

SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSET LÄÄKKEIDEN
KONEELLISEN ANNOSJAKELUN TUOMISTA MUUTOKSISTA
VANTAAN KOTIHOIDOSSA

Sonja Asunto ja Laura-Leena Kupari
Opinnäytetyö, Syksy 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Asunto, Sonja & Kupari, Laura-Leena. Sairaanhoidajien kokemukset lääkkeiden koneellisen annosjakelun tuomista muutoksista Vantaan kotihoidossa. Helsinki, syksy 2012, 87 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto/Terveystenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK)/ terveydenhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvailla koneellisen annosjakelun tuomia muutoksia sairaanhoitajien kokemana.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena kyselytutkimuksena. Kyselylomakkeen kysymykset olivat puolistrukturoituja. Kyselylomakevastauksia saatiin yhteensä 10. Aineiston analysoinnissa käytettiin sisällön analyysiä.

Työmäärän koettiin sekä hieman lisääntyneen että vähentyneen annosjakeluun siirtymisen myötä. Koneelliseen annosjakeluun siirtyminen ei ole vaikuttanut mitenkään kokonaistyöaikaan, toisaalta asiakkaalla vietetty aika on lyhentynyt. Lääkekustannukset ovat lisääntyneet. Lääketuntemuksen koettiin hieman huonontuneen ja rinnakkaisvalmisteiden katsottiin heikentävän lääketuntemusta. Annosjakelupalvelun käyttö ei ole ennaltaehkäissyt lääkkeiden väärinkäyttöä mutta virheellinen lääkkeidenkäyttö on vähentynyt hieman. Kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä moniammatilliseen yhteistyöhön.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että työ on helpottunut lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun siirtymisen myötä. Annosjakelupalvelu on nopeuttanut työn tekemistä ja lyhentänyt asiakkaalla vietettyä aikaa. Lääkehävikki on vähentynyt mutta asiakkaiden kustannukset ovat lisääntyneet annosjakelupalkkion myötä. Hyvä tiedonkulku vähentää lääkejakovirheitä. Lääkemuutokset ovat merkittävin työmäärä lisäävä, aikaa vievä ja lääkehoitoprosessia heikentävä tekijä.

Asiasanat: kotihoito, vanhusten hoito, lääkehoito, koneellinen lääkkeiden annosjakelu, sairaanhoitaja, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Asunto, Sonja and Kupari, Laura-Leena.

Homecare nurses' experiences of the Machine Assisted Medicine Administration in the City of Vantaa.

87 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing / Option in Public Health Care. Degree: Nurse / Public Health Nurse.

The purpose of this study was to describe nurses' experiences of transfer to machine assisted medicine administration.

The study was qualitative and the results of the thesis were obtained from questionnaires collected from 10 nurses in home care in the city of Vantaa. The responses were analyzed by content analysis.

Results showed that the workload of nurses has both slightly increased and decreased. Transfer to Machine Assisted Medicine Administration has not had any effect on the working hours. The time spent at the customer's premises has been reduced and the cost of medicines has increased. Nurses' knowledge of the medicines was mildly degraded and generic medicines undermine the knowledge of medicines. Machine Assisted Medicine Administration does not prevent drug abuse. Improper medication use has slightly decreased. All of the respondents were satisfied with the multi-professional collaboration.

Nurses' workload has decreased after the transfer to Machine Assisted Medicine Administration. Mechanical dosage of medicines has expedited the working and reduced the time spent at the client. Medical refuse has reduced but the customers' costs have increased. Sufficient flow of information reduces flaws on Machine Assisted Medicine Administration. The changes on medication are the most significant matters that increase the workload and time-consuming process, as well as impair the process of medication.

Keywords: home care, care of the elderly, medical treatment, mechanical dosage of medicines, nurse, qualitative study

SISÄLTÖ

1	LÄÄKKEIDEN KONEELLISEN ANNOSJAKELUN LÄHTÖKOHDAT	6
2	KOTIHOITO	7
2.1	Kotihoidon tavoitteet	8
2.2	Kotihoidon tukipalvelut	9
2.3	Kodin ja kotihoidon merkitys	10
2.4	Laadukas kotihoito	13
3	SAIRAANHOITO	15
3.1	Laadukas sairaanhoito	15
3.2	Sairaanhoitajan eettiset ohjeet	17
3.3	Kotisairaanhoito	18
3.4	Työtä ohjaavat lait kotihoidossa	19
3.5	Suosituksset	21
4	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ	23
5	OMAISET	26
6	LÄÄKEHOITO	29
6.1	Lääkehoidon toteutus kotihoidossa	29
6.2	Hyvä lääkehoito	30
6.3	Turvallinen lääkehoito	30
6.4	Vanhusten lääkehoito	31
6.5	Haasteet vanhusten lääkehoidon toteutuksessa	32
6.6	Keinoja turvallisen lääkehoidon edistämiseen vanhuksilla	36
6.7	Läkehoidon toteuttamista koskeva säädäntö kotihoidossa	38
7	ANNOSJAKELU	39
7.1	Annosjakelun tuomat säästöt ja korvattavuus	40
7.2	Annosjakelupalkkion korvattavuus	42
7.3	Annosjakelu Vantaan kaupungilla	42
8	AIHEESEEN LIITTYVÄT TUTKIMUKSET	44
8.1	ANJA-lääkejakelu työntekijöiden kokemana Vaasassa	44
8.2	Pyhjärven kotihoidon kokemuksia	45

8.3	Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia.....	46
8.4	Lääkelogistisen palvelumalli Itä-Helsingin palvelutaloissa	47
8.5	Kokemukset lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta Utajärvellä...	48
8.6	Yhteenveto aiemmista tutkimuksista	48
9	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	50
9.1	Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset.....	50
9.2	Tutkimuksen kohderyhmä	50
9.3	Aineistonkeruu	51
9.4	Aineiston analyysi	51
9.5	Aineiston luotettavuus ja eettisyys	53
10	TUTKIMUSTULOKSET	55
10.1	Koneellisen annosjakelun siirtymisen vaikutukset työnkuvaan	55
10.2	Lääkehoitoprosessin turvallisuus	57
10.3	Lääkehoitoprosessin toimivuus	59
10.4	Asiakkaiden kokemukset sairaanhoitajien näkökulmasta.....	61
11	POHDINTA.....	63
11.1	Tutkimustulosten pohdintaa	63
11.2	Pohdintaa opinnäytetyöprosessista.....	66
11.3	Jatkotutkimusaiheita.....	67
11.4	Johtopäätökset.....	68
	LÄHTEET.....	70
	LIITE 1. Kyselylomake	78
	LIITE 2. Saatekirje	87

1 LÄÄKKEIDEN KONEELLISEN ANNOSJAKELUN LÄHTÖKOHDAT

Vantaan kaupunki on vaiheittain siirtynyt käyttämään lääkkeiden koneellista annosjakelua vuodesta 2007 lähtien. Perusteluna muutokselle oli, että hoitotehtävien lisääntyttyä annosjakelun avulla voidaan vapauttaa hoitohenkilökunnan työaika asiakkaiden hoitoon. Lisäksi perusteluna oli, että asiakkaat säästävät lääkekustannuksissa ja lääketurvallisuus lisääntyy. Ajatus opinnäytetyöhön sai alkunsa opintoihin liittyvästä työharjoittelusta Vantaan kotihoidossa, jossa koneellinen annosjakelu oli ollut käytössä 2-3 vuotta.

Lääkkeiden koneellinen annosjakelu on hieman yli 10 vuotta sitten käyttöön otettu palvelu, joka on laajentunut myös kotihoitoon. Annosjakelun tuomien vaikutusten selvittäminen on tärkeää, jotta selviää onko se saanut aikaan ne muutokset, joita siltä on odotettu ja onko käyttöönotto vaikuttanut muutoin odottamattomalla tavalla. Opinnäytetyössä kuvataan lääkkeiden koneellisen annosjakelun tuomia muutoksia Vantaan kotihoidossa sairaanhoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyö tuo esiin sairaanhoitajien näkemyksiä annosjakelun vaikutuksista työnkuvaan, lääkehoidon turvallisuuteen ja lääkehoitoprosessin toimivuuteen. Opinnäytetyössä tulevat esiin myös sairaanhoitajien näkemykset asiakkaiden kokemuksista sekä kehittämistarpeet. Tutkimus on kvalitatiivinen kyselytutkimus jossa aineisto on kerätty Vantaan kotihoidossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta kyselylomakkeilla.

Opinnäytetyö on tärkeä ja täydentää muita tutkimuksia. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä muun muassa kotihoidon lääkehoidon toteutusta, lääkehoidon turvallisuutta, hoitajien ajankäytön hallintaa, moniammatillista yhteistyötä, kustannustehokkuutta ja työn sisältöä. Tutkimuksella halutaan tuottaa käytännönläheistä ja työntekijälähtöistä tietoa lääkehoidon tämänhetkisestä tilanteesta Vantaan kotihoidossa.

2 KOTIHOITO

Vanhustyön keskusliitto aloitti vuonna 1952 vanhusten kotipalvelun, jolloin vanhusten avun tarpeeseen ryhdyttiin kiinnittämään huomiota (Ikonen & Julkunen 2007, 36). Sairaanhoidot koulutettiin ensin sairaaloihin, kunnes kiertäviä sairaanhoitajattaria alkoi kulkea 1900-luvusta lähtien kodeissa. Vanhusten huolto painottui laitoksiin ja sen painopistettä haluttiin siirtää vuonna 1970 avohoitoon ja perusterveydenhuoltoon. Kotisairaanhoidon oli yksi kansanterveyslain 66/1972 perusterveydenhuollolle asettama velvoite. Kotipalvelua kehitettiin sen tukipalveluiden osalta ja ikääntyneiden asumisoloihin ryhdyttiin kiinnittämään huomiota. Kotihoitoa pidettiin laitoshoidon nähdessä ensisijaisena hoitotapana. Sen pyrkimyksenä oli lykätä toimintakykyä säilyttämällä ja terveyttä ylläpitämällä laitoshoidon tarvetta ja ehkäisemään tai pitkittämään ikääntyneiden laitoshuoltoon päätymistä. Sosiaalihuoltolain 710/1982 astuttua voimaan vuonna 1982 tuli kuntien sosiaalihuollolle velvoitteeksi painottaa toiminnassaan avohuoltoa ja asiakkaiden itsenäistä asumista sekä omatoimista selviytymistä. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 8–10.)

Suomen talouskriisin aikaan, 1990-luvulla palvelumuutosten jälkeen laitoshoidon purettiin ja avohuoltoa ryhdyttiin lisäämään ja kehittämään. Tuolloin vanhainkotihoito väheni noin viidenneksen, ja vanhainkoteja korvattiin palveluasunnoilla. (Ikonen & Julkunen 2007, 12.) Sosiaali- ja terveystieteiden palveluita supistettiin voimakkaasti. Tämä vaikutti kotipalvelujen kehittämiseen, määrään ja laatuun. 1990-luvun loppupuolella kotihoitoa alettiin toteuttaa monialaisena yhteistyönä, ja pyrkimyksenä oli toimia enemmän asiakaslähtöisesti ottamalla omaiset ja läheiset mukaan hoitoon. Elintason nousu, hoidon ja erilaisten teknisten apuvälineiden kehittyminen sekä hoitajaksojen lyheneminen sairaaloissa mahdollistivat entistä huonokuntoisempien asiakkaiden selviytymisen kotona. Asiakkaille siirrettiin enemmän kustannuksia maksettavaksi, ja yksityisyrittäjät alkoivat tarjota palveluita niin yksityisille asiakkaille kuin kunnille. Asiakkaat ja heidän omaiset halusivat laadukasta palvelua ja yksilöllisempää hoitoa: erilaisia hoitopalveluita, joista voi valita itse. (Hägg ym. 2007, 10–11.)

Vuosituhannen vaihteessa ja sen jälkeen samalla kun ikääntyvän väestön määrä kasvoi, tutkimuksissa selvisi pitkien sairaalanjaksojen haitat potilaille. Ryhdyttiin entistä ponnekkaammin kehittämään palvelurakenteita avohoidon suuntaan. 2000-luvulla on jatkettu kotipalvelu- ja kotisairaanhoidotoiminnan yhdistämistä yhteisiksi tiimeiksi. (Hägg ym. 2007, 11–12.) Helsingissä yhdistyivät kotipalvelu ja kotisairaanhoido (2005) terveystieteiden keskuksen alaiseksi kotihoidoksi (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 12).

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, jolla autetaan erikikäisiä avun tarvisijoita, joilla toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi alentunut. Omassa kodissa mahdollisimman pitkään asumista tuetaan toisistaan erotetuilla sosiaali- ja terveystieteiden palveluilla. Tämä tarkoittaa palvelukokonaisuutta, jolla autetaan hoito- ja huolenpitotyön keinoin sairaita ja toimintakyvyltään heikentyneitä avuntarvisijoita. Kotihoito mahdollistaa myös viiveettömän sairaalasta kotiutumisen turvaamalla sairaalajakson jälkeisen jatkohoidon. (Ikonen & Julkunen 2007, 14, 16.)

Noin puolet kotihoidotyöstä koostuu kotikäynneistä, jotka tehdään kunkin asiakkaan yksilöllisen palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteella (Larmi, Tokola & Välikkiö 2005, 14). Kotihoidonpalvelua on mahdollista saada, jos asiakkaalla on esimerkiksi sairaus, heikentynyt toimintakyky tai hän on vammaisen. Kunnissa kotihoito suunnitellaan pääasiassa runsaasti hoitoa tarvitseville ikääntyneille, joilla tavallisesti on terveysongelmia ja pitkäaikaissairauksia. Myös vammaiset, päihdeongelmaiset ja mielenterveyskuntoutujat kuuluvat kotihoidon asiakaskuntaan. Kotisairaanhoido on sairaan kotona tapahtuvaa hoitoa omaisten ja muiden avustajien tuella. (Ikonen & Julkunen 2007, 16.) Lääkäri ja sairaanhoitaja päättävät yhteistyössä sairaan asiakkaan ottamisesta kotisairaanhoido (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002, 100).

2.1 Kotihoidon tavoitteet

Kotihoidon tavoitteena on asiakkaan mahdollisimman itsenäinen, hyvä ja turvallinen elämä omassa kodissa ja sosiaalisestikin tutussa asuinympäristössä sai-

rauksista tai toimintakykyä heikentävistä tekijöistä huolimatta. Tavoitteena on myös asiakasryhmästä riippumatta tarjota asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvaa palvelua. Lisäksi päämääränä on auttaa asiakasta selviytymään kodissaan niin pitkään kuin mahdollista terveydenhoidon, sairaanhoidon, kotipalvelun, sosiaalityön ja kuntoutusohjauksen turvin. (Ikonen & Julkunen 2007, 14, 16.) Hoidon ja kuntoutukseen raja on epäselvä. Ikääntyvän väestön hoivan ja hoidon tulee perustua kaikilta osin kuntouttavaan työotteeseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön niin kotihoidon palveluissa kuin laitoshoidossa. (Mäkinen 2009, 95.)

Hoitotiede-lehdessä vuonna 2010 julkaistussa tutkimuksessa todetaan, ettei kotihoidolle asetettu tavoite – ikääntyneen kotona asuminen ja omatoimisuuden tukeminen – toteudu asiakkaan, kotihoidon työntekijöiden ja muiden toimijoiden näkemyksistä yhtenäisesti. Erityisesti huomioitavaa on, etteivät asiakkaan omat näkemykset toimintakyvystään tulleet kirjatuksi hoitosuunnitelmiin lainkaan. Vaikka henkilöstöllä on runsaasti tietoa, osaamista ja keinoja asiakkaan toimintakyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi, yhteisiä tavoitteita ei toteuteta puutteellisten asenteiden tai ajan rajallisuuden vuoksi. (Kuusela, Hupli, Johansson, Ruotasalo & Eloranta 2010, 104–105.)

2.2 Kotihoidon tukipalvelut

Kotihoidon palvelua saava ikääntynyt tai muunlainen avun tarvitsija on suurimman osan vuorokaudesta kotonaan erilaisten palveluiden piirissä. Kotihoitoon sisältyvät kotipalvelu, kotona tapahtuva sairaanhoito terveydenhuollon ehkäisevä työ sekä erilaiset tukipalvelut, jotka tukevat asiakkaan päivittäistä toimintaa. Tukipalveluita ovat ateriapalvelu ja kauppapalvelu. Myös aterioinnin mahdollisuus palvelutaloissa on yksi tukimuoto. Kotipalvelu on monimuotoista sairaan henkilön huolenpitoa ja jokapäiväistä arjen toimissa auttamista. (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002, 100.) Myös kolmas sektori ja yksityiset palveluntuottajat tukevat ja tuottavat kotihoitoa (Ikonen & Julkunen 2007, 15).

Asiakkaiden päivittäiset tarpeet ovat lisääntyneet, ja julkisia palveluita saavat ne, joilla on siihen suurin tarve. Palveluseteleiden avulla asiakkaat voivat käyttää myös yksityisiä palveluntarjoajia, joita ovat esimerkiksi siivous-, kauppa-, ateria-, apteekki- ja turvapalvelu. Palveluiden runsaudesta johtuen ikääntyneet tarvitsevatkin usein opastusta. Eri kunnilla on erilaiset taloudelliset resurssit kotipalveluiden tuottamiseen. Hyvin toteutetun kotihoidon on osoitettu siirtävän laitos-hoidon kynnyksellä olevan ikääntyneen pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta turvallisella tavalla myöhemmäksi. Määrätietoinen kotihoito ei yleensä ole kunnille sen kalliimpaa kuin laitoshoido. (Hägg ym. 2007, 12.)

Engeström ym. (2009) kritisoi hankkeessaan kotihoidossa toteutettavia tukipalveluita. Hänen mielestään tukipalvelut ovat pirstaloituneet; jotkut asiakkaat saavat palvelua useilta eri tarjoajilta ilman asiakaslähtöisyyttä ja yhteistyötä. Hajaisten eri tukimuotojen käyttöönotto vaikeuttaa työntekijän kokonaiskuvan saamista asiakkaan tilanteesta ja palveluista. (Engeström ym. 2009, 11, 14.) Työskennellessämme kotihoidossa olemme havainneet eri tukimuotojen hallittamisen melko haastavaksi. Palveluita on laaja kirjo ja yhteydenpito jokaiseen eri palveluntarjoajaan uusien asiakkuuksien alkaessa vie aikaa. Selkeästi niiden esitleminen asiakkaille on vaikeaa kun ne ovat työntekijällekin sekavia. Palveluiden säännöllinen kilpailuttaminen vaikuttaa myös käytännön työhön, kun ei välttämättä ole tiedossa kuka palvelun tarjoaa.

2.3 Kodin ja kotihoidon merkitys

Tuttu ja turvallinen ympäristö on ihmiselle tärkeä, etenkin silloin kun toimintakyky on heikentynyt. Valtaosa yli 75-vuotiaista suomalaisista asuu omassa kodissaan mutta viimeisinä elinvuosinaan useat vanhukset joutuvat jopa useita kertoja. (Ikonen & Julkunen 2007, 10–11.) Suurin osa ikääntyneistä haluaa asua kotonaan niin pitkään kuin mahdollista. Kotona on oma rauha ja voi parhaiten elää arkea omaan tahtiin. Vapauden lisäksi ikääntyneellä on vahva tunne itsenäisyyden toteutumisesta. Monipuolinen kotihoidon palvelujärjestelmä mahdollistaa huonokuntoistenkin ikääntyneiden kotonaolon turvaten normaalin ja itsenäisen elämän. (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002, 100.)

Toisaalta Sainion (2004) tutkimuksessa, kymmenen haastateltavaa ikääntynyttä olivat valmiita muuttamaan asumismuotojaan sellaisiksi, mikä edesauttaisi elämänlaadun säilymistä mahdollisimman hyvänä sen sijaan, että sinnittelisivät asumista omakotitalossa (Sainio 2004, 166). Onkin todettava, että on myös tilanteita joissa kotihoito ei ole paras vaihtoehto esimerkiksi kotona pärjäämättömyyden, huonokuntoisuuden tai asiakkaan turvallisuuden tähden.

Maaseudulla asuvilla 75 vuotta täyttäneillä ikääntyneillä on huonompi taloudellinen tilanne kuin kaupungissa asuvilla. Vaikka kaupungissa on enemmän yksin asuvia ikääntyneitä, kokevat maaseudun eläjät enemmän yksinäisyyttä. Maaseudulla asuvilla on heikompi toimintakyky kaupungissa eläviin verrattuna. Heillä on myös heikompi terveydentila ja toimintakyky ja he harrastavat vähemmän hyötyliikuntaa. (Routasalo, Savikko, Tilvis & Pitkälä 2005, 155, 160.)

