon käytänteissä on eroja valtakunnallisesti ja tämän vuoksi opinnäytetyössä korostui Jämsän kaupungin kotihoidon käytännöt. Kotihoito on edelleen väliaikaisten lakimuutosten kautta kokeiluna, nykyinen malli on toimiva ja sen toivotaan jatkuvan ja vakinaistuvan.

Kysely- ja seurantalomakkeiden laadinnassa tuli huomioida, että ne ovat vastaajien näkökulmasta helppoja vastata ja täyttää. Molemmat opinnäytetyön tekijät olivat itsekin työskennelleet Jämsän kaupungin kotihoidon yksiköissä, joka helpotti lomakkeiden laadintaa. (Vilkkä 2005, 87–88.) Kyselyn vastausprosentti jäi melko matalaksi, joka olikin tiedossa oleva riski, mutta vastaukset olivat kuitenkin laadukkaita ja niistä voitiin tehdä johtopäätöksiä. Tiedon ja yhteistyön lisäämisellä voidaan edelleen kehittää kotihoidon ja apteekin välistä lääkehoidon tukipalvelun toimintaa. Henkilöstöl-

lä oli vielä halua siirtyä takaisin ennen lääkeannosjakelua olleeseen entiseen toimintamalliin. Lääkehoidon koulutuksissa tulisi antaa tietoa hoitohenkilöstön velvoitteista lääkehoidon toteutuksessa ohjauksen, neuvonnan ja seurannan tärkeydestä. On kuitenkin huomioitava, että lääkehoidon osuus Jämsän kaupungin kotihoidossa muusta kotihoidon toiminnasta on hyvin pieni. Palomäen kotihoidossa se oli 7,1 % ja Peltotien palvelutalossa 5,9 %.

Ajankäytönseuranta oli toteutukseltaan helppoa, koska henkilöstö täytti itse lomakkeet seurantajaksolla. Lomakkeiden analysointi teetti vastaavasti töitä. Ennako-oletuksena oli ajankäytön vähentyminen, mutta tähän tulokseen ei päästy palvelutalon osalta. Palvelutalossa merkittävää on, että asiakkaat ovat toimintakyvyltään enemmän apua tarvitsevia kuin kotihoidon yksikön asiakkaat, koska eivät enää pärjää omissa asunnoissaan. Tällöin he usein tarvitsevatkin lääkkeiden antamisessa jo apua useita kertoja päivässä, mikä selittää lääkehoitoon käytetyn ajan suuruuden palvelutalossa. Lääkkeenjako asiakkaiksi on suurimmaksi osaksi jäänyt ne joilla ei täyty kriteerit Kelan maksamaan annosjakelukorvaukseen, tuolloin lääkkeitä on usein vähemmän kuin kuusi kappaletta.

Opinnäytetyön työajanseurannan tuloksia analysoidessa huomattiin, ettei ajankäyttölinen muutos entiseen lääkehoidon toteutuksen malliin ollut juurikaan muuttunut. Ohtosen (2009) selvityksessä huomattujen merkittävien puutteiden vuoksi voitiin kuitenkin päätellä lääkeannosjakelun myötä lääkehoitoon käytetyn työajan vähentyneen enemmän kuin tuloksista nähtiin. Puuttuvat työtehtävät olivat merkittäviä kuormittajia lääkehoidon toteutuksen kannalta. Lääkehoitoon käytetty aika olisi epäilemättä nykyisellä uudella toimintamallilla puolittunut verrattuna entiseen malliin, jos nämä työtehtävät olisivat olleet aiemmassakin selvityksessä mukana.

Hoitajien lääkkeiden käsittelyn vähenemisen myötä altistuminen lääkeainepölylle vähenee ja tästä johtuvat hengitykseen ja ihoaltistukseen liittyvät reaktiot minimoituvat. Ajankäytöllisen hyödyn lisäksi lääkkeiden antaminen asiakkaille helpottuu,

koska lääkkeet voidaan antaa suoraan annospusseista tai asiakkaalle voidaan jättää yksittäisiä annospusseja lääkkeiden purkittamisen sijaan. Lääkeannosjakelun myötä osa kotihoidon asiakkaista pystyy omatoimisesti hoitamaan lääkehoitonsa hakemalla itse apteekista valmiiksi annostellut lääkeannosrullat. Näin kotihoidon asiakaskäynnit asiakkaiden omatoimisuuden lisääntymisen myötä ovat vähentyneet ja jopa päättyneet.