Kaupungeissa asuvista kotihoidon asiakkaista suuri osa asuu hissittömässä talossa ja käytännössä he ovat kotiensa vankeja. Ikääntyneet eivät pysty poistumaan asunnostaan lainkaan heikentyneen liikkumiskykynsä takia tai tämä ei ainakaan onnistu ilman apulaista. Kokemuksiemme mukaan kotihoidolla ei ole resursseja tällä hetkellä toteuttaa ulkoiluapua työnsä ohessa. Kesäisin Helsingin kaupungin kotihoidossa on ollut nuoria kesätyöntekijöitä värvättyinä ulkoiluapulaisiksi. Tämä on mahdollista kuitenkin vain kesäisin eikä riitä takaamaan kaikkien vanhuksien ulkoilumahdollisuuksia. Hissien asentaminen edesauttaisi toimintakyvyn ylläpitämisessä. Asuntojen ja asuinympäristön esteettömyys ja muokkaaminen on hyvin tärkeä kehittämishaaste lähitulevaisuudessa.

Helsingin sanoman artikkelissa todetaan hissien asentamisen auttavan vanhuk-
sia asumaan kotona pidempään. Vuosittain pitäisi rakentaa 500 hissiä mikä ei toteudu nyt, kun vuosittain rakennetaan vain 200 hissiä. Artikkelissa arvellaan, että mikäli hissejä ei saada riittävästi, yhä useampi ikääntynyt joutuu asettumaan palvelutaloon mikä on kustannuksiltaan kalliimpaa kuin kotona asuminen. Nyt yli 75-vuotiaita kotona asuvia on 390 000 ja arvion mukaan tämä lukema miltei kaksinkertaistuu 2030 vuoteen mennessä. Artikkelissa oli haastateltu ympäristöministeriön asuntoneuvosta Raija Hynystä. (Salmela 2012, 6.)

Arjesta selviytymiseen vaikuttavat muun muassa kodin varustetaso, lähiomaiset, elinympäristö sekä toisten auttajien verkosto. Varsinkin maaseudulla osoitautuvat ongelmiksi huonot kulkuyhteydet ja palvelujen etäisyys mutta myös Helsingissä asuvat kotihoidonasiakkaat ovat kokeneet hankaliksi asuinympäristössään liikkumisen. Tulisi kehittää asuinympäristöjä, palveluja ja mahdollisuuksia osallistua sosiaaliseen yhteiskunnalliseen elämään, jotta mahdollistuisi ikääntyneiden arkieläminen omatoimisesti niin pitkään kuin mahdollista. (Ikonen & Julkunen 2007, 10–11.)

Useiden toimintarajoitteisten ikääntyneiden elämä sujuu kotona eläen arkea päivä kerrallaan ja ilman suurempia tavoitteita. Tärkeimpänä odotuksena heillä on, etteivät kunto ja terveys enää heikentyisi ja etteivät he joutuisi muiden hoidettaviksi. Toiset henkilöt ovat halukkaita ottamaan vastaan kotihoidon palveluita, mutta toiset taas aiempien kokemusten tai negatiivisten käsitysten vuoksi eivät usko selviytyvänsä kotona edes ulkopuolisen avun turvin. (Heikkinen & Marin 2002, 64–65.) Viimeaikojen suuntauksena on ollut, että kotihoidon vähenevien resurssien myötä kotihoidon työtehtävien painopiste on siirtynyt henkilökohtaiseen avustamiseen ja huolenpitoon (Ikonen & Julkunen 2007, 16).

Moninaiset menneisyyden ja nykyisyyden kokemussisällöt voivat olla ikääntyneen itsensä huolehtimista vahvistava, horjuttava tai murtava tekijä. Luottamus elämään, oman paikkansa löytäminen, elämän merkityksellisyyden löytäminen ja joustavuus ovat ikääntyneelle itsensä huolehtimista vahvistavia tekijöitä. Sitä horjuttavia tekijöitä ovat epävarmuus, ulkopuolisuuden kokeminen, pelkkä elämään tyytyminen ja elämän virran mukana ajelehtiminen. Itsestä huolehtimisen murtavia tekijöitä ovat kokemus pettymisestä itseensä, omista haaveista luopuminen, epäluottamuksen kokeminen, elinvoimaisuuden menettäminen, halukkuus paeta todellisuudesta, kokemus hylätyksi tulemisesta ja joutumisesta muiden armoille. (Backman 2005, 123–124.)

Kokonaisvaltainen kotihoito merkitsee perushoivan osalta hygieniaa, ruokailua, kotona ja kodin ulkopuolella liikkumista. Perushoiva sisältää kodin siistimisen ja viihtyisyyden ylläpitämisen. Lisäksi vaatehuolto on osa kotihoidossa toteutettavaa perushoivaa. Kokonaisvaltainen kotihoito on ennakoivaa terveyden edistä-

mistä, jolloin pidetään toimintakykyä yllä kuntoutuksin. Lisäksi siihen sisältyvät sairaanhoidolliset työt sekä saattohoito. Kokonaisvaltainen kotihoito on psykososiaalista tukea asiakkaalle ja omaisille. (Ikonen & Julkunen 2007, 17.)

Asiakkaan tärkeiksi kokemat asiat voivat olla hyvin ristiriidassa hoitohenkilökunnan näkemyksen kanssa. Asiakkaan kokema tarve voi olla päästä ulkoilemaan ja olla vuorovaikutuksessa kun hoitaja vuorostaan keskittyy lääkkeiden jakoon, puhtaana pitoon, verenpaineen mittaukseen tai muuhun suoritukseen. Kotihoidon kotikäynnit muodostuvat pitkälti välttämättömien rutiinitehtävien suorittamisesta. (Engeström ym. 2009, 14, 21.)

Kokemuksiemme mukaan tähän rutinoitumiseen ja asiakkaiden tarpeisiin on kiinnitetty huomiota sitouttamalla asiakas liikkumissopimuksen avulla johonkin yhdessä sovittuun ja tehtävään toimintaan kuten ulkoiluun, kukkien kasteluun tai voileipiä tekemiseen. Toteutuminen edellyttää esimiehen määrätietoisuutta ja yksikön tiimissä olevilta hoitajilta sitoutumista työhönsä.

2.4 Laadukas kotihoito

Kotihoito on yksi ikäihmisten käytössä oleva palvelu, jota koskee sosiaali- ja terveysministeriön laatima laatusuositus. Laatusuosituksen mukaan laadukas kotihoito on ennakoivaa hoitotyötä, mikä perustuu kattavaan toimintakyvyn arviointiin ja reagoi asiakkaiden terveydentilan ja toimintakyvyn muutoksiin nopeasti. Laadukas kotihoito edistää kuntoutumista ja vastaa tavoitehakisesti ikääntyneiden asiakkaiden fyysiskognitiivispsykkissosiaalisiin kuntoutumisen tarpeisiin. Kuntouttavan työotteen käyttö merkitsee asiakkaan kannustusta ja tukemista siten, että hän käyttää jäljellä olevia voimavarojaan jokapäiväisessä elämässä ja arjen askareissa. Säännöllisen kotihoidon lisäämisellä voidaan lisätä erityisesti dementiaoireisten ja mielenterveysongelmaisten henkilöiden kotona asumisen mahdollisuuksia. (STM 2008.)

Laatusuosituksen mukaan valtakunnallisina tavoitteina vuoteen 2012 mennessä on ollut, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91–92 % asuu kotona itsenäisesti

tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin ja 13–14 % saa säännöllistä kotihoitoa. Panostaminen esteettömyyteen ja turvallisuuteen parantaa kotona asuminen edellytyksiä mahdollistamalla ikääntyneen ihmisen voimavarojen mukaisen omatoimisuuden, oman elämäntyylin ja -tavan jatkuvuuden, itsemääräämisen ja osallisuuden yhteisössä myös silloin, kun ihminen tarvitsee palveluja kotiin. (STM 2008.)

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Finlex 1992.)

Laadukas kotihoito sisältää myös tietämyksen siitä, milloin kotihoito ei enää riitä. Milloin on kotihoidon osalta tehty voitava ja koska kenties ongelman ratkaisuun tarvitaan sairaalahoitajakso ja koska on aika hakea pysyvämpää paikkaa vanhainkodista. Usea ikääntyessään tarvitsee tukea mutta ammattilaisen määriteltäväksi jää sen laatu ja tarve.

3 SAIRAAHOITO

Puhuttaessa sairaanhoidosta, on yhtenä merkittävimpanä vaikuttajana tuotava esiin englantilaissyntyinen Florence Nightingale (1820-1910), jonka omistautuneisuus hoitotyön alalle vaikutti merkityksellisesti ja laajasti nykyisen sairaanhoidon muodostumiseen. Hän kirjoitti lukuisia teoksia, joista yhtä pidetään klassisena oppikirjana. ”Notes on nursing” julkaistiin Suomessa vuonna 1938 nimellä ”Sairaanhoidosta”. (Goetzsche ym. 1992, 110,112.)

3.1 Laadukas sairaanhoito

Virginia Henderson (1897–1996) loi perustan sairaanhoitajan työlle. Hän määritteli sairaanhoitajan tehtävän seuraavasti:

Sairaanhoitajan työ on auttaa ihmistä, tervettä tai sairasta. Kaikissa niissä toimissa, jotka tähtäävät terveyden säilymiseen tai saavuttamiseen tai tukea häntä kuoleman lähestyessä. Nämä toiminnot ovat sellaisia, jotka hoidettava suorittaisi itse jos hänellä olisi siihen riittävästi voimia, tietoa, taitoa. Apuaan sairaanhoitaja antaa siten, että hoidettava saavuttaa mahdollisimman pian riippumattomuuden. (Lauri i.a.)

Hyvät auttamistaidot, muutoksenhallinta, päätöksentekotaidot, suunnittelutaidot, arviointitaidot ja kehittämistaidot ovat sairaanhoitajan työssä tärkeitä ja olennaisia ominaisuuksia. Kykyä itsenäiseen työhön, oman erikoisalansa viimeisimpien tietojen hallintaa, asiakaslähtöistä toimintaa ja oman persoonan tuntemus ja sen hyödyntämistä työssä pidetään yhtälailla olennaisina aineksina sairaanhoitajan työssä. Psykykinen tila määrää millä vireydellä sairaanhoitaja toimii kussakin tilanteessa. Potilaan kuunteleminen, tukeminen, lohduttaminen ja läsnä oleminen ovat auttamistaitoja, joita hyvältä sairaanhoitajalta edellytetään. (Hildén 2002, 54.)

Laadukkaan hoidontyön toteutumista estäviä tekijöitä ovat riittämätön työntekijämäärä ja kiire. Henkilökohtaiset voimavarat, ammattitaidon ylläpitäminen ja

työyhteisö vaikuttavat myös hoidon laatuun. Kvist ym. (2005) tutkimuksessaan tuovat esiin sairaanhoitajien arvion hoidon laadusta. He arvioivat hoidon laadun paremmaksi kuin potilaat. Potilaat kokivat puutteita omasta hoitotyön suunnitteluun osallistumisesta ja tiedon saannista. He kokivat myös parannettavaa olevan yksityisyyden, yhteistyösuhteiden ja arvostuksen osa-alueilla. Hyvä työilmapiiri, työmäärä, työn sisältö ja työnjako vaikuttavat myönteisesti hoidon laatuun. Myös riittävä työntekijämäärä, koulutustaso, ammattitaito, organisaatio ja esimiehen tuki ovat yhteydessä hoidon laatuun. (Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen 2005, 107–108, 112, 117.)

Henkilöstön hyvinvointi, ammattitaito ja motivaatio takaavat hyvän hoidon (Kvist ym. 2005, 118). Hoitotyössä ei ole voinut olla huomaamatta painetta, joita työssä tapahtuvat erilaiset muutosprosessit saavat aikaan. Tästäkin huolimatta sairaanhoitajan on kyettävä toimimaan näissä olosuhteissa silloinkin kun työvoimasta on pulaa.

Ikääntyvät kokevat uhkana, että mahdollisen dementoitumisen myötä he menettävät itsemääräämisoikeuden ja että heitä kohdellaan kaavamaisesti ja laitospäisesti. Heidä myös huolettavat riittävä pätevien hoitajien saaminen ja lisäksi eristyksiin jääminen muusta väestöstä kauhistuttaa. Heidän toiveissa on, että heidän parissa tehtävä työ nousisi yhteiskunnassamme suurempaan arvoon. He kokevat tärkeäksi että heidän tarpeisiin vastataan sekä määrällisesti että laadullisesti. (Sainio 2004, 163–164.)

Tämän päivän asiakkaat ovat tietoisempi omista oikeuksistaan ja osaavat vaatia yksilöllistä palvelua, laatua ja henkilöstön osaamista. Merkittävää on hyvä asiakaspalvelu, mikä sisältää taidon tehdä hyvää yhteistyötä asiakkaan ja hänen omaisten kanssa. Muutosten kautta sairaanhoitotyöstä on kehkeytynyt niin vaativa ja kiireinen työ, että selviytymiseen siitä tarvitaan vahvaa psyykettä ja erityäin hyvää paineensietokykyä. Keskeinen osa ammatillisuutta on karttunut ammatillinen osaaminen, koska se auttaa ymmärtämään uutta tietoa ja oppimaan nopeammin. Yksistään pitkä ja vuosien kokemus ei hyödytä, jos kokemustaan ei osaa hyödyntää uuden oppimiseen. Terveyskeskuksen vuodeosastojen lisäksi kotisairaanhoidossa työskentelevillä on työn luonteen vuoksi eniten kon-

takteja tarvittaviin sidosryhmiin, omiin kollegoihin ja alansa asiantuntijoihin. (Hildén 2002, 55–57, 60.)

3.2 Sairaanhoidajan eettiset ohjeet

Eettisyys sekä hoitajan arvot johdattelevat osaltaan päätöksentekoa. Etenkin hoitajan ja työyhteisön arvot toimivat tehtyjen päätösten kriteereinä, jotka palvelevat hoidettavaa henkilöä parhaalla mahdollisella tavalla. On tärkeää että hoitaja tunnistaa oman päätöksentekonsa viitekehyksen. Lisäksi hoitajan on oltava tietoinen sisäistetyistä tietorakenteista ja osattava perustella miksi hän toimii tietyllä tavalla. On hahmotettava omat arvot, koska ne ovat tärkeitä voimanlähteitä. (Miettinen, Miettinen, Nousiainen & Kuokkanen 2000, 20, 27, 42.)

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet tukevat sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään. Ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajille sekä väestölle sairaanhoidajan perustehtävän yhteiskunnassa ja hänen työnsä periaatteet. (Sairaanhoidajaliitto 1996.) Eettisten ohjeet kuuluvat osaksi sairaanhoidajan ammattieettistä tietoperustaa, ja ne toimivat ammattikunnan työnsisällön toiminnan säätäjinä. Sen tavoitteena on potilaan hyvä hoito ja olla tukena hoitotyöntekijöiden toiminnassa. On kuitenkin niin, että resurssipula, organisaatiokeskeiset periaatteet ja arvoriidat vaikeuttavat eettisten ohjeiden käyttöä käytännön hoitotyössä. Ne nähdään toisaalta hyvän palvelun laadun takaajana ja ne ovat tärkeitä hoidon peruslähtökohdille mutta ne eivät aina pysty antamaan ohjeita sairaanhoidajan käytännön työhön. Tämä voi johtua niiden tulkintavaikeuksista ja etteivät ne aina sovellu hoitotyön erilaisiin tilanteisiin. Niissä ei myöskään huomioida hoitajan tai asiakkaan henkilökohtaisia arvoja vaan ne perustuvat ammatillisesti yleisiin arvoihin ja periaatteisiin. (Strandell-Laine, Heikkinen, Leino-Kilpi & von der Arend 2005, 259–261.)

Sairaanhoitajaliiton eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävä on:

Väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua. Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

3.3 Kotisairaanhoito

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija ja itsenäinen ammattilainen. Työhön kuuluu lääkehoidon suunnittelun ja toteutuksen lisäksi muun muassa hoitotyön suunnittelu ja vaikuttavuuden seuranta sekä elintoimintojen tarkkailu ja hoitotoimenpiteiden ja tutkimuksien tekeminen. Hoitotyötilanteisiin liittyy myös potilaiden ja omaisten neuvominen, ohjaaminen ja tukeminen. Sairaanhoitajia on töissä terveysasemien vastaanotoilla, kotisairaanhoidoissa, vanhainkodeissa, sairaaloiden vuodeosastoilla ja poliklinikoilla, kuntoutuslaitoksissa ja erilaisissa toimenpideyksiköissä. Edellytyksenä sairaanhoitajan ammatille ovat hyvät teoreettiset tiedot ja käytännön taidot, stressinsietokyky, vuorovaikutustaidot sekä erityinen tarkkuus ja huolellisuus. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

Kotihoidossa sairaanhoitaja voi tiiminvetäjänä tai vastuuparina toisen ammattilaisen kanssa vastata asiakkaan kokonaishoidosta. Yksilövastuuisen hoitotyön tekijänä hän vastaa yhdessä lääkärin kanssa potilaansa hoidosta, mutta kantaa vastuun suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista potilaan kokonaishoidossa. Moniammatillisessa tiimityössä, jossa sairaanhoitaja toimii hoitotyön asiantuntijana, yhteistyöosaaminen on tärkeää. Kollegoiden ja muiden alojen osaajien konsultointi kuuluu tärkeänä osana moniammatilliseen tiimityöhön. Johtamistaitojen lisäksi sairaanhoitajalta odotetaan muuttuvassa työympäristössä kykyä vastata työn vaatimuksiin sekä kykyä kehittää tutkitun tiedon pohjalta työprosessia kriittisesti ja luovasti. (Hägg ym. 2007, 22–23.) Helsingin kaupungissa vuonna 2003 tehdystä työajan seurannasta kävi ilmi, että välittömään pe-

rushoidolliseen asiakastyöhön kului 60 % työajasta. Välittömät kotihoidolliset ja sairaanhoidolliset työtehtävät veivät molemmat 20 % työajasta. (Larmi ym. 2005, 21.) Olemme huomioineet työskennellessämme kotihoidossa, että sairaanhoitajan työaika kuluu välittömän työajan lisäksi runsaasti muun muassa potilastietoihin tutustumiseen, toimenpiteiden esivalmisteluihin, tiedon hakemiseen, erinäisiin yhteydenpitoihin, välimatkoihin ja tietojärjestelmään kirjaamiseen. Tämä tulisi huomioida resurssimitoituksissa ja osaksi hoitohenkilökunnan päivittäistä työtä.

Lääkehoitoa toteuttavalla henkilökunnalla tulee olla käsitys lääkehoidon toteutuksesta osana kokonaisvaltaista hoitoa. Heidän tulee ymmärtää miksi lääkettä annetaan, kuinka paljon ja millä tavalla sekä tehdä havaintoja lääkehoidon vaikuttavuudesta. Teknisen osaamisen lisäksi edellytetään juridista, farmakologista, fysiologista, patofysiologista ja lääkelaskennallista ammatillista osaamista. Näiden lisäksi hoitavalta henkilöltä edellytetään hoidollisten vaikutusten, lääkkeiden käsittelyn, toimittamisen, hankinnan, säilyttämisen ja hävittämisen osalta asioiden hallitsemista. Ymmärrys lääkem muodosta, -valmisteesta ja ominaisuuksista on tärkeää. Tämä siksi, jotta eri lääkem uotoja käsitellään ja saatetaan käyttökuntoon asianmukaisella tavalla. Hoitohenkilöllä on velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan ja osallistua täydennyskoulutuksiin. Laillistetuilla terveydenhuollon henkilöillä, jotka ovat saaneet lääkehoidon koulutuksen, on kokonaisvastuu lääkehoidon toteutumisesta terveydenhuollon yksikössä. Kokonaisvastuu pitää sisällään potilaanhoitoon liittyvien tehtäv äjaon päättämisen, siihen liittyvän ohjauksen, neuvonnan ja valvonnan sekä työyksikössä lääkehuollon toimivuudesta huolehtimisen. (STM 2006a, 46–47, 49.)

3.4 Työtä ohjaavat lait kotihoidossa

Suomen perustuslaki 731/1999 turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden, yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Sen mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia, eikä ketään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan. Jokaisella on oikeus elämään, vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Lisäksi lailla taataan jokaiselle oikeus perus-

toimeentulon turvaan sairauden ja vanhuudenkin aikana. Julkisen vallan tehtävänä on turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. (Finlex 1999.)

Sosiaalihuoltolaki 710/1982 säättää sosiaalihuoltoa joka sisältää sosiaalipalvelun, toimeentulotuen, sosiaaliavustuksen ja sosiaalisen luoton joiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä (Finlex 1982).

Sosiaalihuoltoasetus 607/1983 määrää muun muassa, että kotipalveluina järjestetään kodinhoitajan/kotiavustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista. Lisäksi sen, että järjestetään tukipalveluja kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvetys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluita. (Finlex 1983.)

Kansanterveyslaki 66/1972 määrittelee kansanterveystyön ja sitä valvovan elimen. Lisäksi se säättää eräiden tehtävien järjestämistä koskevan kokeilun joka sisältää myös kotihoidon. Laki säättää myös kotihoidon asiakkaan oikeudesta nähdä potilasasiakirjojaan. (Finlex 1972.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 määrittää potilaan oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Laki määrää potilaan tiedonsaanti oikeudesta, potilaan itsemääräämisoikeudesta sekä potilaan asiakirjamerkintöjen asianmukaisuudesta ja salassa pidettävyydestä. (Finlex 1992.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994 sisältää ammattihenkilön ammattitoiminnan edellyttämän koulutuksen ja kuinka sitä valvotaan. *Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 732/1992* määrittelee maksujen periaatteet, maksulliset ja maksuttomat palvelut. Lisäksi laki sisältää määräyksen asiakaskohtaisten maksujen enimmäismäärästä, toisin sanoen maksukatosta. (Ikonen & Julkunen 2007, 28–29.)

Mielenterveyslaki 1116/1990 säättää tehtävää mielenterveystyötä. Mielenterveyslaki säättää myös *tahdosta riippumattoman hoidon* joka voidaan toteuttaa silloin kun henkilö on todettu mielisairaaksi, hän mielisairautensa vuoksi ei kykene hoitamaan sairauttaan ja sairaus pahenisi hoidon laiminlyönnistä ja vaarantaisi hänen tai toisten terveyttä ja turvallisuutta tai mitkään muut terveyspalvelut eivät tilanteeseen sovellu. (Finlex 1990.)

3.5 Suositukset

Terveyden edistäminen on muutakin hoitotyötä kuin sairauden hoitoa. Siinä on kliinistä lääketiedettä laajempi näkemys mitä tukevat myös terveyspoliittiset linjaukset. (Tuomi 2005, 93.) STM:n laatima *Terveyden edistämisen laatusuositus 2006* on väline niin terveydenhuollolle kuin kunnan muille hallinnonaloille, sekä päättäjille ja työntekijöille. Lisäksi siinä käsitellään terveyden edistämisen johtamista, toiminnan suunnittelua ja toteutusta, yhteistyötä ja työnjakoa sekä terveyttä edistävän toiminnan ja osaamisen arviointia. (STM 2006b.)

Terveys 2015-kansanterveysohjelman tavoitteena on terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisääminen, elämänlaadun parantaminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen (STM 2001).

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008 (STM) määrittelee valtakunnalliset suuntaviivat hyvän vanhustenhuollon kehittämiseksi. Lisäksi se toimii yhtenäisenä tietopohjana, jota voidaan käyttää ja soveltaa paikallisiin oloihin kuntien suunnitellessa ja arvioidessa toimintaa. (STM 2008.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa ei ole tällä hetkellä ikääntyneitä erikseen koskevaa lainsäädäntöä, vaan ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään osana yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Ikääntyneet huolehtivat pääosin itse hyvinvoinnistaan ja käyttävät samoja palveluita kuin muutkin nuoremmat kuntalaiset. (Karvonen–Kälkäjä 2011, 20.) Opinnäytetyön teko hetkellä on vireillä *vanhuspalvelulain* laatiminen, jolla halutaan turvata iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saanti. Vanhuspalvelulain on tarkoitus as-

tua voimaan vuonna 2013. Valmistelutyö etenee sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän linjausten pohjalta ja sen tavoitteena on:

- › edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointieroja
- › tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja
- › edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista puuttumalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin
- › turvata ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin pääsy ja määrältään ja laadultaan riittävät palvelut. (STM 2012.)

4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Useimmat kotihoidon asiakkaat ovat ikääntyneitä, monisairaita ja he käyvät useita kertoja sairaalahoitajaksoilla. Tämä tuo moniammatilliseen yhteistyöhön haasteita. Toimiakseen moniammatillinen yhteistyö vaatii saumatonta hoito- ja palveluketjua. Vaaditaan sellaista toimintamallia, jonka ytimenä on asiakaskeisyys ja joka toimii kokonaisuutena poikki organisaatio- ja hallintorajojen. (Rekola 2008, 19.) STM on nostanut moniammatillisen yhteistyön yhdeksi tulevaisuuden ratkaisutekijäksi. Lääkehoidon monimutkaistuminen on tuonut tarvetta farmaseuttiselle osaamiselle moniammatillisissa tiimeissä. Farmaseutit helpottavat lääkehoidossa esiintyvien ongelmien ratkaisua vaikuttaen järkevän lääkehoidon toteutumiseen. Farmaseuttinen kokonaisarviointi tukee lääkärin päätöksiä kun asiakkaan ongelmat liittyvät lääkitykseen. (Lehtonen 2008, 187.)

Tulevaisuudessakin tarvitaan kodissa toteutettua hoitotyötä, mutta myös muuta auttamista, etenkin eri asiantuntijoiden ja asiakkaan läheisten välistä toimivaa yhteistyötä asiakkaan parhaaksi. Hoitotyön laadun kehittäminen edellyttää erilaisten toimintatapojen tunnistamista niin omassa kuin muiden toiminnassa ja eri toimintamallien tietoista ja perusteltua valintaa. Kotihoidon kehittämistä on tärkeää jatkaa väestön tarpeiden mukaisesti. Kotihoidon vanhustyöstä on eriytyvässä oma erityisalueensa jossa gerontologinen hoitotyö ja sosiaalipalvelutyö ovat uusia käsitteitä. (Hägg ym. 2007, 12, 14.)

Kotihoito sekä onnistunut ja turvallinen lääkehoito perustuvat moniammatilliseen yhteistyöhön (Hägg ym. 2007, 23; STM 2007b). Vanhustyön osaaminen varmistetaan koulutuksella ja opetuksessa korostetaan moniammatillista ja poikkisektoriaalista yhteistyökykyä (STM 2007a, 22). Moniammatillinen yhteistyö on asiakaslähtöistä työskentelyä, jossa pyritään ymmärtämään asiakkaan elämän- ja terveydentila kokonaisuutena. Siinä eri asiantuntijat kokoavat asiakaslähtöistä tietämystä yhteen luoden samansuuntaisen tavoitteen. Tavoitteena on luoda yhteinen käsitys asiakkaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ratkaisusta. (Isoherranen 2008, 34.)

Moniammatillisessa työssä kukin vanhustyön ammattilainen tuo oman asiantuntemuksensa tiimin ja vanhusasiakkaan käyttöön ja kunkin ammattiryhmän erityisosaamisen merkitys kasvaa ja vahvistuu. Tiimin jäsenillä on toisiaan täydentäviä tietoja, taitoja ja persoonallisia tapoja. Käytännössä tiimin toiminta ei aina ole kypsynyt asiantuntijuuden vaatimuksiin. Moniammatillisuus edellyttää tiimin jäsenten sitoutumista yhteiseen viitekehykseen, jonka avulla he tarkastelevat kunkin ikääntyneen elämäntilannetta. Uudenlainen asiantuntijuus edellyttää palveluorganisaatioiden toimintakulttuurin muuttumista yhteisöllisemmäksi, jossa keskeistä on aito yhdessä tekeminen. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 89–90.)

Kommunikointi- ja tiimityötaidot vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Avoimuus ja viestintäkäytäntöjen tehostaminen parantaisivat potilasturvallisuutta sillä kommunikointiongelmien ovat suurin haittoja aiheuttava tekijä. Tiedon siirtyessä eri ammattiryhmien välillä ja henkilökunnalta potilaalle, on jokaisella kerralla väärinkäsityksen tai puutteellisen tiedonkulun riski. Helovuon (2012) artikkelin mukaan ihmiset toimivat eri tavoin tiimissä kuin työskennellessään itsenäisesti. Erilaiset ryhmädynamiikat vaikuttavat viestintään. Hyvinvoivassa moniammatillisessa tiimissä ihmiset voivat helposti kysyä ja kyseenalaistaa toisten tiimijäsenten toimintaa. (Helovuon 2012, 25–26.)

Eri ammattikuntiin kuuluvien työntekijöiden yhteistyö takaa tasapuolisemman, läpinäkyvämmän, niin ammattilaisten kuin asiakkaidenkin kannalta paremman hoito- ja päätöksentekotyön. Toimintaideologioissa moniammatillinen yhteistyö asetetaan usein toiminnan ideaalimuodoksi, jonka jo itsessään katsotaan tuovan organisaation toiminnan rationaalisuuteen, päätöksentekoon ja tiedonkulkuun lisäarvoa. Nikanderin (2003) mukaan tilanteeseen kuitenkin sisältyy paradoksi. Hänen mielestä moniammatillisuudesta ja tehokkuudesta pitkään jatkuneesta keskustelusta huolimatta ammattikuntien välisen yhteistyön käytännön toimivuudesta tiedetään edelleen vähän, ja moniammatillinen yhteistyö on käytännön hoitotoimien ohessa loppujen lopuksi pääasiassa puhetta. Koko organisaation, samoin kuin yhteistyötilanteisiin osallistuvien eri ammattiryhmienkin tavoitteena on tuottaa järjestelmän ja asiakkaan kannalta rationaalisia, tasapuolisia, eettisesti oikeita päätöksiä. Ammattikuntien rajat ylittävä yhteistyö päätök-

senteon välineenä tulee lisääntymään terveydenhuollossa. Samalla moniammatilliselle yhteistyölle annetut tehtävät, haasteet ja tavoitteet tulevaisuudessa monimutkaistuvat. (Nikander 2003, 279, 288.) Nikanderin (2003) kuvaamaa kehittämistarvetta tukee myös Kuuselan ym. (2007) tutkimus, jossa kävi ilmi, ettei kotihoidossa hyödynnetä riittävästi eri toimijoiden osaamista asiakkaan toimintakyvyn tukemiseksi. Sitä vastoin eri ammattiryhmät toimivat hoidon erillisinä osaajina, eikä kotihoidon yksiköihin ole vielä kehittynyt moniammatillisen toiminnan kulttuuria. (Kuusela ym. 2010, 97–98.)

5 OMAISET

Kotihoidon tärkeimmät yhteyshenkilöt ovat lääkäri, omaiset ja sosiaalityöntekijä (Sanerma 2009, 181). Yhteistyö omaisten kanssa on tärkeää kotihoidon palvelun ja hoidon onnistumiseksi. Sekä asiakkaiden että omaisten aito kuuleminen hoitosuunnitelmaa laadittaessa on paras tuki kotona selviytymiselle. Etenkin dementiaoireyhtymää sairastavien asiakkaiden omaisia tukee kotihoidon kanssa tehtävä yhteistyö. Nimetty omahoitaja ja esimerkiksi puhelinneuvottelut tukevat myös omaisia. Oletettavasti tulevaisuudessa videopuhelin ja sähköposti yhteydenpidot yleistyvät omaishoitajien tukimuotona. Ottamalla sekä asiakkaat että heidän omaiset mukaan hoidon ja palvelun suunnitteluun arviointiin ja kehittystoimiin parannetaan kotihoidon laatua. (Tepponen 2007, 68–69.) Välimäen (2012) mukaan omaishoitajien jaksamiseen tulisi tulevaisuudessa kiinnittää enemmän huomiota. Etenkin muistisairaiden omaishoitajat uupuvat nopeasti. Tämä tulisi ottaa huomioon heti muistisairauden käydessä ilmi. (Välimäki 2012, 50.)

Kaikilla ei ole omaisia, jotka haluavat tai voivat asettua edustamaan kotona asuvaa ikääntynyttä. On myös tilanteita, joissa omaisen asiantuntemus ei riitä tarpeiden ja tarpeita tyydyttävien palvelujen määrittelyyn. Joskus omaisten osallistuminen hoitotyöhön ei ole mahdollista tai suotavaa. Kaikki ikääntyneet eivät halua heidän osallistuvan hoitoon tai he kieltävät intimitteettisuojan ja tietosuojan oikeuttamana omaisten osallisuuden. Puolet suomalaisista laitoshoidossa olevista ikääntyneistä ei saa lainkaan omaisten tukea. (Nuutinen & Raatikainen 2005, 133.) Mielestämme tämä esiintyy myös kotihoidossa. Olemme kohdanneet tilanteita, joissa omaisten osallistuminen hoitoon heikentää asiakkaan tilaa esimerkiksi silloin, kun omaisilla ei syystä tai toisesta ole käsitystä asiakkaan tilanteesta tai miten asiakasta voisi parhaiten tukea. Ristiriitaiset tilanteet ja käsitykset ovat saattaneet heikentää asiakkaan hoitoa tai hidastaa paranemista. Ikääntyneen sairaus, heikentynyt muisti tai toimintakyky voi herättää omaisissa yllättäviä reaktioita mikä on toisaalta ymmärrettävää. Lähisukuilaisten ja muiden läheisten kiireinen elämä ja muuttoliike ovat voineet vaikuttaa siihen, että etäisyys on pitkä ja aikaa yhteyden pitoon ei ole (Niemelä & Nikkilä 2009, 135–136).

Pirkko Tepponen (2003) on tehnyt väitöskirjan toteuttaen sen Helsinki – Vantaa – Espoo alueella. Hän keräsi kotihoidon asiakkailta kuvauksia muun muassa sosiaalisista suhteista. Tutkimusaineisto kerättiin kontrolloituna postikyselynä ja kyselyä syventävällä kotihaastattelulla vuonna 1999. Tutkimukseen osallistui 75 vuotta täyttäneet kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon asiakkaat Espoon Tapiolassa (117), Vantaan Myyrmäessä (107) ja Helsingin läntisessä suurpiirissä (228). Vastausosuus oli kyselyssä 66 %, yhteensä 452 osallistujaa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että osallistuneiden lähiomaisista 70 % asui pääkaupunkiseudulla. Samassa kaupunginosassa asui 27 % vastaajien lähiomaisista, heistä 80 % oltiin yhteydessä viikoittain.

Henkinen ja vuorovaikutuksellinen tuki tuli usein omaisilta. Lastenlapset olivat avun lähde kolmelle neljästä vastavuoroisessa auttamuussuhteessa. Vastuu- ja hoitosuhteet ovat pitkiä, usein myös pysyviä niillä, joilla on omaisia. Joka toisella ei ollut lainkaan muita kontakteja, joten vuorovaikutusverkosto jäi heillä yksipuoliseksi. Kyselyssä 44 % vastasi, ettei pidä yhteyttä muihin henkilöihin kuten vapaaehtoisiin, järjestöjen- ja seurakunnan työntekijöihin, entisiin työtovereihin tai seurakavereihin. Joka kolmas ei ollut kontaktissa naapuriin ja joka kolmanteen naapuri oli yhteydessä keskimäärin viikoittain tai harvemmin. Naapurin osuus korostuu omaisten ja läheisten ystävien puuttuessa. Pääkaupunkiseudulla naapurin tuntemattomuus voi olla suuri ongelma. (Tepponen 2003, 7, 94.)

Moni ikääntynyt kokee yksinäisyyttä ja syrjäytymistä (Kivelä 2004, 94; Niemelä 2009, 25).

Kotihoidon palvelua olisi kehitettävä hoitotyöntekijöiden, asiakkaan sekä tämän omaisten ja tukijoiden välisen vuorovaikutuksen osalta siten, että jokaisella olisi käsitys siitä, millaista palvelua asiakas saa tai tämän on mahdollista saada ja millä ehdoin (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 271). Vanhusten syrjäytyminen on uusi kasvava ilmiö yhteiskunnassamme, eikä siihen ole vielä kyllin kiinnitetty huomiota eikä siitä ole tehty riittävästi tutkimuksia. Niemelän (2009) Helsingissä tehdyssä tutkimuksessa syrjäytyminen oli monimuotoista. Heikentynyt toimintakyky, muistisairaus mielenterveysongelmat, sairaudet ja alkoholin runsas käyttö ovat syrjäytymiseen johtavia syitä. Huono terveys ja menetykset aiheuttavat yksinäisyyttä. Masennuksen ja toivottomuuden tunteen

takana ovat usein leskeytyminen, yksin asuminen, huono terveys ja heikentynyt toimintakyky. Tulevaisuudessa alkoholi- ja mielenterveysongelmien hoitoon ja ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää erityistä huomiota. (Niemelä 2009, 25, 44–45.)

6 LÄÄKEHOITO

Onnistunut lääkehoito on moniammatillista yhteistyötä. Lääkäri määrää lääkkeet mutta muilla hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus seurata asiakkaan vointia ja oireita lääkehoidon aloituksen jälkeen. Kaikilla hoitoon osallistuvilla on velvollisuus informoida lääkäriä lääkkeisiin liittyvistä havainnoista. Myös itse asiakkaan ja heidän omaiset ovat lääkkeiden vaikutusten seurannassa tärkeässä asemassa. (Kivelä 2004, 95.)

6.1 Lääkehoidon toteutus kotihoidossa

Kotona tapahtuva lääkehoito toteutetaan samoilla periaatteilla kuin laitoksessakin mutta potilaalla itsellään on tavallista suurempi vastuu huolehtia lääkehoidosta. Kotihoidossa annettavasta lääkehoidosta vastaa lääkäri mutta jokainen lääkehoitoon osallistuva kantaa kuitenkin aina vastuun omasta toiminnastaan. Yhä laajempaa lääkehoidon osaamista hoitotyöntekijöiltä vaativat työn ja tehtäväkuvien muutokset. Terveys- ja sosiaalihuollon työntekijöiden, apteekkien sekä potilaan ja läheisten saumaton yhteistyö korostuu kotona annettavassa lääkehoidossa. Potilaan ja hänen läheisen riittävä tiedon saanti, ohjaus ja neuvonta hoidon toteutuksesta sekä lääkehoidon vaikutusten seuranta ja arviointi ovat lääkehoidon onnistumisen kannalta merkittäviä tekijöitä. Lääkehoidon onnistumiseen vaikuttavat myös potilaan oma terveydentila sekä itsehoitokyky. (Hägg ym. 2007, 91–92.) Mielestämme kotihoidossa olisi kehitettävää lääkehoitoon liittyvän tiedonkulun osalta. Kokemuksiemme mukaan lääkemutokset voivat jäädä huomaamatta niin, etteivät ne esimerkiksi sähköisestä potilasjärjestelmästä tule huomatuksi. Tiedonkulun katkos saattaa esiintyä myös siten, ettei asiakkaan lääkekorttia ole päivitetty tai päivitetty lääkekortti ei siirry asiakkaan luona olevaan kotihoidon kansioon asti. Myös asteittaisesti muuttuvat lääkeannokset saattavat jäädä huomioimatta päivittäisessä hoidossa.

6.2 Hyvä lääkehoito

Hyvä lääkehoito on:

- › Asiakkaan hoitoon osallistuvien henkilöiden saumatonta yhteistyötä.
- › Lääkkeiden tarkastamis- ja vähentämistoimenpiteiden säännöllistä toteuttamista.
- › Vanhuksien oireiden, käyttäytymisen ja kognitiivisten toimintojen tarkkailua.
- › Kuntouttavaa työtettä ja muiden kuin lääkkeellisten hoitojen toteuttamista.
- › Sosiaalisuuden, liikunnallisuuden, ravitsemuksen ja nestetasapainon hyvää ylläpitämistä.
- › Lääkkeiden vaikutuksista, haittavaikutuksista, eri hoitovaihtoehdoista ja normaaleista fyysisistä muutoksista informointia asiakkaalle sekä heidän omaisille. (Kivelä 2004, 95.)

Laadukas lääkehoidon toteutus edellyttää henkilöstöltä asianmukaista tietoa ja taitoa. Lääkkeen vaikuttavuuden seuranta on tärkeä osa lääkehoidon toteutusta. Kotihoidossa ovat merkittävässä asemassa asiakkaan omat itsehoitotaidot ja häntä hoitavien ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön yhteistyö. Lääkehoitoa toteuttava hoitaja tekee havaintoja lääkkeen vaikutuksista yhdessä asiakkaan ja hoitavan lääkärin kanssa. Lääkehoitoa koskevat tiedot dokumentoidaan asianmukaisesti. (STM 2006a, 37.) Erityisesti paljon lääkkeitä käyttävän potilaan lääkehoidon arviointi on paikallaan tai kun niiden indikaatio on epäselvä tai suunnitellaan uuden lääkkeen aloittamista (Hartikainen & Seppälä 2007, 4762).