Lääkepoikkeamien määrää ei opinnäytetyössä tutkittu, mutta jatkotutkimuksena olisi hyödyllistä tarkastella onko lääkehoito ollut nyt turvallisempaa kuin aiemmin. Hyötynä ei tulisi laskea vain aikaa ja rahaa vaan tulisi ottaa huomioon myös asiakkaat, heidän vointinsa ja toimintakykynsä. Asiakkaiden kokemuksia lääkehoidon tukipalvelusta olisi myös tärkeää tutkia jatkossa.

LÄHTEET

A 30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 2.1.2011. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Alanko, M. 2011. Yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma Jämsän kaupungin kotihoidossa. Toimintaohje.

Apteekkariliitto Oy. 9/2006. Lääkkeet annospusseissa apteekista. Viitattu 20.11.2010. [Http://www.apteekkariliitto.fi](http://www.apteekkariliitto.fi), asiakkaille, annosjakelupalvelu, apteekkien annosjakelupalvelu –esite.

Asikainen, P. 14.1.2011. Ohje Effican lääkelehden käyttämisestä lääkemääräyksenä koneellisen annosjakelun piirissä oleville potilaille. Sähköpostiviesti 18.1.2011. Vastanottaja L. Rutanen. Ohjeita Jämsän kaupungin kotihoidon yksiköille.

Björkholm, K. 2010. Anja-lääkejakelu työntekijöiden kokemana Vaasassa, tarkastelun kohteena toimivuus, turvallisuus ja moniammatillinen yhteistyö. 26, 60, 64–65. Viitattu 18.2.2011. [Https://publications.theseus.fi/handle/10024/20504](https://publications.theseus.fi/handle/10024/20504)

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Lupaava kotihoito. Juva: WS Bookwell Oy, 236–239.

Erkkilä, S. & Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry. 2010. Usein joutuu miettimään mikä on heitteillejättöä, mikä ei. Selvitys laitospaikkojen vähentämisen vaikutuksista kotihoitoon. 24. Viitattu 20.3.2011. [Http://www.superliitto.fi](http://www.superliitto.fi). tutkittua tietoa, selvitykset, selvitys laitospaikkojen vähentämisen vaikutuksista kotihoitoon, 2011.

Hartikainen, S. & Seppälä, M. 2007. Vanhuksen lääkityksen tarve on arvioitava kerran vuodessa. Toim. Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R. & Idänpää-Heikkilä, J. E. Suomen lääkärilehti vsk 62, 51–52, 4762, 4767.

Hartikainen, S., Saarelma, O., Lönnroos, E. & Seppälä, M. 2006. Miten arvioin iäkkään lääkitystä. Toim. Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R. & Idänpää-Heikkilä, J. E. Suomen lääkärilehti vsk 61, 42, 4353.

HE 304/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain ja kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulosäännösten muuttamisesta. Viitattu 7.2.2011. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), Hallituksen esitykset, 2010, HE 304/2010.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. 199, 226–227, 311, 320.

Hirvelä, I. & Pasanen, R. 2010a. Lääkehoitosuunnitelma Jämsän kaupungin kotihoitossa, prosessikuvaus. 7.9.2010. Jämsä.

Hirvelä, I. & Pasanen, R. 2010b. Jämsän kaupungin kotihoidon lääkkeiden käsittelyn kuormittavuus Jämsän apteekissa. Jämsä. Julkaisematon lähde. 3, 26, 28.

Jämsän apteekki. 2010. Jämsän apteekin lääkehoidon tukipalvelun asiakassopimus.

Jämsän apteekki. 2009a. Jämsän apteekin lääkehoidon tukipalvelu. 2–3, 5–7, 11.

Jämsän apteekki. 2009b. Jämsän apteekin lääkehoidon tukipalvelu. Askel turvallisempaan lääkehoitoon. Esite.

Jämsän kaupunki, talouspalvelukeskus. 2009. Jämsän kaupunki, Taloussuunnitelma vuosille 2010 – 2012. Viitattu 19.2.2011. <http://www.jamsa.fi>, Hallinto, Talouspalvelut, Talousarvio vuodelle 2010, 44–45.