6.3 Turvallinen lääkehoito

Lääkehoidon toteutuksen lähtökohtana on varmistaa, että oikea lääke menee oikealle henkilölle, oikeaan aikaan, oikein annosteltuna ja oikeaa antoreittiä pitkin (Sairaanhoitajaliitto 2009). Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut *Turvallinen lääkehoito*-oppaan, jossa on yleiset ohjeet ja periaatteet lääkehoitoa koskien. Oppaan mukaan lääkehoidon toteuttaminen perustuu jokaisessa organi-

saatiossa laadittavaan lääkehoitosuunnitelmaan, josta ilmenee lääkehoidon toteuttamisen kannalta oleelliset tekijät ja prosessit eri vaiheineen. Lääkehoitosuunnitelmaan sisältyy lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, lääkehoidon osamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako sekä lupakäytännöt. Lisäksi se sisältää lääkkeiden tilaamisen, säilytyksen, valmistamisen, käyttökuntoon saattamisen, palauttamisen, lääkeinformaation, lääkkeiden jakamisen ja antamisen, potilaiden ohjauksen ja neuvonnan, lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin, dokumentoinnin ja tiedonkulun sekä seuranta- ja palvelujärjestelmät. (STM 2006a, 43.)

Lääkehoidon toteutus perustuu lääkärin tutkimukseen. Lisäksi koulututtanut sairaanhoitaja voi osallistua lääkehoidon tarpeen arviointiin. Lääkemääräystä tehdessä tulee huomioida lääkkeen tarve, teho, turvallisuus ja hinta. (STM 2006a, 36.) Lääkitysarvioon ja hoitosuunnitelman toteuttamiseen voi potilaan, lääkärin ja hoitajan lisäksi osallistua tarvittaessa farmaseuttisen koulutuksen saanut henkilö (Hartikainen, Saarelma, Lönnroos & Seppälä 2006, 4354).

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön liittyy kiinteästi lääkehuolto. Tavoitteena on laadukas, kohtuuhintainen ja kustannusvaikuttava lääkehoito kaikille sitä tarvitseville. Hyvin toimivat sosiaali- ja terveystyöpalvelut hyötyvät lääkehuollon palveluista ja päinvastoin. Lääkkeiden hyvä saatavuus ja ammatillisesti toimiva lääkkeiden jakelu on turvattava kaikissa olosuhteissa. (STM 2010b.) Lääkehoito on keskeinen lääketieteellinen hoitokeino. Riippumatta missä sitä toteutetaan, lääkehoito on terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa. Parhaimmillaan lääkehoito on moniammatillista yhteistyötä mikä ylittää toimintayksiköiden ja organisaatioiden rajat. (STM 2006a, 36.)

6.4 Vanhusten lääkehoito

Vanhusten lääkkeiden käyttö on lisääntynyt. Suuri osa vanhuksista käyttää samanaikaisesti useita ja monien eri lääkäreiden määräämiä lääkkeitä ja vapaasti saatavilla olevia käsikauppalääkkeitä. Näihin liittyy päällekkäislääkityksen ja yhteisvaikutusten riski. Suuri ongelma on runsas psyykenlääkkeiden määräämi-

nen ja käyttö. Lääkkeitä käyttävän vanhuspotilaan lääkityksen tarpeen ja turvallisuuden arviointi on tehtävä vähintään kerran vuodessa. Vanhusten lääkehoiosta vastaaville on tarjolla useita hyväksi katsottuja työtapoja ja käytännön työkaluja. Keskeisenä tavoitteena on turvallinen ja tehokas lääkehoito. (STM 2007b.)

lääkkään potilaan lääkehoidon periaatteet:

- › Lääkäri selvittää potilaan sairauden, käytössä olevat lääkkeet ja määrittelee näiden käyttötarkoituksen.
- › Hoitaja tutustuu lääkärin määräämiin lääkkeisiin.
- › Hoitaja huomioi sopivan annoksen ja annostuksen.
- › Lääkäri tarkistaa lääkityksen aiheellisuuden ja sopivuuden säännöllisesti.
- › Päämääränä on että potilaalla, omaishoitajalla ja hoitajalla on käsitys lääkkeen käyttötarkoituksesta. (Hartikainen ym. 2006, 4354.)

Asetuksessa lääkkeen määräämisestä 1088/2010 tulee esiin, että lääkemäärääjän on omalla tutkimuksellaan tai jollain muulla luotettavalla tavalla varmistuttava henkilön lääkityksen tarpeesta. Lääkityksen tarpeellisuuteen sekä valittavan lääkkeen tehoon, turvallisuuteen ja hintaan tulee kiinnittää erityistä huomiota. Lääkemääräyksen antaminen tai uusiminen edellyttää, että lääkkeen määrääjä on henkilökohtaisesti tutkinut potilaan kuluneen vuoden aikana. Ainoastaan jos lääkkeen määrääjä voi potilasasiakirjojen tai muiden tietojen perusteella luotettavasti varmistua lääkehoidon tarpeesta, ei henkilökohtaista tutkimusta edellytetä. Käytännössä asetuksen teksti merkitsee ikääntyneen, lääkkeitä käyttävän potilaan lääkityksen tarpeen ja turvallisuuden arviointia vähintään kerran vuodessa. Hyvin monien vanhusten kohdalla asetus ei toteudu. (STM 2007b.)

6.5 Haasteet vanhusten lääkehoidon toteutuksessa

Väärän lääkkeen antaminen tai väärä annostelu ovat tavallisimpia virheitä asiakkaan hoidossa. Sairaanhoitajat kokevat olevansa tulkkeina lääkärin ja asiakkaan välillä. Heiskanen-Haaralan (2012) mukaan sairaanhoitajilla on hyvät valmiudet lääkehoidon ohjaukseen mutta farmakologisessa tietopohjassa on puut-

teita. Tätä voisi kehittää koulutuksin, materiaalein ja antamalla mahdollisuuksia irrottautua työstä lääkehoidon ohjaukseen. (Heiskanen-Haarala 2012, 48–49.)

TAULUKKO 1. Poikkeamat vanhusten lääkehoidon toteutuksessa

- ~ Virheellisen diagnoosin tai sen tekemisen viivästyminen.
- ~ Huomioimatta jääneet asiakkaan lääkeaineallergiat, lääkkeiden yhteiskäytön ongelmat tai lääkkeiden vasta-aiheet.
- ~ Väärin tehty valinta lääkeaineen, -valmisteen, lääkemuodon, vahvuuden, antoreitin tai hoitojakson pituuden suhteen.
- ~ Väärä tai epäselvä lääkemääräys, joka johtaa väärinymmärryksiin ja edelleen lääkehoitopoikkeamaan.
- ~ Vajaaksi jäänyt tai ristiriitainen lääkeneuvonta ja -ohjaus.
- ~ Lääkemääräyksen väärinkirjaaminen potilastietoihin.
- ~ Lääkemääräystä siirrettäessä tai kopioidessa tapahtuva virhe.
- ~ Suullisen määräyksen virheellinen tulkinta.
- ~ Lääkkeen jakaminen tai annostelu väärin.
- ~ Virheelliseen aikaan ja tapaan annettu lääke.
- ~ Lääkkeen antaminen väärälle potilaalle tai kokonaan antamatta jättäminen.
- ~ Puutteellinen lääkehoidon seuranta.
- ~ Osastolta kotiin siirtymisen yhteydessä tiedonsiirrossa puutteita sen vastaanottamisessa tai käsittelyssä. (STM 2006a, 36–39.)

TAULUKKO 2. Vanhusten (yli 75-vuotiaiden) lääkehoidon haasteet

- ~ Vähintään yksi kymmenestä käyttää sopimattomia lääkkeitä.
- ~ Vähintään yksi kymmenestä käyttää kahta tai useampaa psyykenlääkettä samanaikaisesti, todennäköisesti vain osa käytöstä on perusteltua.
- ~ Vähintään yksi kymmenestä käyttää kahta tai useampaa saman lääke-ryhmän lääkettä, todennäköisesti vain osa käytöstä on perusteltua.
- ~ Vähintään yksi kymmenestä käyttää lääkeyhdistelmää, johon liittyy vakavan yhteisvaikutuksen riski.
- ~ Osa vanhusten sairaalahoitajaksista on seurausta lääkityksen ongelmista. Kyseessä voi olla yhteen sopimattomat lääkkeet, liikalääkitys tai alilääkitys. (STM 2007b.)

Suurimmat haasteet avohoidossa liittyvät lääkehoidon kokonaisvastuuseen ja tiedonkulkuun. Seuraavassa taulukossa on lueteltuna asiat, jotka vaativat erityistä huomiota vanhusten lääkehoidon toteutuksessa.

TAULUKKO 3. Huomiota vaativat asiat vanhusten lääkehoidossa

- ~ Vanhus, jolla on yksi tai useampia pitkäaikaissairauksia, tarvitsee säännöllistä seurantaa, ja hänen lääkityksensä tulee arvioida vähintään kerran vuodessa.
- ~ Sairaalahoitajaksolla tilapäiseen käyttöön tarkoitetut lääkkeet (erityisesti uni- ja rauhoittavat lääkkeet sekä kipulääkkeet) voivat "jäädä päälle" ja potilaan lääkitys on tarkistettava osastohoidon päättyessä.
- ~ Terveyskeskusten reseptinuusimiskäytännöt vaihtelevat; reseptin uusimisen tarvetta pohditaan liian harvoin erityisesti uni- ja rauhoittavien lääkkeiden kohdalla. (STM 2007b.)

Nopean kehityksen myötä ikääntyneitä yli 80-vuotiaita on yhä enemmän keskuudessamme. Tieteelliset tutkimukset eivät ole pystyneet seuraamaan tätä nopeaa muutosta. Ikääntymisen tuomat muutokset itsessään tuovat haasteita lääkehoidon toteutumiseen arjessa. Iän myötä tullut kömpelyys voi vaikeuttaa lääkepurkki avaamista tai tabletin ottamista purkista. Käsien vapina voi vaikeuttaa nestemäisen lääkkeen käsittelyä lusikalle annosteltuna. Muisti temppuilee ja lääke voi jäädä kokonaan ottamatta. (Kivelä 2005, 18.)

Moni ikääntynyt on monisairas ja saattaa käyttää suuria määriä lääkkeitä asianmukaista lääkehoitoakin toteutettaessa, mutta muistakin syistä ikääntyneiden käytössä olevat lääkemäärät ovat kasvaneet. Yksi tekijä voi olla ongelmaksi muodostunut yksinäisyys. Ikääntyneet kärsivät myös huonosta unenlaadusta, joka lisää unilääkkeiden tarvetta, koska he eivät tiedä tavanomaisia vanhenemisprosessiin liittyviä muutoksia tai nukahtamislääkkeiden haittavaikutuksia. Ikääntyneiden oireiden syyt saattavat jäädä selvittämättä ja oireenmukaisesti lääkettä määrättäessä voi unohtua vanhetessa vähentyvä lääkkeiden sietokyky ja jo käytössä olevat lääkkeet. Mahdollisesti määrätään lääke toisen lääkkeen haittavaikutuksia lievittämään. Nämä syyt muun muassa saattavat olla syynä ikääntyneiden käytössä olevien lääkkeiden määrään jatkuvaan lisääntymiseen. Haasteensa tuo lääkkeiden haittavaikutusten tunnistaminen. (Kivelä 2004, 94, 96.)

Vanhuksen lääkehoitoon kotona osallistuu lääkehoitoon koulutuksen saaneiden lisäksi kouluttamattomia omaisia ja toisen alan työntekijöitä. Myös vanhukset itse toteuttavat omaa lääkehoitoaan, ja heillä voi olla useita erilaisia valmisteita käytössään. (Nyman 2009, 235.)

Hoitovastuun jakautuminen usealle lääkärille tai hoitoyksikölle lisää päällekkäislääkityksen riskiä, lääkkeiden haittavaikutuksia ja yhteisvaikutuksia. Vanhukset itse tunnistavat haittavaikutukset huonosti, ja he saattavat pitää niitä ikääntymiseen kuuluvina ilmiöinä. (Hartikainen & Seppälä 2007, 4762.) Erityisesti on huomioitava, että joka kolmas sairaalahoidossa olevasta vanhuksesta on joutunut hoitojaksolle lääkehaittojen vuoksi (Uusimäki 2008). Lääkkeiden yhteisvaikutukset, liikalääkitys tai alilääkitys voivat aiheuttaa sairaalajakson. Etenkin run-

sas psyykenlääkkeiden käyttö on ongelmallista. Vanhusten lääkehoidossa hoitohenkilökunnan osaaminen ja vastuu korostuvat, koska ikääntyneiden toimintakyky ja aistitoiminnot usein heikkenevät. (Nyman 2009, 236–238.)

6.6 Keinoja turvallisen lääkehoidon edistämiseen vanhuksilla

Eräässä tutkimuksessa suositellaan, että farmaseutti ja lääkäri tarkastavat myös automatisoidusti jaettuja lääkkeitä nauttivien lääkityksen perusteellisesti. Siten lääkehoidon laatua voidaan parantaa. (Kwint, Faher, Gussekloo & Bouvy 2011, 305, 312–313.) Lääkärin tulee tarkastaessa ottaa huomioon myös turvallisuus, indikaatiot, annostus, mahdolliset yhteisvaikutukset ja toteutus silloinkin, kun potilaan tilassa ei tapahdu muutoksia (STM 2007b). Tarkastaessa poistetaan tarpeettomat, haitalliset tai mahdollisesti haitalliset lääkkeet sekä katsotaan että lääkehoito on asianmukaista. Lääkkeiden haittavaikutusten havaitseminen edellyttää asiakkaan oireiden ja lääkkeen vaikutusten seuraamisen lisäksi hoitohenkilökunnalta tietämystä lääkkeiden haittavaikutuksista. Vanhusten lääkehoito tuo omat ominaispiirteensä haittavaikutusten osalta. (Kivelä 2004, 96.) Potilasta hoitavilla muilla terveydenhuollon ammattilaisilla on velvollisuus käyttää ammatitaitoaan lääkityksessä esiin tulevien mahdollisten ongelmakohtien tunnistamiseen. Joillakin apteekeilla on tarjolla palvelu, jossa farmaseutti omalla osaamisellaan arvioi kokonaislääkitystä ja tarvittaessa käy myös potilaan kotona selvittämässä potilaan käytössä olevat lääkkeet. (STM 2007b.)

Selkeät ja yhtenäiset reseptinuusimiskäytännöt perusterveydenhuollossa turvaavat potilaalle hyvän lääkehoidon seurannan. Reseptinuusinnan tulisi sisältyä potilaan suunnitelmalliseen hoitoon. (STM 2007b.) Parhailaan on käynnissä siirtymävaihe perinteisestä paperisesta reseptin käytöstä e-reseptin käyttöön, joka osaltaan lisää lääketurvallisuutta. Siinä potilaan kaikki reseptit on tallennettu reseptikeskukseen, mistä lääkäri voi potilaan suostumuksella tarkistaa potilaan kokonaislääkityksen ja ehkäistä lääkkeiden haitallisia yhteisvaikutuksia ja päällekkäisyyksiä. Myös sairaanhoitaja voi potilaan suostumuksella tarkastella reseptikeskuksessa olevia tietoja. E-reseptin käyttöönoton jälkeen kaikilla ter-

veydenhuollon toimipisteillä ja apteekeilla on käytössään yhtenäiseen lääketietokantaan perustuvat tiedot. (Kanta 2012.)

Kotona asuvien iäkkäiden kotisairaanhoidokäynnit ovat hyvä tilaisuus selvittää lääkitys. Kotihoidon henkilökunnalla on usein lääkäriä parempi käsitys miten, kuinka paljon ja mitä lääkkeitä potilas oikeasti käyttää. Kanadalaistutkimuksessa kävi ilmi, että kotikäynneillä puolelta potilaista löytyi aiemmin mainitsematon säännöllisessä käytössä oleva lääke ja joka viidenneltä löytyi vähintään yksi reseptilääke. Unohtuneita lääkkeitä olivat muun muassa varfariini, alendronaatti, insuliini ja silmätipat. Omaisen ottaminen mukaan selvitystilanteeseen on tärkeää varsinkin muistisairauksista kärsivillä potilailla. (Hartikainen ym. 2006, 4353.)

Lääkehoidon toteutuksesta on kysyttävä asianomaiselta suoraan. On selvitettävä kykeneekö potilas huolehtimaan itse lääkityksestään, tarvitseeko tai kykeneekö hän käyttämään annostelijaa vai pitäisikö vastuu lääkehoidon toteuttamisesta siirtää potilaan läheiselle tai kotihoidon työntekijälle. On aiheellista selvittää silmätippojen laiton, insuliinin tai muiden ihon alle annosteltavien lääkkeiden pistämisen ja hengitysteihin annosteltavien lääkkeiden käyttötaidot. (Hartikainen ym. 2006, 4353.) Onnistunut lääkehoito edellyttää oikeaa lääkevalintaa oikein perustein. Lähtökohtana lääkehoidon aloittamiselle on potilaan yksilölliset terveystarpeet. Lääkehoidon vaikuttavuus on sen jatkumisen peruste. (STM 2006a, 36.)

Asianmukaisesti toteutettuna lääkehoito parantaa sairauden oireita, toimintakykyä sekä ennustetta. Lääkehoito kuuluu sairauksien hoitoon mutta se ei saa olla ainoa hoidollinen keino. Oikean lääkeannoksen määrittäminen tulee perustua asiakkaan ikään, painoon, ravitsemustilaan, munuaisten toimintakykyyn, sairauteen ja yleiseen toimintakykyyn. Asiakkaille ja potilaille tulee ymmärrettävästi ja asiallisesti kertoa lääkkeiden käytöstä, käytön syistä, haitta- ja yhteisvaikutuksista ja lääkkeiden käyttöön ja tarkistukseen liittyvistä asioista. Etenkin iäkkäillä tulee olla kirjalliset ohjeet jotka sisältävät heidän käytössä olevat lääkkeet, ottoajat ja annokset. Lääkekustannusasiat ovat pienituloisille eläkeläisille tärkeitä. On huomioitava että kalliit lääkkeet saattaa eläkeläisellä jäädä tyystin hankkimatta ilman että hän kertoo siitä kenellekään. (Kivelä 2004, 96, 102–103.)

Toisaalta lääkehoidon kokonaiskustannusten ja korvausperusteiden tarkistaminen voi parantaa lääkemyöntyvyyttä (Hartikainen ym. 2006, 4354).

6.7 Lääkehoidon toteuttamista koskeva säädäntö kotihoidossa

Terveyspalvelujen käyttäjällä on oikeus saada tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, jonka *laki potilaan asemasta ja oikeudesta* 785/1992 määrää. Potilaan riittävä tiedon saanti lääkehoidon tavoitteista, vaikutuksista, seurannasta, arvioinnista, yhteisvaikutuksista sekä mahdollisista sivuvaikutuksista sekä mahdollisuus osallistua lääkehoidon suunnitteluun tulee olla mahdollista. Antoipa lääkehoitoa kuka tahansa, se on aina terveyden ja sairaanhoitoa toimintaa. Voimassa olevia terveydenhuoltoa koskevia säädöksiä sovelletaan, vaikka lääkehoito toteutettaisiin muualla kuin terveystoimen alaisissa yksiköissä. Vaikka kotihoito sijoittuisikin hallinnollisesti sosiaalitoimen alaisuuteen potilaslaki ja lääkehoitoa koskevat muut lait koskevat myös kotihoidossa annettavaa lääkehoitoa. (Hägg ym. 2007, 114.)

Fimea on sosiaali- ja terveysministeriön alainen keskusvirasto, jonka toiminta perustuu lainsäädäntöön. Fimea antaa lääkealan toimijoille, kuten lääkäreille sitovia määräyksiä. Lääkäri päättää lääkehoidon tarpeellisuudesta ja sen toteuttamisesta. *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä* 1088/2010 määrittää lääkemääräystä yksityiskohtaisemmin (STM 2010a). Lääkehoidon toteuttamisesta kantavat kokonaisvastuun lääkehoidon koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Potilashoitoon liittyvästä tehtävänjaosta päättäminen, neuvonta, ohjaus ja valvonta sekä lääkehoito sisältyvät kokonaisvastuuseen. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan työntekijöiden osaaminen ja kyvyt vaativan lääkehoidon antamiseen varmistetaan toimintayksiköissä lääkehoidon vaativuuden mukaan 2-5 vuoden välein. (Hägg ym. 2007, 114.)

7 ANNOSJAKELU

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2007b) kuntainfon mukaan koneellisen annosjakelun käyttö edistää lääketurvallisuutta. Kotihoidossa olevien vanhusten lääkehoidon tarkistusta ja laitoshoidossa olevien psyykenlääkitystä vertaillaan ja arvioidaan säännöllisesti Stakesin ylläpitämällä RAI-tietojärjestelmällä. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja lääninhallitukset ohjaavat ja valvovat vanhusten lääkehoidon toteutumista etenkin laitoshoidossa. TEO ja lääninhallitukset ottavat vanhusten lääkehoidon valvonnan tulevan toiminnan yhdeksi keskeiseksi teemaksi. (STM 2007b.)

Koneellinen annosjakelu on palvelu joka on aloitettu vuonna 2002 Suomen apteekkariliiton toimesta (Kärkkäinen 2004, 19). Vuonna 2003 annosjakelu laajennettiin koko maahan (Nyman 2009, 236). Sen tavoitteena on olla kustannustehokas ja järkevä lääkehoidon tuki. Palvelu vähentää asiakkaan ja yhteiskunnan lääkekustannuksia ja hoitavalla henkilökunnalla jää enemmän aikaa muuhun hoitotyöhön. Lääketurvallisuus lisääntyy, koska annosjakeluyksikkö tekee jokaiselle asiakkaalle kartoituksen lääkkeiden interaktioista. Interaktiosta tiedotetaan hoitavaa lääkärinä joka tekee päätöksen mahdollisista muutoksista. (STM 2007b.)

Koneellinen annosjakelu on toimintamalli, jossa apteekki tekee sopimuksen asiakkaan tai hänen valtuuttaman henkilön kanssa ja toimittaa potilaan lääkkeet annoskohtaisesti pakattuina kahdeksi viikoksi kerrallaan. Ennen annosjakelun aloittamista lääkäri tarkistaa kokonaislääkityksen. (STM 2007b.) Yhtenäisessä nauhassa olevat annosjakelupussit ovat aikajärjestyksessä siten, että niissä on asiakkaan nimi, ottopäivämäärä ja –aika sekä otettavien lääkkeiden nimet. Lääkkeiden aikataulua voi myös muokata yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Kärkkäinen 2004, 18.) Kahdeksi viikoksi jaettujen lääkkeiden mukana tulee lisäksi ajan tasalla oleva lääkityskortti, josta käyvät ilmi käytössä olevat lääkkeet ja niiden annostukset. Apteekki myös tarkistaa asiakkaan kokonaislääkityksen. Palvelu on hyödyllinen erityisesti niille, joilla on jatkuvassa käytössä useita lääkkeitä. (Apteekkariliitto 2010.) Eniten säästöä tulee asiakkaille, jotka käyttävät vähintään kuutta lääkettä. Useampi kuin kaksi kolmasosaa yli 75-vuotiaista täyttä-

neistä vanhuksista käyttääkin vähintään kuutta lääketta. (Nyman 2009, 236, 240.) Lääketurvallisuus paranee kun kokonaislääkitys on sekä lääkärin että apteekin tiedossa. Kokonaislääkityksen tarkistuksen lisäksi selvitetään mahdollisesti tarpeettomia ja päällekkäisiä lääkkeitä sekä varmistetaan käytössä olevien lääkkeiden sopivuus samanaikaisesti käytettäväksi. Kokonaislääkityksen tarkistuksen avulla voidaan poistaa mahdollisesti haitallisia lääkeyhdistelmiä ja vähentää potilaan lääkekuormaa. Hoitava lääkäri päättää mahdollisista lääkitysmuutoksista joita on tarkistuksessa tullut esille. Kaikkia lääkkeitä ei ole kuitenkaan mahdollista jakaa annosjakelukoneilla, esimerkkinä vaihteleva antikoagulantti-lääkitys. (Apteekkariliitto 2010.)

Apteekki voi tarjota palvelua jossa farmaseutti kartoittaa kokonaislääkityksen ja tarvittaessa käydä asiakkaan kotona. Myös hoitava lääkäri voi lähettää asiakkaan apteekkiin lääkkeiden kokonaisarvioinnille, jossa selviää käytössä olevat lääkkeet, niiden yhteiskäyttö ja turvallisuus. Tästä apteekki laskuttaa terveyskeskusta. (Nyman 2009, 241.)

Lääkevaihdon yhteydessä tai asiakkaan tilan muuttuessa lääkehävikkiä jää enintään kahden viikon ajalta, kun normaalisti jätettä jäisi jopa kolmen kuukauden tarvetta vastaava määrä. On myös tärkeää, ettei kotiin kerry sekaannusta aiheuttavia lääkkeitä. Apteekki seuraa reseptilääkkeiden omavastuuosuuden katon täyttymistä ja hinnoittelee lääkkeet käyttäen suurimpia ja edullisimpia pakkauskokoja, jotka kuuluvat Kelan sairausvakuutusjärjestelmän piiriin. Apteekki vaihtaa käytössä olevan lääkevalmisteen halvimpaan vaihtoehtoon. Lääkevalikoimassa on 244-300 lääkevalmistetta ja siinä on eläkeikäisillä eniten käytössä olevat lääkkeet. Annosjakeluun eivät sovellu sellaiset valmisteet, jotka ovat valonherkkiä tai helposti kostuvia. Myöskään antibiootteja, kuuriluonteisia valmisteita tai opioideja ei annosjakelussa voi jakaa. (Nyman 2009, 236.)

7.1 Annosjakelun tuomat säästöt ja korvattavuus

Annosjakelussa syntyy säästöjä siitä, kun asiakas maksaa ainoastaan toimitetuista lääkkeistä eikä kokonaisista lääkepakkauksista. Näin kotiin ei kerry turhia

lääkkeitä ja lääkitysmuutoksen aiheuttama lääkehävikin määrä pienenee. Annosjakelussa käytettävät suuret, edullisemmat lääkepakkaukset, joissa lääkkeiden yksikköhinnat ovat edullisempia. Myös kokonaislääkityksen tarkistuksen seurauksena keventynyt lääkitys tuo säästöä. Käytössä on lääkevaihdon piirissä olevia edullisia lääkevalmisteita. Annospussien lisäksi apteekki perii palkkion kokonaislääkityksen tarkistuksesta sekä annosjakelureseptien hallinnoinnista. Rajattu potilasryhmä saa annosjakelusta perittävästä palkkiosta korvauksen. Kela korvaa 75 vuotta täyttäneille osittain annosjakelusta perittävän palkkion, jos lääkäri on arvioinut heidän hyötyvän annosjakelusta. Edellytyksenä annosjakelusta perittävän palkkion korvaamisesta asiakkaalle on, että Kansaneläkelaitos ja apteekki ovat tehneet keskenään sopimuksen korvattavan annosjakelupalvelun tarjoamisesta. (Apteekkariliitto 2010.)

Laskelmien mukaan koneellinen annosjakelu tuo lääkkeiden osalta säästöä 53%:lle käyttäjistä ja 0,21€ päivää kohden. Avohoidossa noin puolet säästöistä koituu asiakkaalle ja puolet Kelan sairausvakuutukselle. (Nyman 2009, 240–241.) Apteekin perimän annosjakelupalkkion suuruus oli vuonna 2007 keskimäärin 5,24 euroa viikossa (Edilex 2008). Annosjakelupalvelun käytön edullisuus riippuu osaltaan apteekin perimästä annosjakelupalkkiosta. Kaikki asiakkaat eivät hyödy annosjakelusta. Annosjakeluun ei ole hyödyllistä siirtyä jos käytössä lääkevalmisteita on käytössä vain muutama ja jos niiden käytössä ei ole ongelmia. palvelun käyttö ei myöskään sovi sellaisille henkilöille joiden lääkitys vaihtuu usein tai lääkkeet eivät ole annosjakelun lääkevalikoimassa. (Nyman 2009, 242, 245).

Lääkkeitä palautetaan apteekkeihin vuosittain 1,6 miljoonaa lääkepakkausta. Niistä suurin osa on reseptilääkkeitä. Kaksi kolmasosaa on avaamattomia pakkauksia tai vähintään puolet pakkauksen sisältämistä lääkkeistä on käyttämättä. Palautetuista lääkkeistä noin 70% on vanhentuneita. Syy palautukseen on tarpeeseen nähden liian suuri pakkauskoko ja muutokset lääkityksessä. Erittäin suuri osa käyttämättömistä ja vanhentuneista lääkkeistä päättyy viemäriin tai roskeen. Annosjakelu vähentää syntyviä jäteongelmia. (Nyman 2009, 240.)

7.2 Annosjakelupalkkion korvattavuus

Potilas saa korvauksen yhden viikon hoitoaikaa vastaavien lääkkeiden annosjakelusta perittävästä palkkiosta 42% ja enintään 3 euron suuruisen annosjakelupalkkion määrästä, jolloin korvaus on enimmillään 1,26 euroa/viikko. Asiakkaalle maksettavaksi jäävä omavastuuosuus ei kasvata vuosittaista omavastuuosuutta eikä siitä saa lisäkorvausta. Annosjakelusta perittävän palkkion korvaukset on kohdistettu tietyille käyttäjille. (Kela 2012.)

Lääkkeiden annosjakelua käyttävistä asiakkaista suurin osa on ikääntyneitä ja monisairaita henkilöitä, jotka käyttävät useita lääkkeitä. Useampia lääkkeitä käyttäville annosjakelu antaa suurimman hyödyn mutta 6-7 euron viikkopalkkio saattaa jollekin ikääntyneelle olla liian suuri kustannus. (Peura 2007, 4.)

Annosjakelupalkkion korvaamisen edellytykset potilaalle ovat:

- › on täyttänyt 75 vuotta
- › käytössä on annosjakelun alkaessa vähintään kuusi annosjakeluun soveltuvaa korvattavaa lääkettä
- › lääkitys on tarkistettu tarpeettomien, keskenään yhtyeensopimattomien ja päällekkäisten lääkitysten poistamiseksi
- › annosjakeluun siirtyminen on pitkäaikaisessa lääkehoidossa lääketieteelliseltä kannalta perusteltua.

Peruste annosjakeluun siirtymisestä osoitetaan lääkärin lääkemääräykseen tekemällä merkinnällä ”Annosjakelu”. (Kela 2012.)

Tuntuvien säästöjen saaminen annosjakelua käyttämällä on mahdollista kun lääkitys tarkistetaan, tarpeettomat lääkkeet poistetaan ja lääkehävikki minimoituu (Peura 2007, 4).

7.3 Annosjakelu Vantaan kaupungilla

Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunta päätti järjestää 1.1.2007 lähtien palvelutalojen ja kotihoidon asiakkaiden lääkkeiden annostelun koneellisen annosjakelun avulla. Tiedotteessa Pesonen (2006) kertoo perusteluiksi muun muassa säästöt kotihoidon asiakkaiden lääkekustannuksiin, lääketurvallisuuden

lisääntymisen sekä oletuksen, että hoitohenkilökunnalta jää enemmän aikaa varsinaiseen hoitotyöhön.

Kotihoidon tehtävät lisääntyvät lähivuosina väestön ikääntymisen ja palvelutarpeiden lisääntymisen vuoksi. Toimintatapoja järjeistämällä voidaan lääkkeiden annostelusta vapautuva työaika käyttää asiakkaiden lisääntyviin hoito- ja hoivatehtäviin ja hoitaa useampia asiakkaita samalla henkilökunnalla. Kotihoito huolehtii jatkossakin asiakkaiden lääkehoidosta kokonaisuutena, johon uudeksi työmuodoksi liitetään lääkkeiden annostelun siirtyminen yhteistyössä apteekkien kanssa koneellisen annosjakeluyksikön tehtäväksi. (Pesonen 2006.)

8 AIHEESEEN LIITTYVÄT TUTKIMUKSET

8.1 ANJA-lääkejakelu työntekijöiden kokemana Vaasassa

Björkholm (2010) on toteuttanut Vaasassa opinnäytetyön koskien annosjakeluun siirtymistä työntekijöiden kokemana. Työssä tarkasteltiin toimivuutta, turvallisuutta ja moniammatillista yhteistyötä. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat palveluasumisessa ja kotihoidossa toimivat työntekijät, jotka osallistuvat ANJA-lääkejakeluun. Havaintoyksikköinä olivat Vaasan kaikkien terveysasemien lääkärin, kotisairaanhoidon- ja palveluasumisen lähihoitajat, vastaavat ohjaajat ja sairaanhoitajat sekä koneellisen lääkejakelun yhdysapteekien henkilökunta. Yhdysapteekeista havaintoyksiköiksi valittiin apteekista koneelliseen lääkejakeluun osallistuva henkilökunta. Kyselylomakkeita lähetettiin kaikkiaan 341 ja vastauksia saatiin yhteensä 109 eli vastausprosentti oli 32%. (Björkholm 2010, 2, 29.) Lopullista kyselyyn vastanneiden määrää tarkastellen, voidaan todeta että kato oli huomattavan suuri.

Toimivuuden osalta kävi ilmi että reseptinkäsittelyn väheneminen huomattavasti, koska ANJA-lääkejakelua varten lääkäri kirjoitti vuoden lääkereseptin. Osa vastanneista koki, että pussien käyttäminen ja lääkejakelu toimivat hyvin. Annospussit olivat hygieenisinä, selkeitä ja lääkkeiden säilyvyys parani. Lääkejakelu toimi hyvin silloin, kun lääkemuutoksia ei tullut ja pussin rinnalla ei tarvittu dosettia. Toimivuutta heikensi annospussien huono käytettävyys. Avaaminen oli hankalaa eivätkä annospussit estäneet lääkkeenottovirheitä. Annospussien materiaali on helposti repeävää ja sisältö tipahti helposti lattialle eikä tilalle ollut uutta. Annospussien sisältö siirrettiin dosetteihin, koska annospussien avaaminen ja niistä lääkkeiden ottaminen oli asiakkaille hankalaa. Lääkemuutoksia tuli usein ja ne lisäsivät hoitajien työtä ja oli merkittävä toimivuutta heikentävä tekijä. Annospussien käyttämisessä tarvittiin hoitajan apua tai potilaalla oli oltava näppärät sormet ja hyvä näkö. Työtä haittasi myös huono tiedonkulku. Tietoa ei saatu riittävästi, jotta olisi pystytty ylläpitämään Pegasos-potilastietokannan lääkelistoja reaaliaikaisina.

Potilaiden lääkekustannusten uskottiin laskeneen. ANJA- lääkejaku oli tasa-
puolinen ja vähentänyt vastanneiden työaika lääkehoidossa. Hoitajat olivat
huolissaan, etteivät kykene seuraamaan lääkehoidon vaikutusta kuten ennen ja
lääkehoitotaito heikentyy. Työmäärän ja vastuun koettiin lisääntyneen. ANJA-
lääkejaku oli vähentänyt dosettien jakamiseen kuluva työaika, mutta tilalle
oli tullut muita lääkehoitoon liittyviä tehtäviä. Työaika säästy lääkkeiden jaka-
misen osalta, mutta toisaalta aikaa kului enemmän esimerkiksi yhteistyön li-
sääntymisen vuoksi. Hoitajia huolestutti lääkevirheiden sattumanvarainen huo-
maaminen.

Lääkejakua pidettiin kokonaisuudessaan turvallisena. Turvallisuutta edisti ko-
konaislääkityksen tarkistaminen, kotilääkkeiden väheneminen ja lääkityksen
säännöllinen seuranta. Turvallisuutta edisti myös turhien lääkkeiden poistumi-
nen potilaan luota. Mikäli potilaan lääkitys pysyi samana, pussit eivät repeilleet
ja ne annettiin oikealle potilaalle, ANJA-lääkejaku koettiin turvallisiksi. Kun
reseptit olivat apteekin hallussa, se vähensi lääkkeiden väärinkäytön riskiä. Tur-
vallisuutta heikensi lääkkeen ottamiseen liittyvät ongelmat ja lääkemutosten.
Koettiin ettei saada riittävän luotettavasti tietoa muutosten ilmaantumisesta
pussiin. Lääkemutosto ei aina myöskään toteutunut sovitulla tavalla ja vanha
lääkitys saattoi jäädä päälle. Lääkkeiden ulkonäön ja nimen vaihtuminen hei-
kensivät turvallisuutta lääkemutoksia tehtäessä, mikäli sairaanhoitaja ei tunnis-
tanut lääkkeitä.

Joidenkin vastaajien mielestä yhteistyö toimi hyvin apteekkien kanssa. Toisaalta
koettiin, ettei tietoa lääkemutoksista saatu riittävän luotettavasti. Työtä vaikeut-
ti yhteydenpito useaan tahoon. Lisäksi yhteistyö oli etäistä ja aikaa vievää. Ko-
ettiin että potilaiden lääketiedoissa ja tiedon kulussa oli ongelmia. Lisäksi yhteis-
työ koettiin raskaaksi ja se lisäsi työmäärää. (Björkholm 2010. 60–68.)

8.2 Pyhäjärven kotihoidon kokemuksia

Viikilän (2009) toteuttamassa opinnäytetyössä tutkittiin koneellisen annosjake-
lun vaikutuksia Pyhäjärven kaupungin kotihoidossa sekä palvelukeskuksessa.

Tutkimuksessa selvitettiin kotihoidon asiakkaiden sekä kotihoidon ja palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 20 henkilöä; 3 kotihoidon henkilöä, 6 palvelukeskuksen henkilöä ja 11 kotihoidon asiakkaista. Aineiston keruu toteutui kotihoidon ja palvelukeskuksen työntekijöillä kyselylomakkeilla ja kotihoidon asiakkailta lomakehaastattelulla. (Viikilä 2009, 2.)

Tutkimuksessa todetaan että lääkekustannukset olivat vastaajien mielestä joko nousseet, laskeneet tai pysyneet samana. Lääketurvallisuus oli asiakkaiden ja henkilökunnan mielestä lisääntynyt. Asiakkaiden mielestä oli hyvä, ettei kotona ollut enää turhia lääkkeitä. Kotihoidon henkilökunnan mielestä työaika jäi enemmän asiakkaille ja ennaltaehkäisevään työhön. Palvelukeskuksen henkilökunnan mielestä työaika jäi enemmän asiakkaille mutta aikaa kului puolestaan muutoksesta aiheutuneisiin uusiin tehtäviin. Lääkemuutokset olivat kotihoidon ja palvelukeskuksen henkilökunnan mielestä hankalia. Lääkeosaaminen oli vähentynyt henkilökunnan mielestä. Kotihoidon asiakkaat ja henkilökunta olivat valmiita jatkamaan koneellista lääkkeiden annosjakelua mutta palvelukeskuksen henkilökunta ei puolestaan halunnut jatkaa palvelua. (Viikilä 2009, 41–42.)

8.3 Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia

Tuoreessa Hiltusen, Kanasen ja Ovaskaisen (2012) opinnäytetyössä selvitettiin Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia annosjakelusta. He teemahaastattelivat kuutta kotihoidon asiakasta. Tutkimuksessa selvisi että suuri osa haastateltavista ei tiennyt mitä lääkkeitä heillä oli käytössään ja minkä sairauden hoitoon ne oli tarkoitettu. Ilmeni, että laaja lääkearsenaali sekä lääkkeiden vaihtuminen tutusta lääkkeestä korvattavaan valmisteeseen vaikeuttivat haastateltavien tietämystä lääkkeistään. Omat sairaudet he tiesivät paremmin. Haastateltavat kokivat voivansa vaikuttaa omaan lääkehoitoonsa vaihtelevasti mutta kaikki haastateltavat eivät kokeneet siihen tarvetta. He olivat tyytyväisiä hoitajien lääkehoidosta huolehtimiseen. Tutkimus selvensi, että asiakas oli tottunut ottamaan lääkkeensä kyseenalaistamatta mitä lääkkeet olivat. Asiakkaat luottivat hoitajiin kokien että hoitajilta voi kysyä tarvittaessa neuvoa lääkehoidosta.

Koneellisesta annosjakelusta haastateltavat kokivat tulleen enemmän hyötyjä kuin haittoja. Se koettiin luotettavammaksi, koska lääkehuolto ei riipu kenenkään muistin varassa. Haittana he kokivat lääkkeiden tuoteselosteen puuttumisen. Annospussit koettiin luotettaviksi ja virheettömiksi.