Kansaneläkelaitos. 27.2.2009. Annosjakelupalkkion korvaaminen. Viitattu 7.2.2011. <http://www.kela.fi>, yhteistyökumppanit, lääkärit ja terveydenhuolto, lääkkeet ja lääkekorvaukset, lääkekorvaustiedotteet, 2009, annosjakelu.

Kivelä, S-L. & Rähä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Turku: Edita Prima Oy. 97–98.

Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Tammi. 11–13, 96, 103.

L 10.12.2010/1112. Laki läkelain muuttamisesta, 12 a §. Säädös valtioneuvoston säädöstietopankki Finlexin sivustolta. Viitattu 14.3.2011. <http://www.finlex.fi>, Lainsäädäntö, Säädökset alkuperäisinä, 2010, 1112/2010.

L 21.12.2004/1224. Sairasvakuutuslaki, 5 luku, 10§. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 15.12.2011. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 15.2.2011. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 22.4.1999/523. Henkilötietolaki. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 15.2.2011. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 10.4.1987/395. Lääkelaki 12 a § (10.12.2010/1112) Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 14.3.2011. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki, 1§, 6§, 22§. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 15.1.2011. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 15.2.2011. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 15.2.2011. [Http://finlex.fi](http://finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Lahnajärvi, L. & Saarelma, O. 2006. Reseptin uusiminen - hanttihomma vai suunnitelmallista hoitoa? Toim. Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R. & Idänpää-Heikkilä, J. E. Suomen lääkärilehti vsk 61, 37, 3727.

Laine, K. 2005. Lääkkeiden yhteisvaikutukset. Helsinki: Tammi. 10.

Liehu, T. 1/2008. Jämsän seudun vanhustenhuollon selvitystyö. 5–6, 11–12, 19.

Mäkinen, L. 2010. Apteekin lääkehoidon tukipalvelun ja kotihoidon välisen yhteistyön käytäntöjä ja kokemuksia Palomäen kotihoitoyksikössä. Sähköpostiviesti 5.9.2010. Vastaanottaja R. Pasanen.

Näkki, T. 2007. Lääkelogistisen palvelumallin tuoma muutos hoitohenkilökunnan työajankäytössä Itä-Helsingin palvelutaloissa. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, Sosiaali- ja terveysala, terveyden edistämisen koulutusohjelma. 20, 22, 41. Viitattu 22.2.2011. [Http://urn.fi/URN:NBN:fi:stadia-1177348200-8](http://urn.fi/URN:NBN:fi:stadia-1177348200-8)

Ohtonen, J. 2009. Jämsän lääkelogistiikkakokeilun mallinnus ja alkumittaus. Jämsän lääkelogistiikkakokeilu 2010. 1, 8–9, 11.

Palttala, I. 2010/12. Tablettien soveltuvuus koneelliseen annosjakeluun. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto, farmasian tiedekunta, farmasian teknologian osasto. 68. Viitattu 7.2.2011. [Http://hdl.handle.net/10138/24846](http://hdl.handle.net/10138/24846)

Raunio, H. & Pelkonen, O. 19.1.2009. Lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset. Viitattu 15.2.2011. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), tietoa potilaalle, terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy, sairauksien esiintyminen ja ehkäisy, lääkkeiden haitalliset vaikutukset ja yhteisvaikutukset, lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset.

Rutanen, L. 3.12.2009. Tiedote. Lääkkeiden annosjakelukokeilu. Jämsän kaupunki.

Rutanen, L. 30.3.2010. Jämsä. Vanhusten palveluopas 2010. Viitattu 30.9.2010. [Http://www.jamsa.fi](http://www.jamsa.fi), Palvelut, Sosiaali- ja terveys, Vanhusten palvelut, Vanhusten palveluopas, 9, 13, 19, 27.

Saarelma, O., Paakkari, P. & Helin-Salmivaara, A. 2006. SFINX-interaktiotietokanta varoittaa, vaan ei kaikesta. Toim. Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R. & Idänpää-Heikkilä, J. E. Suomen lääkirilehti vsk 61, 21–22, 2364–2365.