Koneellisen annosjakelun laskutus oli koettu epäselväksi. Moni asiakas koki, ettei kotihoidon kustannuksiin ollut tullut muutoksia koneelliseen annosjakeluun siirtymisen jälkeen. Mutta osa haastateltavista oli eri mieltä siitä, onko hoitajilla enemmän aikaa asiakkaille koneelliseen annosjakeluun siirtymiseen jälkeen. Osa ei ollut kiinnittänyt asiaan huomiota. Erään asiakkaan mielestä aikaa oli koneelliseen annosjakeluun siirtymisen jälkeen enemmän, osaamatta kuitenkaan kertoa, kuinka se ilmeni. Koneelliseen annosjakeluun siirtyminen aiheutti tyytymättömyyttä puutteellisen tiedottamisen vuoksi. Yksi haastateltavista koki, ettei ollut saanut lainkaan tietoa siirtymisestä. Osa haastateltavista koki, että he olivat saaneet tarpeeksi tietoa siirtymisestä koneelliseen annosjakeluun. (Hiltunen, Kananen & Ovaskainen 2012, 3, 24–26.)

8.4 Lääkelogistisen palvelumalli Itä-Helsingin palvelutaloissa

Näkin (2007) opinnäytetyössä selvitettiin hoitajien työajan käyttöä ennen ja jälkeen annosjakeluun siirtymistä Itä-Helsingissä neljässä vanhusten palvelutalossa vuosina 2005 ja 2006. Tutkimus toteutettiin survey-tutkimuksena jossa työajankäyttötiedot koottiin hoitohenkilökunnalta itseraportoinnin avulla. Vastausprosentti oli molempina vuosina 63% ja vastauksia tuli yhteensä 135. Tutkimuksessa kävi ilmi, että lääkehuoltoon käytetty työaika oletetusti väheni noin 21 minuuttia vastaajaa kohti. Välittömään eli asiakkaan kanssa tapahtuvaan hoitotyöhön käytetty aika yllättäen myös väheni noin 26 minuuttia vastaajaa kohden. Välilliseen hoitotyöhön käytetty aika lisääntyi keskimäärin 90 minuuttia vastaajaa kohden, mikä on tilastollisesti merkitsevä muutos. Muu työajankäyttö (hallinnolliset tehtävät, kokoukset, koulutukset ja henkilökohtaiset tauot) lisääntyi keskimäärin 18 minuuttia vastaajaa kohden. Toimintakykyä tukevaan toimintaan käytetty aika väheni tarkastelujaksolla keskimäärin 25 minuuttia vastaajaa kohti.

Hoitajilla toimintakykyä tukeva toiminta lisääntyi hieman, mutta sairaanhoitajilla väheni merkittävästi. (Näkki 2007, 2, 41.)

Tulosten mukaan lääkkeiden käsittelystä oli vapautunut työaika, mutta se oli kohdentunut välittömän ja toimintakykyä tukevan hoitotyön sijaan välilliseen työhön. (Näkki 2007, 42.) Kuten Näkki (2007) myös Nyman (2009) toteaa, että hoitohenkilökunnan koulutuksessa tulisi edistää kuntouttavan hoitotyön osuutta. On myös riskinä, että hoitajien lääketuntemus heikkenee, jos siihen ei ole saatavilla koulutusta. (Nyman 2009, 267–268.)

8.5 Kokemukset lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta Utajärvellä

Utajärven kunnan kehitysvammapalvelussa oli vuonna 2003 kokeilussa lääkkeiden koneellinen annosjakelu, jossa mukana oli 10 asukasta. Annosjakelukokeilun aikana osa lääkkeitä vaihdettiin edullisempiin ja henkilöiden kokonaislääkitystä tarkastamisen jälkeen osa lääkkeitä jätettiin pois tarpeettomina. Kokeilun aikana kävi ilmi, että hoitajilla jää enemmän aikaa asiakkaille, koska heidän ei tarvinnut annostella lääkkeitä erikseen dosettiin tai hoitaa reseptien uusimista yhtä usein kuin ennen eikä käydä hakemassa apteekista yksittäisiä lääkkeitä. Myös huoli lääkehoidosta lieventyi. Asukkaat tottuivat annosjakelupusseihin helposti. Alkuun pussien aukaiseminen tuotti vaikeuksia ja tottumisen jälkeenkin lääkkeitä saattoi tippua lattialle. Hoitajat kokivat, että annosjakelupusseja käyttäessä lääkesekaannusten vaara oli vähäisempi kuin dosettia käytettäessä. Myös kotilomien aikana annosjakelupussien käyttö koettiin käytännölliseksi. (Kärkkäinen 2004, 17–18.)

8.6 Yhteenveto aiemmista tutkimuksista

Yhtenäistä Björkholmin (2010) ja Viikilän (2009) tutkimuksissa on, että lääketurvallisuuden koettiin parantuneen. Lääkemuutokset koettiin molemmissa hankaliksi ja toimivuutta heikentäviksi tekijöiksi. Kummassakin opinnäytetyössä kävi ilmi että lääkehoidon osaamisen koettiin heikentyneen annosjakelun tulon myö-

tä. Sitä vastoin lääketurvallisuus oli lisääntynyt kummankin tutkimuksen mukaan mutta toisaalta Björkholmin tutkimuksessa lääketurvallisuutta heikentävänä tekijänä todetaan lääkemutokset. Edellä mainittujen kahden tutkimuksen lisäksi myös Näkin (2007) tutkimuksessa kävi ilmi että työaika säästy lääkkeiden jakamisen osalta mutta annosjakelun myötä oli tullut muita työaika vieviä tehtäviä ja vastuita. Björkholmin tutkimuksessa koettiin yhteistyössä eri tahojen kanssa olevan haasteita ja työmäärän lisääntyneen lääkkeiden koneellisen annosjakelun myötä. Missään tutkimuksessa ei selvinnyt selkeästi lääkkeiden koneellisen annosjakelun vaikutuksista lääkekustannuksiin.

Lisättäköön edellisiin että Yhdysvaltain sairaaloissa tehdyissä havainnoissa automatisoidut ”lääkeannostelukaapit” paransivat lääketurvallisuutta, lisäsivät tehokkuutta ja vähensivät kustannuksia (Fanikos, Erickson, Munz, Sanborn, Ludwig & Van Hassel 2007, 2037, 2042).

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

9.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää millaisia muutoksia lääkkeiden koneelliseen annosjakelupalveluun siirtyminen on tuonut Vantaan kotihoidossa työskentelevien sairaanhoitajien työnkuvaan, työaikaan ja lääketuntemukseen, lääkekustannuksiin, lääkejakovirheisiin ja lääketurvallisuuteen. Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää kotihoidon ja annosjakelupalvelun sekä ammatillisen yhteistyön kehittämisessä. Tulokset eivät ole yleistettävissä mutta voivat olla siirrettävissä.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Miten lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun siirtyminen on vaikuttanut sairaanhoitajien työnkuvaan kotihoidossa?
- 2) Millaisia vaikutuksia lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun siirtymisellä on ollut lääkehoidon turvallisuuteen?
- 3) Miten lääkehoitoprosessi on toiminut lääkkeiden annosjakelupalveluun siirtymisen jälkeen?
- 4) Miten asiakkaat ovat kokeneet lääkkeiden annosjakelupalvelun sairaanhoitajien näkökulmasta?

9.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Alustavasti muodostettua kyselylomaketta testattiin marraskuussa 2011 pilottikyselyllä Vantaan kotihoidossa työskentelevällä sairaanhoitajalla. Pilottikysely antoi osviittaa siitä, miten kyselylomakkeen kysymykset sairaanhoitaja koki ja ymmärsi. Saimme käsitystä siitä miten kysymyksiä tuli muokata. Kysyimme korjausehdotuksia kyselylomakekysymyksiin ja tutkimuskysymyksiin. Pilottikyselyn avulla muokkasimme kysymyksiä jotta niihin olisi helppo vastata.

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Vantaan kotihoidon yksikössä työskentelevät sairaanhoitajat. Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden (LIITE 1) avulla. Opinnäytetyötä varten haimme tutkimuslupaa Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta, josta annettiin myönteinen päätös joulukuussa 2011. Pidimme sairaanhoitajille sovitusti maaliskuussa 2012 infotilaisuuden ja jätimme kyselylomakkeet täytettäväksi tutkimuksen kohderyhmälle. Kotihoidon esimies toimi opinnäytetyötä tekevien ja kotihoidon henkilökunnan välisenä yhteyshenkilönä. Infotilaisuudessa annoimme myös sairaanhoitajille saatekirjeen (LIITE 2), jossa oli kirjallisesti tietoa opinnäytetyöstämme.

9.3 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Lomakekysely oli puolistrukturoitu jossa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Laajensimme kyselyä toiseen kotihoidon koska ensimmäisestä yksiköstä vastauksia ei tullut riittävästi. Käsittelemme saadut tulokset yhdessä. Kyselyitä jaettiin yhteensä 18 ja vastauksia tuli takaisin 10. Vastaajista kahdeksan oli sairaanhoitaja ja kaksi terveydenhoitaja, joiden työkokemus kotihoidossa vaihteli kolmesta vuodesta seitsemään vuoteen. Kysely suoritettiin 13.3.- 15.4.2012 välisenä aikana. Osa kyselyyn vastanneista eivät olleet annosjakeluun siirtymisen aikana töissä. Tällöin vastaajat vastasivat kuvaten tämän hetken tilannetta. Kyselyyn vastanneiden joukossa oli myös henkilöitä joiden työkokemus sosiaali- ja terveysalalla oli lyhyt.

9.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä oli kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Sisällön analyysi on tapa kuvailla, järjestää ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä ja sillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tavoitteena on rakentaa malleja, joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää ja esittää tiivistetyssä muodossa. Tutkittavia ilmiöitä kuvaavat kategoriat ovat analyysin lopputuloksen tuotos (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-4.)

On kaksi tapaa edetä sisällön analyysissä, joko induktiivisesti (aineistolähtöisesti) tai deduktiivisesti (käyttäen jotain aikaisempaa käsitejärjestelmää), jota hyväksi käyttäen aineisto luokitellaan. Molemmissa tavoissa analyysiyksikön määrittäminen on ensimmäinen vaihe. Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ohjaa analyysiyksikön valintaa. Analyysiyksikkö voi olla sanayhdistelmä tai yksi sana, mutta se voi olla myös lause, ajatuskokonaisuus tai lausuma. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Analyysissämme analyysiyksiköitä olivat: työmäärä, työaika, lääketuntemus, asiakkaalla vietetty aika, asiakkaan lääkekustannukset, moniammatillinen yhteistyö ja lääkehoidon turvallisuus.

Aineistolähtöistä eli induktiivista analyysiprosessia kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistäminen on tutkimustehtävään liittyvän aineiston ilmaisujen koodaamista. Aineistoa voi pelkistää esimerkiksi kysymällä tutkimustehtävän mukaista kysymystä ja kirjaamalla sivun marginaaliin vastaukset jotka aineistosta löytyivät tähän kysymykseen. Pelkistetyissä ilmaisuissa aineiston tekstistä kootut ilmaisut kirjataan mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä. Ryhmittelyssä yhdistetään pelkistetyistä ilmaisusta ne asiat jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Samaan kategoriaan yhdistetään samaa tarkoittavat ilmaisut ja annetaan sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Abstrahointi eli käsitteellistäminen on yleiskäsitteiden avulla muodostettava kuvaus tutkimuskohteesta. Samansisältöiset kategoriat yhdistetään toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita jotka nimetään sisältöä hyvin kuvaavasti. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin se on sisällön kannalta mahdollista ja mielekästä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7.)

Tutkimustulokset raportoidaan analysoinnin avulla muodostetusta käsitekartasta, mallista, käsitejärjestelmästä tai kategorioista joiden lisäksi kuvataan kategorioiden sisällöt alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmaisujen avulla. Raportissa käytettäviä suoria lainauksia tulee käyttää vain esimerkinomaisesti ja niiden tarkoituksena on lisätä raportin luotettavuutta sekä osoittaa lukijalle millaisesta

alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

9.5 Aineiston luotettavuus ja eettisyys

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat uskottavuus, totuudellisuus, siirrettävyys ja vahvistettavuus. Tutkimuksen uskottavuus edellyttää tulosten selkää kuvaamista niin, että lukija ymmärtää, mitkä ovat tutkimuksen vahvuuden ja rajoitukset ja miten analyysi on tehty. Tutkimuksen uskottavuuteen vaikuttaa myös tutkijan omat ennako-odotukset ja johtopäätösten oikeellisuus sekä tutkijan neutraali suhtautuminen tutkimuksen tuloksia kohtaan. Tutkimuksen totuudellisuus merkitsee sitä, kuinka paljon tutkimuskohteen todellista tilaa tutkijan johtopäätökset vastaavat. Tutkimuksen siirrettävyys edellyttää aina huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, aineistojen keruun ja analyysin kuvailua, sekä osallistujien valinnan ja taustojen selittämistä niin että lukija voi päätellä kuinka paljon tutkimustuloksia voidaan soveltaa muihin tutkimuskohteisiin. Tutkimuksen vahvistettavuudella haetaan sitä, että kuinka paljon toiset tutkimukset tukevat tehtyjä tulkintoja. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 160; Willberg 2009.)

Haasteellista sisällönanalyysissä on tutkijan onnistuminen pelkistää aineistot ja muodostaa kategoriat niin, että ne kuvaavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti. Yhteys tulosten ja aineiston välillä on tuloksen luotettavuuden kannalta tärkeää. Teoriassa voi näyttää hyvälle muodostettu lopputulos (kategoriat, malli, käsitekartta) mutta tulosta ei voi pitää luotettavana jos yhteyttä aineistoon ei voida osoittaa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Tutkimuksen tiedonhankinnassa käytettiin eettisesti hyväksyttäviä tiedonhankintatapoja ja vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaajia informoitiin kyselylomakkeeseen liitettävällä saatekirjeellä. Opinnäytetyö ei vaatinut sen luonteen vuoksi viranomaislupaa tai tietoa rekisterinpitäjiltä. Henkilöitä koskevia tietoja ei tutkimuksen kautta ilmene, koska se on mahdollista toteuttaa ilman henkilötietoja.

Tutkimukseen osallistuminen tapahtui nimettömänä. Kerroimme tutkimukseen osallistuville henkilöille heidän oikeuksistaan, tutkimuksen tarkoituksesta, luonteesta ja siinä käytettävästä menetelmästä. Annoimme heille selvityksen siten, että tutkittava pystyi päättämään suostumuksestaan tietoisena tutkimukseen liittyvistä, hänen päätöksentekoonsa vaikuttavista seikoista. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Annoimme osallistuville henkilöille tietoa heillä olevasta oikeudesta peruuttaa antamansa suostumus milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä.

Tietosuojan olemme huomioineet opinnäytetyössä siten, ettemme tuo työsämme julki minkäänlaisia yksittäisiin henkilöihin liittyviä tietoja. Olemme pyrkineet tuomaan asiat esiin siten, että ne tutkimusongelmiin nähden ovat oleellisia. Kymmenen vastaajan joukossa oli terveydenhoitajia pieni osa, joten suorissa lainauksissa tunnistettavuuden vuoksi käytämme kaikista lyhennettä SH.

10 TUTKIMUSTULOKSET

10.1 Koneellisen annosjakelun siirtymisen vaikutukset työnkuvaan

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä kysyttiin millaisia vaikutuksia annosjakelulla oli sairaanhoitajien työnkuvaan. Tuloksissa kuvataan työmäärää, työaikaa sekä asiakkaalla vietettyä aikaa.

Työmäärä. Neljä vastaajista koki työmäärän hieman vähentyneen annosjakeluun siirtymisen myötä. Työmäärän vähentymisen perusteluina olivat lääkejaon vähentyminen minimiin ja reseptien käsittelyn jääminen pois, koska lääkäri uusii reseptit suoraan apteekkiin.

Ei tarvitse huolehtia resepteistä. Toimistolla lääkkeenjako jäänyt pois (SH1).

Helpottanut lääkehuoltoa (SH4).

Lääkäri uusii vuodeksi reseptit suoraan apteekkiin (SH3).

Kaksi vastasivat työmäärän pysyneen samana.

Kuten edellä vastasin, toimintatapa on muuttunut (SH8).

Vastaajista neljä koki työmäärän hieman lisääntyneen. Työmäärää lisäsivät lääkemuutoksista johtuva ylimääräinen työ, lisääntyneet kirjalliset työt, annosjakelun aloittamiseen liittyvät paperityöt, lääkkeiden tilaaminen määrättyinä päivinä sekä lääkelistojen ajan tasalla pitäminen.

Uusien asiakkaiden ”houkutteleminen” annosjakeluun ja aloitukseen liittyvät rec. uusinnat yms. paperisota työllistävät (SH10).

Siirtymisvaiheessa työmäärä on lisääntynyt, mutta todennäköisesti työmäärä pysyy samana kun kaikki asiakkaat on saatu apt. marketin annosjakelun piiriin (SH6).

Lääkelistojen tarkempi ajan tasalla pitäminen, lääkkeiden tilaus 2 viikon välein ja muutokset lääkityksiin... Annos- ja lääkemuutokset usein työläitä tehdä ja vievät aikaa. (SH7.)

Työaika. Vastaajista kaikki olivat sitä mieltä, ettei koneelliseen annosjakeluun siirtyminen ole vaikuttanut mitenkään työaikaan. Kuusi vastaajista kertoi annosjakelun säästävän työssä käytettävää aikaa ja nopeuttavan työtä kun lääkkeitä ei enää jaeta käsin, sitä vastoin aikaa menee enemmän lääkemuutosten toteuttamiseen sekä kirjallisiin töihin.

.... lääkkeiden ”jakoajan” voinut siirtää muihin töihin (SH2).

Aikaa ei mene lääkkeiden jakamiseen, tosin aikaa menee enemmän lääkemuutosten sumplimiseen/toteuttamiseen (SH10).

Asiakkaalla vietetty aika. Kuusi vastaajaa vastasi asiakkaalla vietetyn ajan lyhentyneen annosjakeluun siirtymisen myötä, koska aikaa ei mene enää lääkkeiden jakamiseen kotona eikä reseptien käsittelyyn.

Käynti sujuu nopeammin kun saa viedä valmiit lääkepussit (SH4).

Niiden asiakkaiden kohdalla, joiden lääkkeet on aikaisemmin jaettu kotona, on käyntiaikaa mahdollista lyhentää jonkin verran (TH6).

Aikaa ei mene lääkkeiden jakamiseen eikä reseptien selailuun ja mahd. uusimiseen (SH10).

Vastaajista kolme oli sitä mieltä, ettei siirtyminen ole vaikuttanut asiakkaalla vietettyyn aikaan mitenkään, koska asiakkaan luona aikaa menee edelleen selvitetessä käytössä olevia resepti- ja käsikauppatavaralääkkeitä. Annosjakelupalvelun käyttö oli antanut kotikäynnillä aikaa asiakkaalle.

Asiakkaan luona selvitetään edelleen tarkasti kaikki lääkkeet mitä hän syö, myös käsikauppatavara jos myös reseptivalmisteet. Myös aikaisemmin otettiin kelakortin kopi-

ot ja allekirjoitukset sopimuksiin, hankittiin reseptit ja tehtiin lääkelistat. (SH8.)

Antanut kotikäynnillä aikaa asiakkaalle, ei tarvitse keskittyä pillerien pyörytykseen (SH2).

10.2 Lääkehoitoprosessin turvallisuus

Toinen tutkimuskysymys kartoitti lääkehoidon turvallisuutta. Tuloksissa kuvataan sairaanhoitajien lääketuntemusta, lääkejakovirheitä sekä asiakkaiden lääkkeiden käyttöä.

Sairanhoitajien lääketuntemus. Kuusi vastaajista koki lääketuntemuksen hieman huonontuneen lääkkeiden jaon siirryttyä koneelliseksi. Kaikki vastaajat kokivat lääketuntemuksen haasteeksi rinnakkaisvalmisteet, joiden tuotenimi ja ulkonäkö saattaa vaihtua.

Kun ei itse käsittele varsinaisesti lääkkeitä niin esim. uusin/rinnakkaisvalmisteiden tunnistaminen ulkonäöltä on välillä haastavaa (SH4).

Kaksi vastaajista kertoi lääketuntemuksen pysyneen samana. Perusteluina oli, että osa lääkkeistä oli edelleen normaalissa jaossa ja omalla aktiivisuudella on merkitystä lääketuntemuksen säilymisessä.

On edelleen tarpeen tietää ja tuntea lääkeaineet. Oma aktiivisuus on tarpeen. Lääkkeiden tunnistamisen vaikeuksia toki on tullut kun ei ole enää purkkia mistä ulkonäköä tarkastaa. (SH8.)

Kahdella vastaajista lääketuntemus oli hieman parantunut koska rinnakkaisvalmisteiden tunnistamiseen, ulkonäköön ja kauppanimiin tuli enemmän oppia.

Oppinut eri kauppanimiä lääkeaineille, lääkkeiden tunnistamista ulkonäöstä ja lääkkeiden yhteensopivuutta (SH7).

Lääkejakovirheet. Lääkejakovirheet olivat kahden vastaajan mielestä pysyneet samana, koska virheitä tapahtui koneellisessa annosjakelussakin.

Virheitä on sattunut (SH1).

...Virheitä tapahtuu edelleen myös varsinaisessa annosjakelussakin (SH8).

Neljä vastaajaa vastasi lääkejakovirheiden vähentyneen hieman, koska kone jakaa lääkkeitä ja sattuneet virheet johtuivat usein annos- ja lääkemuutosten ilmoittamatta jättämisestä.

Annosjakelussa lääkkeitä jaettu lähes aina oikein- virheet johtuvat usein siitä, ettei ole ilmoitettu annos- tai lääkemuutosta (SH7).

Kone jakaa (SH9).

Kaksi vastaajaa koki lääkejakovirheiden vähentyneen huomattavasti koneellisen lääkejaon ja lääkelistojen tarkistamisen vuoksi.

Apteekki vastaa että lääkkeitä jaettu oikeisiin pusseihin (SH4).

Koneellisen lääkkeiden jaon oma tarkistus ja lääkelistojen tsekkaaminen (SH5).

Asiakkaiden lääkkeidenkäyttö. Seitsemän vastaajista oli sitä mieltä, ettei annosjakelupalvelun käyttö ennaltaehkäise asiakkaiden lääkkeiden väärinkäyttöä ja että lääkkeiden väärinkäyttö onnistuu.

Rauhoittavien lääkkeiden käyttö onnistuu vaikka pusseissa (SH3).

...todellinen väärinkäyttäjä saa hankittua tarvittavansa (SH8).

Kolme vastasi annosjakelupalvelun ennaltaehkäisevän lääkkeiden väärinkäyttöä, koska lääkkeet ovat hoitajilla, lääkkeitä on kotona vain tarvittava määrä ja lääkkeiden väärinkäytön huomaa helposti.

Lääkkeet ovat hoitajien takana (SH1).

Läkkeitä on kotona tarkasti vain se määrä mitä tuleekin olla. Ei ole purkkia mistä ottaa ylimääräistä. (SH8.)

Asiakkaiden virheellinen lääkkeenkäyttö oli neljän vastaajan mielestä pysynyt samana. Virheitä oli sattunut silloin kun annos- ja lääkemuutosten yhteydessä tiedonkulussa oli ollut puutteita, lääkkeitä jäi antamatta tai annettiin vääristä pusseista.

Marevan- lääkitys huomioidaan/muistetaan yhtä hyvin tai huonosti kuin ennenkin (SH2).

... Ongelmia tosin on ollut edelleen siinä, että lääkkeitä jää antamatta tai annetaan vääristä pusseista (SH8).

Kuusi vastaajista vastasi asiakkaiden virheellisen lääkkeidenkäytön hieman vähentyneen, koska lääkkeet on selkeä ottaa annospusseista ja lääkkeet on jaettu oikein lähes aina.

Annospussit ovat selkeät ottaa ja lääkkeet on niihin jaettu oikein lähes aina (SH7).

Mahdollisuudet inhimilliseen virheeseen pienentynyt (SH9).

10.3 Lääkehoitoprosessin toimivuus

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä kysyttiin miten lääkehoitoprosessi on toiminut lääkkeiden annosjakelupalveluun siirtymisen jälkeen. Tuloksissa kuvataan moniammatillista yhteistyötä ja annosjakelupalvelun toimivuutta.

Moniammatillinen yhteistyö. Kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä ja kokivat moniammatillisen yhteistyön toimivan hyvin. Kehitysehdotuksia yhteistyön parantamiseksi olivat koulutus ja info-tilaisuuksien järjestäminen, tiedon kulun parantaminen sekä helpomman yhteyden saaminen lääkäreihin konsultointia varten.

Yhteistyötä voi aina kehittää tuomalla toimintatapoja konkreettisesti tutuiksi, tiedottamalla ja myönteisellä palautteella. Yleensä palautetta tulee vain silloin kun on jotain moitittavaa... Potilaan kotiutuessa sairaalasta on tärkeää että potilaalla on lääkkeet mukana siihen asti, että niitä saadaan apteekki marketista. Myös uusien reseptien saaminen on tärkeää, että lääkkeet saadaan tilattua. (SH8.)

Annosjakelupalvelun toimivuus. Kaksi vastaajista kertoi, ettei annosjakelupalvelussa ole ilmennyt käytännön ongelmia, yksi vastaajista ei osannut sanoa ilmenneitä käytännön ongelmia suppean kokemuksen vuoksi. Seitsemällä vastaajalla oli ollut käytännön ongelmia annosjakelupalvelussa. Käytännön ongelmia olivat olleet lääkemuutosten hankala ja aiempaa hitaampi toteuttaminen, tiedon kulun puutteellisuus sekä annosjakelupussien purkaminen dosettiin. Joillakin asiakkailla oli sairaudesta johtuen ollut vaikea ymmärtää pussien tekstejä, jolloin aamu ja iltalääkkeet olivat vaihtaneet paikkaa.

Lääkemuutokset: lääkkeen lopettaminen/uusi lääke/annosmuutokset -> ylimääräinen dosetin käyttö, lääkkeiden ottaminen pois pusseista ym. Lääkäri lähettää uuden lääkkeen rec. suoraan apt. markettiin jolloin kotihoitolla ei asiasta tietoa. (SH6.)

Osa lääkkeistä on aina dosetissa joten päällekkäisyys on harmillista. Joskus valmiit annospussit on laitettava dosettiin joten availu harmittaa! (SH8.)

Myönteisinä asioina annosjakelusta koettiin pusseissa olevat selkeät päivämäärät ja ajat, annosjakelun taloudellisuus, siisteys ja hygieenisuus sekä annospussien kätevä ja kevyt kuljettaminen laukussa asiakkaalle. Annosjakeluprosessin kehittämiseksi muutama vastaaja toivoi kaikkien lääkkeiden saamista samaan pussiin.

10.4 Asiakkaiden kokemukset sairaanhoitajien näkökulmasta

Neljännessä tutkimuskysymyksessä kysytään sairaanhoitajien näkökulmaa asiakkaiden kokemuksista. Tuloksissa kuvataan asiakkaiden lääkekustannuksia sekä kokemuksia.

Asiakkaiden lääkekustannukset. Vastaajista seitsemän oli sitä mieltä että asiakkaiden lääkekustannukset ovat lisääntyneet. Viisi vastaajaa mainitsi annosjakelumaksun lääkekustannuksia lisääväksi tekijäksi. Yksi vastaajista mainitsi ylimääräisen laskun kun tilaa toimitusten välissä lääkkeitä.

Aikaisemmin lääkkeiden jakaminen on sisältynyt kotihoiton maksuun, nyt siitä menee eri maksu (TH6).

Yksi vastasi lääkekustannusten vähentyneen huomattavasti, koska lääkkeiden tilaaminen kahden viikon välein vähentää hävikkiä lääkemuutosten sattuessa.

Ehdottomasti vähentyneet. Vanhuksilla saattoi vaihtua koko repertuaari muutamien viikkojen päästä aloituksesta. Tällöin koko 3 kk:n annos meni hukkaan, nyt hukkaan menee vain 2 vk:n lääkkeitä. (SH8.)

Kaksi vastaajista ei osannut sanoa, ovatko lääkekustannukset lisääntyneet vai vähentyneet.

Asiakkaiden kokemukset annosjakelupalvelusta. Vastaajat kertoivat omien kokemustensa perusteella, että osa asiakkaista oli ottanut hyvin vastaan annosjakelupalvelun sekä olivat palveluun tyytyväisiä. Asiakkaat olivat kokeneet positiiivisina turvallisuuden sekä selkeät ja tarkasti merkityt annospussit, joista lääkkeiden otto on helppoa. Uusille asiakkaille annosjakelupalvelun käyttö on luonnollinen asia, koska he eivät tiedä vanhasta toimintatavasta. Vastauksissa tuli ilmi myös, että osa asiakkaista ei olleet tyytyväisiä ja oli suhtautunut epäluuloisesti annosjakelupalveluun. Kuusi vastaajista kertoi asiakkaiden kokevan annosjakelu palvelun kalliiksi, koska annosjakelusta peritään kotihoiton maksun lisäksi ylimääräinen maksu.

Alkuun on ollut epäluuloisuutta asiaa kohtaan, myös ylimääräiset kustannukset mietityttävät (SH6).

50/50 melko tyytyväisiä ovat asiakkaat annosjakeluun (SH5).

Osa tykkää, osa ei (SH1).

Yksi vastaaja kertoi monen asiakkaan pelänneen, ettei hoitaja ole enää niin kauaa läsnä ja kotikäyntiaika lyhenee.

11 POHDINTA

11.1 Tutkimustulosten pohdintaa

Tutkimuskysymysten teemat olivat sairaanhoitajien työnkuva, lääkehoidon turvallisuus, lääkehoitoprosessi ja asiakkaiden kokemukset sairaanhoitajien kuvaamana.

TAULUKKO 4. Keskeisimmät tutkimustulokset

Tutkimuskysymys	Keskeisimmät tutkimustulokset
Miten lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun siirtyminen on vaikuttanut sairaanhoitajien työnkuvaan kotihoitossa?	Helpottanut ja nopeuttanut työn tekemistä, kirjallisten töiden määrä on lisääntynyt.
Millaisia vaikutuksia lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun siirtymisellä on ollut lääkehoidon turvallisuuteen?	Sairaanhoitajien lääketuntemus on huonontunut. Lääkelistojen tarkistus ja -ajan tasalla pitäminen sekä lääkkeiden jaon tarkistus on edelleen tärkeää. Annosjakelupalvelun käyttö ei ennaltaehkäise lääkkeiden väärinkäyttöä. Annospusseissa olevat selkeät päivämäärät ja kellonajat vähentävät virheellistä lääkkeidenkäyttöä.
Miten lääkehoitoprosessi on toiminut lääkkeiden annosjakelupalveluun siirtymisen jälkeen?	Moniammatillinen yhteistyö toimii hyvin, hyvä tiedonkulku on erittäin tärkeää. Lääkemuutosten toteuttaminen on työlästä ja vie aikaa.
Miten asiakkaat ovat kokeneet lääkkeiden annosjakelupalvelun sairaanhoitajien näkökulmasta?	Asiakkaat ovat kokeneet annosjakelupalvelun kalliina mutta turvallisena ja lääkkeiden oton helppona pusseista. Osa on pelännyt että hoitajan kotikäynti aikaa lyhenee.

Lääkkeiden jaon siirtyminen koneelliseksi sekä reseptien käsittelyn pois jääminen on vähentänyt sairaanhoitajien työmäärää ja helpottanut työtä. Annosjakeluun siirtyminen on lisännyt kirjallisten töiden määrää, erityisesti siirtymävaiheessa kun tarvitaan allekirjoituksia ja reseptejä pitää uusia. Lääkelistojen pitäminen ajan tasalla, lääkkeiden tilaus kahden viikon välein ja lääkemutoksista

aiheutuva työ lisäävät työmäärää. Osalle vastaajista annosjakeluun siirtyminen ei ole vaikuttanut työmäärään mitenkään, vaan se on koettu enemmän toimintatavan muutoksena.

Työaikaan annosjakelupalveluun siirtyminen ei varsinaisesti ole vaikuttanut mitenkään mutta sen painopiste on muuttunut. Kuten Björkholmin (2010), Viikilän (2009) ja Näkin (2007) tutkimuksissa, myös työssämme selvisi että lääkkeiden jaosta vapautunutta työaika kuluu muihin tehtäviin kuten lääkemuutoksiin ja kirjallisiin töihin. Samoin kuin Näkin (2007) tutkimuksessa, tutkimuksessamme enemmistö vastaajista koki, että asiakkaalla vietetty työaika lyheni.

Kuten joissakin aikaisemmissakin tutkimuksissa käy ilmi, myös työhömmme vastanneiden mielestä lääketuntemus on huonontunut annosjakelupalveluun siirtymisen jälkeen. Lääketuntemuksen huonontumiseen on vaikuttanut lääkkeiden käsittelyn vähyyys ja rinnakkaisvalmisteiden käyttö, joiden ulkonäköä ja kauppanimeä ei tunne. Normaalissa lääkkeen jaossa olevat lääkkeet osaltaan ylläpitää lääketuntemusta. Oma aktiivisuus lääkkeiden ulkonäön ja kauppanimien opetelussa parantaa lääketuntemusta.

Koneellisessa annosjakelussa sattuu lääkejakovirheitä. Lääkejakovirheitä vähentää hyvä tiedon kulku lääkeannosten ja muutosten yhteydessä sekä lääkelistojen ajan tasalla pitäminen.

Annosjakelupalvelun ei ennaltaehkäise asiakkaiden lääkkeiden väärinkäyttöä mutta väärinkäytön huomaaminen on helpompaa. Virheellistä lääkkeiden käyttöä sattuu edelleen, kun lääkkeitä jää antamatta tai lääkkeet annetaan väärästä pussista. Tiedonkulun pettäminen annos- ja lääkemuutosten yhteydessä altistaa virheelliselle lääkkeiden käytölle. Lääkkeiden virheellistä käyttöä vähentävät annospusseissa olevat selkeät päivämäärät ja lääkkeiden otto ajat sekä annospussien tarkistus ennen lääkkeiden antamista.

Sairaanhoitajat ovat tyytyväisiä moniammatilliseen yhteistyöhön ja yhteistyö toimii hyvin. Yhteistyötä voidaan kehittää järjestämällä koulutus ja info-

tilaisuuksia, antamalla rakentavaa palautetta sekä parantamalla tiedonkulkua kaikkien yhteistyötahojen välillä.

Annosjakelupalvelussa käytännön ongelmia ovat aiheuttaneet lääkemuutokset ja niiden toteuttaminen sekä annospussien ja dosetin käytön päällekkäisyys. Joillekin asiakkaille on sairaudesta johtuen ollut vaikea ymmärtää pussien tekstejä.

Annosjakelupussit ovat selkeästi merkittyjä, helppoja ja kevyitä kuljettaa mukana. Annosjakeluprosessia voisi kehittää kaikkien lääkkeiden jakamisella samaan pussiin. Käsityksemme mukaan tämä tarkoittaa esimerkiksi antikoagulantti-lääkitystä.

Vastauksista käy selkeästi ilmi että sairaanhoitajien mielestä asiakkaiden lääkekustannukset ovat lisääntyneet siirryttäessä annosjakeluun. Aikaisemmin kotihoidon maksuun sisältynyt lääkkeen jako peritään asiakkaalta erikseen annosjakelu palkkiona. Lääkemuutosten myötä tulee hukka käyttöä, mutta koska lääkkeet tilataan kahden viikon välein, käytettävistä lääkkeistä vain kahden viikon annos menee hukkaan ja näin vähentää lääkekustannuksia.

Sairaanhoitajien mielestä asiakkaat ovat kokeneet kalliina annosjakelupalvelun. Osa asiakkaista on ollut tyytyväisiä ja osa on ilmaissut tyytymättömyytensä annosjakelupalveluun. Asiakkaiden mielestä positiivista on ollut palvelun turvallisuus sekä selkeät ja tarkasti merkityt annospussit joista lääkkeiden otto on helppoa. Jotkut asiakkaat ovat olleet huolissaan hoitajan käyntiajan lyhenemisestä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta että lääkemuutokset on merkittävin työmäärää lisäävä -, aikaa vievä - sekä lääkehoitoprosessia hankaloittava tekijä. Lääkemuutokset tulivat esille usean eri kysymyksen kohdalla. Lääkemuutokset koettiin työläinä sekä hitaana ja hankalana toteuttaa, erityisesti kun lääkemuutokset pitää saada toteutettua nopeasti. Ylimääräistä työtä aiheutuu kun annosjakelupussit joudutaan purkamaan esimerkiksi dosettiin.

Tiedonkulun tärkeys korostuu erityisesti lääke- ja annosmuutosten yhteydessä. Hyvä tiedonkulku ammattiryhmien välillä on merkittävä ennaltaehkäisevä tekijä lääkejako virheissä ja asiakkaiden virheellisessä lääkkeiden käytössä.

11.2 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista

Ryhdyimme työstämään opinnäytetyötä opintojemme varhaisessa vaiheessa yhdessä työnantajatahon kanssa. Tutkimuslupa myönnettiin Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen taholta erittäin nopeasti. Olemme tiedottaneet pääasiassa sähköpostitse opinnäytetyön etenemisestä työnantajatahoa. Opinnäytetyön etenemisen myötä olemme kysyneet ehdotuksia työnantajataholta muun muassa keskeisimmistä asioista, joita olisi työnantajatahon mielestä aiheellista tuoda esiin lomakekysymyksissä tai muuten työssä. Yhteistyö työelämätahon kanssa on sujunut mutkattomasti. Tutkimusluvun mutkaton saanti ja toimiva yhteistyö työelämätahon kanssa ovat suuresti helpottaneet opinnäytetyöprosessia. Työmme kulusta voimme kertoa että yhteisen ajan löytäminen on ollut ajoittain haastavaa ja alkuun molemmilla oli erilaiset työskentelytyylit. Työskentely muuttui helpommaksi, kun teimme selkeät työnjaot ja jaettiin odotukset liittyen opinnäytetyön etenemiseen.

Yleisesti ottaen opinnäytetyön kaltaisissa töissä muiden opinnäytetöiden käyttö lähteinä ei ole suotavaa, mutta koska annosjakelusta on sen lyhyen käytössä oloajan vuoksi saatavilla vähän tutkimuksia, on opinnäytetöiden käyttö tässä työssä adekvaattia ja perusteltua.

Todenmukaisemman kuvan asiakkaiden kokemuksista ja lääkekustannuksista olisimme saaneet laajentamalla kyselyä asiakkaisiin ja kysymällä asiakkailta itseltään. Sairaanhoidajat harvemmin hoitavat asiakkaiden laskutusasioita ja näin näkökulma on hyvin suppea. Lomakekyselyssä käsitteet virheellinen lääkkeiden käyttö, lääkejakovirheet ja lääkkeiden väärinkäyttö olivat keskenään hyvin samantyyppisiä. Varsinkin analysointi vaiheessa piti olla tarkkana, ettei sekoita asioita keskenään.

11.3 Jatkotutkimusaiheita

Aikaisemmista tutkimuksista ei selviä selkeästi lääkkeiden koneellisen annosjakelun kustannusvaikutuksia lääkekustannuksiin. Jatkotutkimusaiheena olisi aiheellista syventyä tarkemmin kustannuksiin ja kustannustekijöihin. Lisäksi olisi syytä selvittää miten annosjakeluun siirtyminen on vaikuttanut yhteiskunnalle tuleviin säästöihin. On myös herännyt kysymys; mikäli asiakas on alle 75-vuotias ja hänellä on käytössään useita lääkkeitä, tuoko annosjakelupalvelu säästöä näiden asiakkaiden lääkekustannuksiin?

Vaikka on näkyvissä uhkakuvia yhteiskunnan varojen riittämättömyydestä, on tulevaisuudessa laadukkaan ja tarpeet täyttävän kotihoidon turvaaminen vähävaraisillekin ikääntyneille tärkeää. Ikääntyneille tulisi turvata kohtuuhintaiset palvelut. Vanhuspalvelulaki on astumassa vuonna 2013 voimaan. Lain sisältö on herättänyt suuresti kohua mediassa ja esimerkiksi hoitajamitoituksista on virinnyt keskusteluita. Vanhuspalvelulaki on ollut esillä jo kahdella edellisellä vaalikaudella. Lailla on tarkoitus turvata iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saanti.

Tutkittua tietoa omaisten ja läheisten merkityksestä ja asemasta kotihoidon asiakkaan elämässä on vähäisesti. Siten omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä tulisi kartoittaa, kehittää ja hyödyntää.

Koska usein lääkkeiden koneellisessa annosjakelussa heikentävänä tekijänä on asiakkaan lääkelistojen päivittämiseen liittyvät ongelmat, tulisi niissä tapahtuvia virheitä kirjata systemaattisesti tai tehdä siihen liittyvä tutkimus, jotta asiaan voisi vaikuttaa.

Vanhusten turvallinen lääkehoito sisältää tietämyksen haittavaikutuksista. Niistä ei ole riittävästi tietoa. Myöskään lääkkeiden yhteisvaikutuksista ei ole tänä päivänä kattavasti tietoa. Ei ole aina selvää mistä ikääntyneiden voinnissa tai käyttäytymisessä esiintyvät muutokset johtuvat.