Saikkonen, E-L. 2003:29. Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Helsinki: Tutkimusosasto, 6–9, 13, 16. Viitattu 4.2.2011. <http://www.kela.fi>, tietoa kelasta, tutkimus, terveys ja lääkkeet, lääkkeet, artikkelit ja julkaisut, koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin.

Sairaanhoitajaliitto. 28.9.1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 11.2.2011. [Http://www.sairaanhoitajaliitto.fi](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi), Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen/ sairaanhoitajan työ/ sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

Simonen, S. 11.12.2008. Koneellinen annosjakelu esimerkkinä organisaatioiden välisestä tiedonsiirrosta terveydenhuoltosektorilla. Turun kauppakorkeakoulu. Lääkitystiedon hallinta- hanke, loppuseminaari. 12–14. Viitattu 17.5.2010.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Painosalama Oy. 19, 67, 80.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. 2009:3. Helsinki: Yliopistopaino, 17. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), sosiaali- ja terveystalvet, terveystalvet, potilasturvallisuus, suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosiksi 2009–2013: edistämme potilasturvallisuutta yhdessä (STM:n julkaisu 2009:3), koko julkaisu.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksut. Helsinki. 14. Viitattu 6.10.2010. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), Julkaisut, Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksut.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 8.6.2007. Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet. Kuntainfo 6/2007. Viitattu 7.2.2011. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), Sosiaali- ja terveystalvet, Ikäihmiset, Kuntainfot, Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet (8.6.2007).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2005:32. Helsinki: Yliopistopaino. 3, 36–37, 50.

Sova, P., Lehto, S., Alanko, M., Lahtinen, J. & Kulju, A. 8.4.2010. Lääkehoitosuunnitelma Jämsän Sosiaali- ja terveystoimessa. Jämsän kaupunki. 2–3, 8–11, 41, 44.

Suomi, R. & Raitoharju, R. (Toim.) 2008. Lääkitys kohdalleen, Tietojen hallintaan avain oikeaan lääkitykseen. Turku: Painosalama Oy. 93.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2010a. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Viitattu 5.10.2010. [Http://uusi.sotkanet.fi](http://uusi.sotkanet.fi), Sosiaali-, terveys- ja väestötiedot.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2010b. RAI–vertailukehittäminen. RAI-järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidontarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seuranta-järjestelmä. Viitattu 4.9.2010. [Http://stakes.fi](http://stakes.fi), kehittäminen, aihepiirit, ikään-tyneet, RAI-vertailukehittäminen, mikä on RAI-järjestelmä?

Tilastokeskus. 30.9.2009. Väestökäryhmittäin koko maa 1900-2060. Viitattu 6.10.2010. [Http://www.stat.fi](http://www.stat.fi), Tilastot, Väestö, Väestöennuste, Taulukot, 2009.

Viikilä, J. 2009. Työtekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia koneellisesta lääkkeidenannosjakelusta, Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa. Opinnäytetyö. 33–34, 40, 42. Viitattu 15.2.2011. [Https://publications.theseus.fi/handle/10024/4697](https://publications.theseus.fi/handle/10024/4697)

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi. 21–22, 73, 77–78, 87–89.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U. H. (Toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu, Opas laatuun, Stakes Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy. 91, 94, 100–101, 103.

LIITTEET

Liite 1 Lääkehoidon tukipalvelun asiakassopimus

Jämsän apteekin lääkehoidon tukipalvelun asiakassopimus

Allekirjoittamalla tämän lomakkeen siirryn Jämsän apteekin lääkehoidon tukipalveluasiakkaaksi ja saan säännöllisesti otettavat, koneelliseen annosjakeluun soveltuvat lääkkeeni apteekista kerta-annospusseihin pakattuna.

- Apteekki toimittaa asiakkaan säännöllisesti käyttämät lääkkeet kerta-annospusseissa **kahden viikon erissä**.
- Apteekki ylläpitää **rekisteriä asiakkaan kokonaislääkityksestä**. Asiakas saa lääkkeiden mukana **lääkityskortin**, jossa on ajan tasalla olevat tiedot hänen lääkityksestään.
- Koneellisessa annosjakelussa Jämsän apteekki tilaa lääkkeet annospusseihin pakattuna sopimusvalmistajana toimivalta Ruoholahden apteekilta. Asiakkaan henkilö- ja lääkitystiedot voidaan luovuttaa sopimusvalmistusapteekille, jota sitoo normaali apteekkitoiminnan vaitiolovelvollisuus.
- Apteekki laskuttaa asiakkaalta sv-omavastuuosuuden koneellisesti jaelluista lääkkeistä. Kela korvaa koneellisesti jaellut lääkkeet kuten muutkin reseptilääkkeet. Asiakkaan laskutus tehdään toimitusjakson viimeisen toimituksen jälkeen. Apteekki laskuttaa asiakkaalta lisäksi tukipalvelusta perittävän palvelumaksun. Lääkehoidon tukipalvelun hinta on 8,26 € / viikko sopimuksen tekohetkellä. Mahdollisista hinnanmuutoksista ilmoitetaan asiakkaalle aina 1 kuukausi ennen seuraavaa alkavaa kolmen kuukauden ostokertajaksoa. Suoraveloituksesta tehdään apteekin kanssa erillinen sopimus.
- Apteekki vähentää palvelumaksusta Kansaneläkelaitoksen maksaman korvauksen (1,26 € / viikko sopimuksen tekohetkellä), jos sairausvakuutuslaissa määrätyt edellytykset palkkion korvaamiselle täyttyvät.

Asiakas voi lopettaa lääkehoidon tukipalvelun käytön niin halutessaan ilmoittamalla lopetuksesta 2 viikkoa ennakkoon. Apteekki voi lopettaa palvelun ilmoittamalla asiakkaalle 1 kuukausi ennen palvelun päättymistä

TUKIPALVELUSOPIMUS

Asiakkaan nimi	
Henkilötunnus	Erityiskorvausnumerot ja voimassaoloajat
Yhteyshenkilö	Puh.
Laskutusosoite	
Hoitoyksikkö	Puh.

Apteekki saa rekisteröidä ja säilyttää lääkitys- ja lääkekorvaustietoni lääkehoidon tukipalvelun toteuttamiseen tarvittavassa laajuudessa sekä luovuttaa ne sopimusvalmistusapteekin annosjakeluyksikölle, hoitavalle lääkärille ja lääkitysasioitani hoitavalle yhteyshenkilölle. Tietoja ei käytetä muuhun tarkoitukseen kuin annosjakelutoimintaan.

Paikka _____ pvm _____

Asiakkaan tai hänen edustajansa allekirjoitus

Apteekin edustajan allekirjoitus

Liite 2 Tutkimuslupa



TUTKIMUSLUPA

1 (1)

2.11.2010

Hakijat:

Riitta Pasanen, riitta.pasanen.sho@jamk.fi

Ida Hirvelä, ida.hirvela.sho@jamk.fi

TUTKIMUSLUPA

Tutkimus Opinnäytetyö Koneellisesta lääkeannosjakelu –kokeilusta Jämsän kaupungin kotihoidossa

Päätös SoTe-johtoryhmä on myöntänyt tutkimusluvan 26.10.2010.

Tutkimusyhteistyö ja tutkijan velvollisuudet

SoTe-johtoryhmä on tutustunut tutkimussuunnitelmaan ja katsonut tutkimuksen täyttävän tutkimuslain (488/1999 ja 295/2004) 17§ edellytykset ja olevan eettisesti hyväksyttävä. Ennen tutkimuksen käynnistymistä hakijan tulee sopia käytännön järjestelyistä sosiaali- ja terveystoimen yhdys henkilön (va. koulutus- ja laatupäällikkö, Riitta Hjelt) kanssa. Tutkimuksen päätyttyä hakijan tulee toimittaa Jämsän kaupungin Sosiaali- ja terveystoimelle yksi kappale valmistuneesta Opinnäyte- työstä. Hakijan tulee myös tiedottaa tutkimustuloksista suullisesti tutkimukseen osallistuneille sitä varten järjestetyssä koulutustilaisuudessa. Tästä sovitaan tarkemmin yhdys henkilön kanssa. Tavoitteena on että tulokset kehittävät myös Sosiaali- ja terveystoimessa tapahtuvaa hoitotyötä.

Mikäli tutkimuksesta aiotaan kirjoittaa julkaisuja, ne tulee tehdä yhteistyössä Jämsän kaupungin Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön kanssa. Raportoitavista asioista tulee myös sopia yhdessä.

Tuula Liehu
Sosiaali- ja terveysjohtaja

Yhdys henkilö: Riitta Hjelt, Va. koulutus- ja laatupäällikkö
Sairaalan tie 11
42100 Jämsä
p. 020 638 3297 tai 040 756 0744
Sähköposti: riitta.hjelt@jamsa.fi

Liite 3 Kyselylomake Jämsän kaupungin kotihoidon henkilöstölle

Kysymyksiä nykyhetken lääkehoidon ja lääkehoidon tukipalvelun kokemuksista Jämsän kaupungin kotihoidon lääkehoitoa toteuttavalle henkilöstölle

Vastaa kysymyksiin oman kokemuksesi pohjalta ja kuvaamalla tämän hetken tilannetta.

1. Millaisia hyötyjä lääkehoidon tukipalvelu on työhösi tuonut?

2. Oletko kokenut lääkehoidon tukipalvelun toimivuudessa tällä hetkellä jotain ongelmalliseksi?

En ____
Kyllä ____, mitä?

3. Mitä muuttaisit nykyisessä lääkehoito käytännössä?

4. Toiminnan kehittämis ehdotuksia:

Kiitos vastauksista!

Liite 6 Saatekirje Jämsän kaupungin kotihoidon yksiköille

Hei!

Saatekirje 14.10.2010

Opiskelemme Jyväskylän ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Nyt olemme toteuttamassa opinnäytetyötä Jämsän apteekin tarjoaman lääkehoidon tukipalvelun eli koneellisen lääkeannosjakelu -kokeilun toimivuudesta Jämsän kaupungin kotihoidon yksiköissä. Näitä yksiköitä ovat lääkehoidon tukipalvelu -kokeilun alusta alkaen mukana olleet yksiköt eli Palomäen kotihoitoyksikkö sekä Peltotien palvelutalo. Opinnäytetyö tehdään Jämsän kaupungin vanhusten palveluille ja ohjaajana työelämän puolelta toimii Leila Rutanen.

Selvitämme opinnäytetyössämme miten lääkehoidon tukipalvelu on vaikuttanut kotihoidon lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön työajankäyttöön. Samalla haluamme kuulla teidän omia kokemuksianne ja mielipiteitänne lääkehoidon tukipalvelusta ja sen toimivuudesta. Tärkeää on kuulla myös teidän kehittämisehdotuksianne lääkehoidon toteuttamisesta.

Tarkoituksena on, että jokainen lääkehoitoa toteuttava työntekijä täyttää viikoilla 44 ja 45 kaikista työvuoroistaan ajankäytön seurantaan, niin lääkeannosjakeluun käytetystä työajastaan kuin muustakin lääkehoitoon käytetystä työajastaan. Toivomme, että myös sijaiset ja varahenkilöstö täyttää lomakkeet, jos ovat työvuorossa kyseisenä aikana. Näin voimme kerätä kokonaiskuvan kahden viikon ajankäytöstä lääkehoidon osalta kyseisissä yksiköissä. Ohjeet lomakkeiden täyttämiseen ovat liitteenä.

Ajankäytön seurantalomakkeiden lisäksi toivomme teidän vastaavan avoimiin kysymyksiin seurantajakson päätteeksi. Avoimilla kysymyksillä haluamme kerätä kokemuksianne lääkehoidon tukipalvelusta ja sen kehittämistarpeista tämän hetkisestä tilanteesta katsoen. Henkilötietoja emme lomakkeilla kerää, vaan tarkoitus on saada luotettavaa tietoa lääkehoidon ajankäytöstä ja kokemuksista. Ajankäytön seuranta alkaa 1.11.2010 ja päättyy 14.11.2010. Toivomme, että ajankäytönseurantalomakkeet ja kysely ovat täytettyinä 15.11.2010 klo 14:00 mennessä, jolloin noudamme lomakkeet. Arvioitu opinnäytetyön valmistumisaika on huhtikuussa 2010.

Yhteystiedot:

Ida Hirvelä ida.hirvela.sho@jamk.fi, p. 0400 815 829

Riitta Pasanen riitta.pasanen.sho@jamk.fi, p. 040 755 6575

Kiitos vaivannäöstä!

Liite 7 Ohjeet ajankäytön seurantalomakkeiden täyttämiseen

Ohje ajankäytön seurantalomakkeen täyttämiseen!

Tarkoituksena täyttää kahta lomaketta joissa eritellään annosjakeluun liittyvien työtehtävien aika sekä muuhun lääkehoitoon liittyvien työtehtävien aika (ns. entinen lääkehoito). Molemmissa lomakkeissa seurataan yhden työvuoron aikana eri työtehtävien osalta kokonaisaika ja kokonaisasiaksmäärää. Toisin sanoen yhtä työtehtävää kohti käytetty aika kokonaisuudessaan päivän aikana ja näiden työtehtävien taustalla olevien asiakkaiden kokonaismäärä päivän aikana kootaan lomakkeen sarakkeisiin. Lisää päivämäärä lomakkeen päivän kohdalle.

Ajankäytön seurantalomake lääkehoidon tukipalvelun asiakkaiden lääkehoitoon käytettävistä työtehtävistä!



Reseptien käsittely: Lääkeannosjakelu asiakkaan reseptien käsittelyyn käytetty aika, esimerkiksi kotiutumisen yhteydessä, uusien lääkkeiden reseptit ym.

Apteekissa käynti: Lääkeannosjakeluun liittyvät apteekkikäynnit, sisältää myös rullien korjaukseen viemisen.

Lääkepussien vienti asiakkaalle, yksittäisten lääkepussien antaminen/purkaminen: Rullien tai yksittäisten pussien vienti asiakkaalle, ei matkoja, käyntiaika, yksittäisten pussien purkamiseen tai antamiseen käytetty aika.

Annospussien tarkistus, korjaukset, muutokset: Annospusseihin tehtyihin muutoksiin ja tarkistuksiin käytetty aika, kotona tehdyt lisäykset, (myös päivittäinen tarkistus).

Lääkelistan ajan tasalla pitäminen: Kotihoidon käyttämä aika lääkitystietojen selvitykseen, ei viestintä aikaa tähän.

Konsultointi lääkehoitoon liittyvissä asioissa: Lääkärin tai muun yhteistyötahon konsultointiin käytetty aika lääkehoidon osalta (esim. mtk, a-klinikka ym.)

Läkehoidon kirjaaminen Efficiaan/Tiedon etsintä: Läkehoidon kirjaamiseen käytettävä aika, lääkitystietojen etsintä, mm. Pharmaca Fennica.

Hoitajan-apteekin välinen viestintä: Lääkemuutosten ym. tietojen viestitys apteekille.

Asiakkaan ohjaus ja neuvonta lääkehoidossa: Kaikki lääkehoidon ohjaukseen käytetty aika, esim. lääkeannospussien käytön opastaminen, uuden lääkkeen käytön ohjaus.

Ajankäytön seurantalomake kotihoidon tavalliseen lääkehoitoon käytettävistä työtehtävistä!



Reseptien käsittely: Reseptien uusimiset, hakeminen ja niiden toimittaminen apteekkiin ym. käsittely.

Apteekissa käynti: Apteekkiasiointeihin käytetty aika.

Lääkkeiden jakaminen: Lääkkeiden jakamiseen käytetty aika.

Lääkkeiden kipotus: Lääkkeiden kipottamiseen ja antamiseen käytetty aika.

Lääkemuutokset dosettiin: Lääkemuutosten tekemiseen käytetty aika.

Lääkelistan ajantasalla pito: Effican-lääkelehden päivittäminen tai lääkärin informointi muutoksista.

Konsultointi lääkehoitoon liittyvissä asioissa: Lääkärin tai muun tahon konsultointiin käytetty aika asiakkaan lääkityksestä.

Lääkehoidon kirjaaminen Effican/Tiedon etsintä: Lääkehoitoon liittyvä kirjaaminen sekä lääkitystietojen etsintään käytetty aika esim. Pharmaca Fennica.

Asiakkaan ohjaus- ja neuvonta lääkehoidossa: Lääkehoidon ohjaukseen käytetty aika.

MUISTA KIRJATA MONENKO ASIAKKAAN ASIOITA OLET HOITANUT KYSEISEN AJAN AIKANA!