11.4 Johtopäätökset

Sairaanhoitajan työ on ennen kaikkea auttaa ihmisiä. Meille on opiskelun aikana muodostunut selkeä käsitys korkean motivaation, arvojen ja moraalien vaikutuksista hoitotyön laatuun. Ikääntyneiden, aivan kuten muidenkin ihmisten parissa tehtävässä hoitotyössä, kohtaa jatkuvasti tilanteita joissa hoitaja puntaroi valintojaan monista eri näkökulmista. Itsensä reflektointi ja omien rajojen tunnistaminen korostuvat uran alkuvaiheessa.

Ikääntyneiden syrjäytymiseen tulisi kiinnittää tulevaisuudessa enemmän huomiota ennaltaehkäisevästi. Lisäksi jotkut kotihoidon asiakkaat monine sairauksineen saattavat joutua kodin ja sairaalan väliseen kierteseen. Sen vähenemiseksi kierteseen johtavia tekijöitä olisi syytä tutkia ja asiaan liittyen eri tahojen yhteistyön toimivuutta tulisi kehittää tulevaisuudessa.

Työntekijöiden kannalta myönteistä on, että herkistyminen lääkeaineelle vähenee lääkekäsittelyn vähentyessä. Toisaalta annosjakelupusseista vaihtokelpoisten lääkkeiden tunnistaminen on vaikeaa. Sairaanhoitajan on kyettävä luottamaan koneellisesti jaettujen lääkkeiden oikeellisuuteen, ellei lääketunnistavuutta voida edistää muutoin työssä. Parannettaessa edellytyksiä lääketuntemuksen ylläpitoon myös lääkejakovirheiden havaitseminen paranee. Koska hoitohenkilöllä on velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan ja osallistua täydennyskoulutuksiin on niille annettava työnantajataholta myös edellytykset.

Lääkkeiden annosjakelupalvelun kehittäminen tiedonkulun osalta on tärkeää että muutokset päivittyvät heti ja viesti kulkee ammattiryhmältä toiselle. Virheitä tulisi vähemmän lääkkeiden jaossa ja asiakas ei saisi väärin annosteltuja lääkkeitä. Väärin otetut lääkkeet ovat turvallisuus riski. Kokemuksesta tiedämme, että ne voivat jäädä huomaamatta, esimerkiksi potilastiedoista ei tule huomatuksi tai viesti ei kulje asiakkaan luona olevaan kotihoidon kansioon asti.

Vantaan kaupungin yksi perustelu annosjakeluun siirtymiselle on ollut, että samalla hoitohenkilökuntamäärällä hoidetaan tulevaisuudessa useampia asiakkai-

ta. Tähän on tulosten mukaan päästy; kotihoidon asiakkailla vietetty aika on lyhentynyt. Mielestämme tämä ei ole asiakaslähtöistä ja vaikuttaa heikentävästi hoidon laatuun. Yhteenvetona voimme todeta että sairaanhoitajien kokemuksen mukaan annosjakelu on kotihoidossa tuonut osin myönteisiä ja osin kielteisiä muutoksia. Hyödyt tulevat esiin työmäärässä ja työtehokkuudessa. Haitat puolestaan näkyvät lääketuntemuksessa ja asiakkaiden lääkekustannuksissa.

LÄHTEET

- Apteekkariliito 2010. Lääkkeet annospusseissa apteekista. Viitattu 4.4.2011.
http://www.apteekkariliitto.fi/media/pdf/laakkeet_annospusseissa_apteekista_esite.pdf
- Backman, Kaisa 2005. Ikääntyneiden itsensä huolenpitoa vahvistavat, horjuttavat ja murtavat tekijät. *Hoitotiede* Vol. 17, no. 3/2005, 120–129.
- Björkholm, Kirsi Hannele 2010. ANJA-lääkejakelu työntekijöiden kokemana Vaasassa: Tarkastelun kohteena toimivuus, turvallisuus ja moniammatillinen yhteistyö. Vaasa: Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 22.8.2012.
<http://publications.theseus.fi/handle/10024/20504>
- Edilex 2008. HE 134/2008 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 5 luvun muuttamisesta. Helsinki: Edilex. Viitattu 21.8.2012.
<http://www.edilex.fi/virallistieto/he/20080134/>
- Engeström, Yrjö; Niemelä, Anna-Liisa; Nummijoki, Jaana & Nyman, Juha 2009. Kotihoito murroksessa. Teoksessa Yrjö, Engeström; Anna-Liisa, Niemelä; Jaana, Nummijoki & Juha, Nyman (toim.) Lupaava kotihoito: uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 11–24.
- Engeström, Yrjö; Niemelä, Anna-Liisa; Nummijoki, Jaana & Nyman, Juha 2009. Kohti yhteistoiminnallista kotihoitoa. Teoksessa Yrjö, Engeström; Anna-Liisa, Niemelä; Jaana, Nummijoki & Juha, Nyman (toim.) Lupaava kotihoito: uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 271–285.
- Fanikos, John; Erickson, Abbie; Munz, Kristin E.; Sanborn, Mike D.; Ludwig, Brad C. & Van Hassel, Tom 2007. Observations on the use of ready-to-use and point-of-care activated parenteral products in automated dispensing cabinets in U.S. hospitals. *American Journal of Health-System Pharmacy* Vol.64 2007/1, 2037–2043. Viitattu 21.8.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, CINAHL-aineisto.
- Finlex 1982. Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. Edita. Viitattu 14.8.2012. Saatavissa

- <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki>
- Finlex 1983. Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607. Edita. Viitattu 14.8.2012. Saatavissa
- <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Sosiaalihuoltoasetus%20>
- Finlex 1990. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Edita. Viitattu 14.8.2012. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Finlex 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Edita. Viitattu 14.8.2012. Saatavissa
- <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%20>
- Finlex 1999. Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Edita. Viitattu 29.8.2012. Saatavissa
- <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki>
- Goetzsche, Inger; Vauhkonen, Onni & Inger, Toudal 1992. Terveystieteiden historia. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Hartikainen, Sirpa & Seppälä, Maaria 2007. Vanhuksen lääkitysten tarve on arvioitava kerran vuodessa. Suomen Lääkärilehti 51–52/2007 vsk 62. s.4762–4767. Viitattu 12.5.2012. <http://www.rohto.fi/doc/SLL51-52-2007-4762-7.pdf>
- Hartikainen, Sirpa; Saarelma, Osmo; Lönnroos, Eija & Seppälä, Maaria 2006. Miten arvioin iäkkään lääkitystä. Suomen Lääkärilehti 42/2006 vsk 61. 4352–4355. Viitattu 13.5.2012. <http://www.rohto.fi/doc/SLL422006-4352.pdf>
- Heikkinen, Eino & Marin, Marjatta 2002. Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi.
- Heiskanen-Haarala, Irma 2012. Kollega ja lääkäri tärkeimmät lääketiedon lähteet. Sairaanhoidaja 8/2012. Vol. 85. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto. 48–49.
- Helovuori, Arto 2012. Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää. Sairaanhoidaja 2/2012. Vol. 85, 25–26.

- Hildén, Raija 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hiltunen, Mari; Kananen, Sanna & Ovaskainen, Virpi 2012. Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 31.8.2012.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/39066/Kananen_Saana.pdf?sequence=1
- Hägg, Tina; Rantio, Merja; Suikki, Päivi, Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela, Päivi 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY
- Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Isoherranen, Kaarina 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Kaarina, Isoherranen; Leena, Rekola; Raija, Nurminen (toim.) Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY, 26–48.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kansanterveyslaki 1972/66. 28.1.1972. Viitattu 14.8.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>
- Kanta 2012. Sähköinen resepti. Helsinki: Kanta. Viitattu 11.10.2012.
<https://www.kanta.fi/sahkoinen-resepti>
- Karvonen–Kälkäjä; Anja 2011. Vanhustyö 2/2011. Artikkel: Miten turvataan vanhusten oikeus saada hyvää hoitoa? 20–21.
- Kela 2012. Annosjakelupalkkion korvaaminen. Viitattu 12.8.2012.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/090812123427JH>
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Tammi.
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: WSOY.
- Koskinen, Simo; Aalto, Leena; Hakonen, Sinikka & Päivärinta, Eeva 1998. Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Kuusela, Marja; Hupli, Maija; Johansson, Kirsi; Routasalo, Pirkko & Eloranta, Sini 2010. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede 22(2), 96–107.

- Kwint, Henk-Frans; Faher, Adrienne; Gussekloo, Jacobijn & Bouvy, Marcel L. 2011. Effects of Medication Review on Drug-Related Problems in Patients Using Automated Drug-Dispensing Systems. *Drugs Aging* 2011:28(4), 305–314. Viitattu 21.8. 2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, CINAHL-aineisto.
- Kvist, Tarja; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Kinnunen, Juha 2005. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* Vol.18, no. 3/-06, 107–119.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, no 1/-99, 3–10.
- Kärkkäinen, Erja 2004. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu säästää hoitajien aikaa asukkaille. *Apteekkari* 1/2004, 17–19.
- Larmi, Aini; Tokola, Eeva & Välikkiö, Heleena 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Tammi.
- Lauri, Sirkka i.a. Sairaanhoidajan osaaminen – mitä se on? Viitattu 10.11.2012 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2007/muut_artikkelit/sairaanhoitajan_osaaminen_mita_s/
- Lehtonen, Anne 2008. Lääkehoidon kokonaisarviointi moniammatillisena yhteistyönä. Teoksessa Kaarina, Isoherranen; Leena, Rekola; Raija, Nurminen (toim.) *Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö*, 187–193.
- Miettinen, Seija; Miettinen, Merja; Nousiainen, Inkeri & Kuokkanen, Liisa 2000. *Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: WSOY.
- Mäkinen, Elisa 2009. Kuntoutumista tukevat ympäristöt henkilökunnan silmin. Teoksessa Elisa, Mäkinen; Maria, Kruus-Niemelä & Marianne, Roiwas (toim.) *Ikäihmisen hyvä elämä: Ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa*. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu, 95–107.
- Niemelä, Anna-Liisa & Nikkilä, Aila 2009. Yksinäisenä omassa kodissaan. Teoksessa Yrjö, Engeström; Anna-Liisa, Niemelä; Jaana, Nummijoki & Juha, Nyman (toim.) *Lupaava kotihoito: uusia toimintamalleja vanhustyöhön*. Jyväskylä: PS-kustannus, 135–163.
- Niemelä, Anna-Liisa 2009. Ketkä ovat syrjäytyneitä? Teoksessa Yrjö, Engeström; Anna-Liisa, Niemelä; Jaana, Nummijoki & Juha, Nyman

- (toim.) Lupaava kotihoito: uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 25–47.
- Nikander, Pirjo 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2003: 40, 279–290.
- Nuutinen, Hanna-Leena & Raatikainen, Ritva 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede Vol. 17, no 3/-05, 131–143.
- Nyman, Juha 2009. Apteekin annosjakelu kotihoidon lääkehoidossa. Teoksessa Yrjö, Engeström; Anna-Liisa, Niemelä; Jaana, Nummijoki & Juha, Nyman (toim.) Lupaava kotihoito: uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 235–269.
- Näkki, Tarja 2007. Lääkelogistisen palvelumallin tuoma muutos hoitohenkilökunnan työajankäytössä Itä-Helsingin palvelutaloissa. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Opinnäytetyö. Viitattu 21.8.2012. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/6754/stadia-1177348200-8.pdf?sequence=1>
- Pesonen, Esa 2006. Vantaan kaupunki. Viitattu 4.4.2011. http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;127;220;4736;4859;37773;45475.
- Peura, Sirpa 2007. Pelisäännöt annosjakelun korvaamiselle. Apteekkari 3/2007, 4.
- Rekola, Leena 2008. Sosiaali- ja terveystalujen tuottamiseen vaikuttavat kehityssuunnat. Teoksessa Kaarina, Isoherranen; Leena, Rekola; Raija, Nurminen (toim.) Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY, 9–25.
- Ronkainen, Raili; Ahonen, Sari; Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena 2002. Hoito ja palvelu kotona. Kotipalvelu kotihoidon kivijalkana. Teoksessa Päivi, Voutilainen; Marja, Vaarama; Kaisa, Backman; Ulla Eloniemi-Sulkava & U. Harriet, Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu: opas laatuun. Helsinki: Stakes, 100–105.
- Routasalo, Pirkko; Savikko, Niina; Tilvis, Reijo & Pitkälä, Kaisu 2005. Ikääntyneet suomalaiset maaseudulla ja kaupungissa. Hoitotiede Vol.17, no. 3/-05, 155–164.

- Sainio, Elina 2004. Vanhuksen ääni: Ikääntyvien tulevaisuuden näkökulmia. Teoksessa Harri, Kankare & Hanna, Lintunen (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi. 156–174.
- Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 19.7.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty_ on/sairaanhoitajan_ty_ /sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Sairaanhoitajaliitto 2009. Sairaanhoitaja laadukkaana lääkehoidon turvaajina. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 19.10.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/8432773/Esite_Sairaanhoitajat+laadukkaana+l%C3%A4%C3%A4kehoidon+turvaajina.pdf
- Salmela, Marja 2012. Hissit auttavat vanhuksia asumaan pidempään kotona. Helsingin sanomat 18.8., A6.
- Sanerma, Päivi 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla: toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Tampere: Tampere University Press. Akateeminen väitöskirja.
- STM 2001. Terveys 2015 –kansanterveysohjelma 2001:8. Viitattu 14.8.2012.
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ ja_hankkeet/terveys2015/
- STM 2006a. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa Helsinki: STM. Viitattu 13.8.2012.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1139565646410/passthru.pdf>.
- STM 2006b. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Terveiden edistämisen laatusuositus. Helsinki: STM. Viitattu 13.8.2012.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1057615
- STM 2007a. Tie hyvään vanhuuteen - Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Helsinki: STM. Viitattu 29.8.2012.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1058737
- STM 2007b. Kuntainfo 6/2007. Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet. STM. Viitattu 26.4.2012.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1236539>

- STM 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki: STM; Suomen Kuntaliitto. Viitattu 13.8.2012. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1063089
- STM 2010a. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä. Viitat 13.8.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088>
- STM 2010b. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Helsinki: STM. Viitattu 26.4.2012. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1550874
- STM 2012. Läkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaaminen. 10.05.2012. Helsinki: STM. Viitattu 15.8.2012. http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/ikaantyneet
- Strandell-Laine, Camilla; Heikkinen, Anne; Leino-Kilpi, Helena & van der Arend, Arie 2005. Hoitotyön eettiset ohjeet – Mikä niiden merkitys on? Hoitotiede Vol. 17, no 5/-05, 259–268.
- Tepponen, Merja 2007. Yhteistyö. Teoksessa Reija, Heinola (toim.) Asiakslähtöinen kotihoito: opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes. 61–81.
- Tepponen, Pirkko 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla: tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 11.10.2012. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/tepponen/yli75vuo.pdf>
- Tuomi, Jouni 2005. Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Helsinki: Tammi.
- Työ- ja elinkeinoministeriö 2011. Sairaanhoidaja. Viitattu 27.9.2011. <http://www.mol.fi/avo/amatit/10315.htm>
- Uusimäki Aira A. 2008. Miten palvelujärjestelmä varmistaa vanhusten lääkehoidon turvallisuuden? Oulunsalotalo. Viitattu 21.8.2012. [http://www.poliisi.fi/lh/oulu/bulletin.nsf/bydate/8FCBBA453C654986C22574B70032513C/\\$file/Uusim%C3%A4ki.pdf](http://www.poliisi.fi/lh/oulu/bulletin.nsf/bydate/8FCBBA453C654986C22574B70032513C/$file/Uusim%C3%A4ki.pdf)
- Viikilä, Janna 2009. Työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta – Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa. Pieksämäki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäy-

tetyö. Viitattu 22.8.2012.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4697/Viikila_Janna.pdf?sequence=1

Willberg, Eeva 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteiden laitos. Viitattu 2.11.2011.

<https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>

Välimäki, Tarja 2012. Muistisairaiden omaishoitajat uupuvat varhain. Sairaanhoidaja 8/2012. Vol. 85, 50.

LIITE 1. Kyselylomake

KYSELYLOMAKE

Taustatietosi

1. Sairaanhoitaja / Terveystenhoitaja

(Ympyröi oikea vaihtoehto)

2. Työkokemuksesi pituus sosiaali- ja terveysalalla

(vuotta/kuukautta): _____

3. Työkokemuksesi pituus kotihoidossa (vuotta/kuukautta): _____

Kysymykset liittyen annosjakeluun

(kirjoita vastauksesi viivoille, tarvittaessa voit jatkaa paperin kääntöpuolelle)

4. Onko annosjakeluun siirtyminen tuonut muutoksia työhösi?

(laita rasti ruutuun ja vastaa riveille)

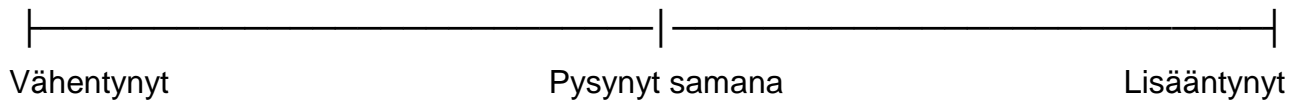
a. Kyllä []

b. Millaisia?

c. Ei []

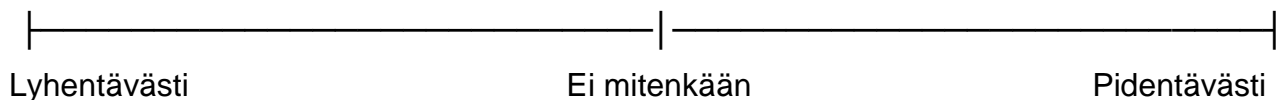
5. Onko työmääräsi annosjakelun myötä

(piirrä merkki janan kohtaan, joka kuvaa mielipidettäsi)



Miten? _____

6. Onko annosjakeluun siirtyminen vaikuttanut työaikaasi?



Miten? _____

7. Onko annosjakeluun siirtyminen vaikuttanut asiakkaalla vietettyyn aikaan

Lyhentävästi | Ei mitenkään | Pidentävästi

Miten? _____

8. Onko asiakkaiden virheellinen lääkkeiden käyttö annosjakeluun siirtymisen myötä mielestäsi

Vähentynyt | Pysynyt samana | Lisääntynyt

Miten? _____

13. Onko annosjakelun yhteydessä ilmennyt käytännön ongelmia asiakkaille/hoitajille?

a. Kyllä []

Millaisia?

b. Ei []

14. Miten koet ammatillisen yhteistyön (lääkäriin, apteekin, hoitajien ym. kanssa) koneellisessa lääkejakeluprosessissa?

15. Miten ammatillista yhteistyötä voisi mielestäsi parantaa/kehittää?

16. Miten asiakkaat mielestäsi kokevat koneellisen annosjakeluun?

17. Miten itse olet kokenut annosjakeluun siirtymisen?

a. Hyvät asiat annosjakelussa

b. Huonot asiat annosjakelussa

18. Millaisia kehittämistarpeita mielestäsi annosjakelussa on ja miten kehittäisit niitä?

19. Haluatko vielä kertoa jotain liittyen lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun?

Kiitos vastauksistasi! 😊

LIITE 2. Saatekirje

Maaliskuu 2012

SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja!

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa Helsingin yksikössä hoitotyön koulutusohjelmassa ja valmistumme sairaanhoitajiksi vuoden 2012 lopulla. Opintoihin sisältyy 15 opintopisteen laajuinen opinnäytetyö. Opinnäytetyömme aihe on: **Koneelliseen annosjakeluun siirtymisen tuomat muutokset Vantaan kotihoidon yksikössä sairaanhoitajien näkökulmasta.** Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuoda esiin sairaanhoitajien näkemys lääkkeiden koneellisen annosjakelun vaikutuksesta lääketurvallisuuteen, prosessin toimivuuteen ja moniammatilliseen yhteistyöhön.

Tutkimukseen osallistutaan vastamaalla nimettömästi ohessa olevan kyselylomakkeen kysymyksiin jonka pyydämme Teitä ystävällisesti täyttämään. Vastaminen on vapaaehtoista ja kyselyyn osallistumisen voi keskeyttää milloin vain. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Jokainen vastaus on tärkeä!

Olkaa hyvä ja palauttakaa kyselylomake oheisessa kirjekuoressa yhteystenkilöllemme [REDACTED] PP.KK.VVVV mennessä.

KIITOS!

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat
Sonja Asunto (sonja.asunto@student.diak.fi) ja
Laura-Leena Kupari (laura-leena.kupari@student.diak.fi)
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki