

RYHMÄKODIN LÄÄKEHOITOTOIMINNAN KEHITTÄMINEN

Hanna Minkkinen

Katja Vähämäki

Opinnäytetyö syksy 2014

Diakonia-ammattikorkeakoulu

DIAK

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Hanna Minkkinen & Katja Vähämäki. Ryhmäkodin lääkehoitotoiminnan kehittäminen. 38 sivua. Liitteitä 2. Syksy 2014. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kehitysvammaisten ryhmäkodin lääkehuoltoprosessia. Opinnäytetyön tavoitteena on, että ryhmäkoti kehittää lääkehuoltotoimintaansa osana hoitotyön laatua. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmin ja aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan asiakkaiden lääkkeenjako kokonaisuutena käytetty aika on työvuorossa noin kaksi tuntia, lääkkeiden hakuun, yhteydenpitoon lääkäriin ja asiakkaan lääkemuutosten tekemiseen noin tunti viikossa. Annoslääkejakeluun siirryttäessä lääkehuollosta vapautunut aika halutaan käyttää asiakkaiden yksilöllisempään hoitoon ja virkistystoimintaan. Annoslääkejakelusta aiheutuu lisäkustannuksia yritykselle tai asiakkaalle. Lääkehuollon kehittämiseksi tarvitaan lääkehoidon täydennyskoulutusta ja lääkelupa useammalle hoitajalle. Uusien lupien myötä he kykenevät vastaamaan asiakkaiden lääkehuollosta tehokkaammin. Jatkossa olisi mielenkiintoista kartoittaa asiakkaiden mielipiteitä annosjakeluun siirtymisestä.

Avainsanat: annoslääkejakelu, hoitotyön laatu, lääkehoito

ABSTRACT

Hanna Minkkinen & Katja Vähämäki. Developing medication in mentally disabled people nurseryhome. 38 pages. Appendices 2. Autumn 2014. Diaconia University of Applied Sciences. Degree programme in nursing, nurse.

The purpose of this thesis was to describe the medical care in process used in nursery home for mentally disabled people. The aim of this thesis was that with this research the nursery home provides their medical care as part of the quality of nursing. The thesis was carried out by using qualitative survey and was analyzed by using inductive content analyses.

Research results reveals, that the time used in medication in its entirety was approximately 2 hours during one shift, fetching medication, being in contact with the doctor and making changes to the client's medication, about an hour per week. The time released after proceeding into pharmacy dosing wanted to be used in nursing people more individually and recreating activity. Pharmacy dosing of medicines causes extra expenses for the nursery home or the residents. For developing medical care additional education and permissions for several nurses were needed. With these new permissions they could take responsibility for the medical care of the residents more effectively. In the sequel it would be interesting to chart out the opinions of the residents about proceeding to the pharmacy dosing.

Keywords: pharmacy dosing, the quality of nursing, medical care

Sisällys

1 JOHDANTO	5
2 LÄÄKEHOITO HOITOTYÖSSÄ.....	6
2.1 Lääkehoito toimintana.....	6
Kuvio 1. Koneellisen annoslääkejake- lun prosessi	8
2.2 Lääkehoidon laatutekijät	10
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	14
4 OPINNÄYTETYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA MENETELMÄ	15
Kuvio 2. Ryhmäkodin lääkehoitoprosessi	15
4.1 Aineiston keruu	17
4.2 Aineiston analyysi.....	18
Kuvio 3. Esimerkki analyysin etenemisestä	19
5 TULOKSET	20
5.1 Ryhmäkodin lääkehoito	20
Kuvio 4. Ajankäyttö lääkehoitoon työvuoron aikana	21
Kuvio 5. Muuhun lääkehoitoon käytetty aika.....	22
5.2 Annoslääkejake- lun jakelu ryhmäkodissa.....	22
5.3 Annoslääkejake- lun ja hoitotyön laatu	23
Kuvio 6. Annoslääkejake- lun vapautuvan ajan käyttö	24
6 POHDINTA	25
6.1 Opinnäytetyön luotettavuus	26
6.2 Opinnäytetyön eettisyys	27
LÄHTEET.....	29
LIITTEET	33
Liite 1 Saatekirje ja kyselylomake ryhmäkodin työntekijöille	34
Liite 2 Saatekirje ja kysymykset apteekille.....	36

1 JOHDANTO

Lääkehoito on aihe, joka puhuttaa yhteiskunnallisesti jatkuvasti. Yksityisissä sosiaali- ja terveystaluuksissa tuottavissa yksiköissä lääkehoidon järjestäminen on yksi osa-alue, joka on tarkan valvonnan alla. Lääkehoidon järjestämiseen on olemassa lait ja asetukset, joita tulee noudattaa. Lääkehuollon tulisi olla laadukasta, vaikuttavaa ja kustannustehokasta. Rationaalinen lääkehoito ja hyvä lääkitysturvallisuus lisäävät väestön hyvinvointia, parantavat kansanterveyttä ja vähentävät terveydenhuollon kustannuksia (STM 2011.)

Tämä opinnäytetyö tehtiin Oulussa toimivalle ryhmäkodille, joka tuottaa palveluita kehitysvammaisille asiakkaille. Palveluita ovat ympärivuorokautinen hoito ja hoiva, omaishoidon vapaiden järjestäminen sekä tukiasuminen. Ryhmäkoti on palvelukoti, joka toimii kuten koti terveydenhuollon kannalta. Asiakkaan sairastuessa käännetään terveyskeskuksen puoleen. Erikoissairaanhoidon vaadittaessa yksiköllä on suora mahdollisuus ottaa yhteyttä kehitysvammahuoltoon erikoistuneeseen palvelukeskukseen. Jatkuvassa kilpailutilanteessa hoitotyön laadun hallinta on palveluita myyvässä ryhmäkodissa tärkeää.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kehitysvammaisten ryhmäkodin lääkehuolto-prosessia. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada vastaus kysymyksiin, miten ryhmäkodin lääkehoito toteutetaan ja millaisena henkilökunta näkee annoslääkejakeluun siirtymisen osana hoitotyön laatua. Tavoitteena on, että tämän opinnäytetyön avulla ryhmäkoti pysyy kehittämään lääkehoitoprosessia osana hoitotyön laatua.

2 LÄÄKEHOITO HOITOTYÖSSÄ

2.1 Lääkehoito toimintana

Lääkkeellä tarkoitetaan valmistetta, ainetta tai aineiden yhdistelmää, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oiretta. Se voi myös palauttaa, korjata tai muuttaa elintoimintoja. Lääke myös voi auttaa terveydentilan tai sairauden syyn selvittämisessä (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 42.)

Suomessa lääkehoidon ylin viranomainen on sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Se johtaa, valvoo ja ohjaa lääkehoitoa ja – huoltoa laatimalla sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia lakeja, asetuksia ja ohjeita. Fimea (Finnish Medicines Agency) on lääkkeiden lupa- ja valvontaviranomainen. Se valvoo lääkealan toimijoiden, kuten apteekkien ja lääketehtaiden toimintaa. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira ohjaa aluehallintovirastoja ja kuntia lainsäädännön toimeenpanossa, valvoo terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattihenkilöiden toimintaa sekä ratkaisee terveydenhuollon kanteluita hoitovirhe-epäilyissä. Valviran ohjeistuksessa toimii kuusi erillistä aluehallintovirastoa eli AVIa. Niiden tehtäviin kuuluu edistää perusoikeuksien ja oikeusturvaan toteutumista, peruspalvelujen saatavuutta, ympäristön suojelua ja kestäväää käyttöä sekä terveellistä ja turvallista elin- ja työympäristöä alueellaan. AVI hoitaa yksityisten palveluiden tuottajien lupa- ja valvonta-asioita (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 25–26.)

Lääkehoito ja sen järjestäminen on Suomessa korkealaatuista ja tarkoin säänneltyä toimintaa. Lääkehoito toteutetaan pääsääntöisesti lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta ja vastuulla. Koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt kantavat kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta. Jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Esimiehet ohjaavat ja valvovat lääkehoidon toteuttamista lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. He päättävät eri henkilöstöryhmien työnjaosta ja yhteistyöstä siten, että jokaisen ammattiryhmän osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. Oppaassa turvallisesta lääkehoidosta sanotaan, että vastuu lääkehoitosuunnitelman laatimisen, toteuttamisen ja seurannan organisoinnista on sosiaali- tai terveyden-

huollon toimintayksikön johdolla. Hyvin organisoitu ja hallitusti toteutettu lääkehoito tuo kustannussäästöjä. Oppaassa korostetaan asenteiden ja toimintakulttuurin kehittämistä siten, että virheistä opitaan ja toimintatapoja muutetaan arvioinnin perusteella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

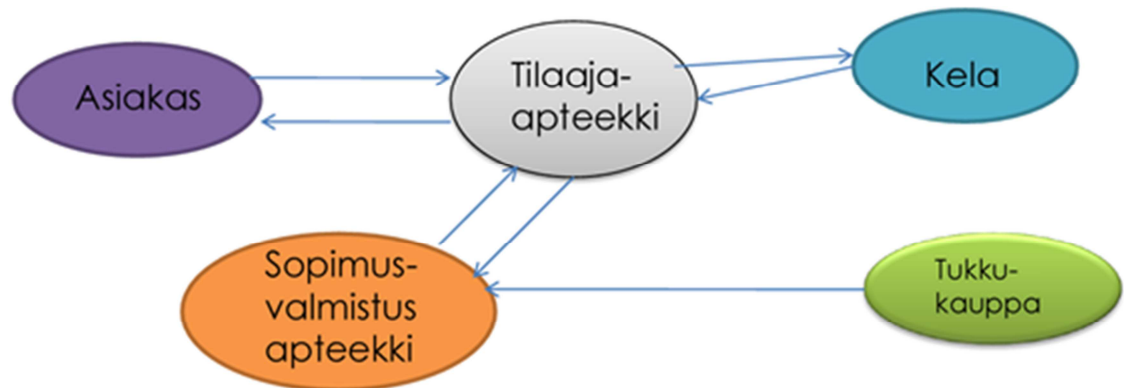
Lääkepoliittisten tavoitteiden mukaan lääkehuolto on osa sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää. Palveluja pitää kehittää enemmän asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Lääkehuollon keskeinen tavoite on mahdollistaa tehokas, turvallinen, tarkoituksenmukainen ja taloudellinen lääkehoito kaikille sitä tarvitseville. Lääkehuollon tulee olla laadukasta, vaikuttavaa ja kustannustehokasta. Rationaalinen lääkehoito ja hyvä lääkitysturvallisuus lisäävät väestön hyvinvointia, parantavat kansanterveyttä ja vähentävät terveydenhuollon kustannuksia (STM 2011.)

Koneellinen lääkkeiden annosjakelu on toimintamalli, jossa apteekki toimittaa potilaan lääkkeet annoskohtaisesti pakattuna kahden viikon erissä. Ennen annosjakelun aloittamista tarkistetaan potilaan kokonaislääkitys yhteistyössä lääkärin kanssa. Koneellisen annosjakelun käyttö edistää lääkitysturvallisuutta. Sen käyttöä on syytä laajentaa sekä pitkäaikaishoitopaikoissa että palvelutaloissa ja muissa avohoidon yksiköissä (STM i.a.)

Koneellinen annosjakelu on luvanvaraista toimintaa. Lupa myönnetään ainoastaan apteekille tai sairaala-apteekille. (Valliluoto 2012, 64.) Koneellisesta annoslääkejakelestä käytetään nimitystä ANJA. Koneellisessa annosjakelussa on viisi sidosryhmää: asiakas (yksityisasiakkaat sekä konserniasiakkaat kuten palvelutalot), lääkäri, apteekki, sopimusvalmistusapteekin vastaama annosjakeluyksikkö ja julkishallinto eli Kansaneläkelaitos. Annosjakeluyksikön tilat, laitteet ja henkilökunnan vuokraa sopimusvalmistusapteekille Suomen Apteekkariliiton omistama Pharma Service Oy (Lääkitystiedon hallintakirja 2008.)

Koneellisessa annosjakelussa potilaan säännöllisesti käyttämät lääkkeet jaetaan valmiiksi kerta-annospusseihin. Potilaskohtainen annospussi sisältää yhden potilaan yhden antokerran lääkkeet. Lääkkeiden automaattiseen annosjakelukoneeseen mahtuu jopa 400 erilaista lääkettä. Annosjakelukoneella jaettavaksi eivät sovellu antibiootit, solunsalpa-

jat, helposti hajoavat tai kosteutta imevät valmisteet sekä lääkkeet, joiden annostus vaihtelee usein (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 72; Heikari 2006.)



Kuvio 1. Koneellisen annoslääkejake­lun prosessi (Suominen 2011).

Koneelliseen annosjakelupalveluun valikoituvat potilaat, joilla on enemmän epätarkoituksenmukaisia ja riskilääkkeitä käytössään. Koneellisen annosjakelun on todettu parantavan potilasturvallisuutta sekä vähentävän yhteiskunnan lääkityskustannuksia. Lääkitysturvallisuutta annosjakelupalvelu parantaa siten, että annosjakelua käyttävien potilaiden lääkehoitotieto on kirjattu yhdenmukaisemmin terveydenhuollon toimijoilla. Säännöllisen lääkityksen reseptit kirjoitetaan vuodeksi kerrallaan, joten reseptien uusimistarve vähenee huomattavasti. Annosjakelun hyötyjä ovat päällekkäislääkitysten ja yhteisvaikutusten tarkistaminen. Jakeluvirheiden määrä vähenee. Annosjakelu on myös hygieenisempää, virheettömämpää ja tehokkaampaa. Yksiköiden lääkevarastot pienenevät ja harvoin käytettävät lääkkeet jäävät pois. Lääkeannosten sekaantumisriski pienenee annospussien sisältäessä tarkat henkilötiedot ja lääketiedot. Hoitohenkilökunnan työaika lääkkeiden jakamiseen kuluu 65 % vähemmän kuin kiinteistä lääkepakkauksista jaettuna. (Himss (2010); Fimea i.a.; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 72; Heikari 2006; Suominen 2011.)

Koneellisen annosjakelun alkaessa lääkäri merkitsee koneellisen annosjakelun lääkemääräykseen lääkemääräksi ”vuoden tarve”. Lääkemääräykseen hän taas merkitsee ”annosjakelu”. Annosjakelureseptit säilytetään apteekissa ja se huolehtii niiden uusimisesta. Apteekki pitää yllä asiakkaan lääkityskorttia, jossa on asiakkaan säännöllisesti

käyttämien lääkkeiden tiedot annosohjeineen ja käyttöaiheineen. Asiakas saa kahden viikon välein annospussien mukana päivitetyn lääkityskortin. Lääkityskortin käytöllä on mahdollista parantaa potilaan kokonaislääkityksen hallintaa. Asiakkaalle edullisin vaihtoehto on, että lääkemutokset toteutettaisiin annosjakelun uuden, kahden viikon jakson käynnistyessä (Kaattari, Koskinen, Puirava, Salimäki, Puirava & Ojala 2012, 43–44.)

Lääkkeen hinta määräytyy tukkuhinnan, lääketaksan ja arvonlisäveron perusteella (Finlex 2010). Potilaalle ylimääräisiksi jäävien lääkkeiden määrä pienenee. Taloudellisuus näkyy siinä, että annosjakeluun valitaan kalliimman lääkkeen tilalle halvempi rinnakkaisvalmiste. Lääkkeiden annosjakelu tapahtuu suurista pakkauksista, joten yksikköhinta tablettia kohtaan on edullinen. Pohjoismaisen vertailun mukaan palvelukodin potilaan lääkehävikin aiheuttama säästö oli 800 Ruotsin kruunua potilasta kohden vuodessa eli noin 87 euroa. Norjassa säästö oli 10–15 Norjan kruunua viikossa eli 1-1.5 euroa. Kansaneläkelaitoksen teettämän selvityksen mukaan Suomessa v. 2002 säästöä keskimäärin oli 0,21 euroa päivässä potilasta kohden. Eniten säästöä saivat potilaat, joilla oli vähintään 6 lääkettä. Heillä säästöä kertyi 0,76 euroa päivässä (Wesslin 2013, 8; Heikari 2006.)

Sairausvakuutuslain mukaan vakuutettu voi saada korvausta annosjakelun kustannuksista, jos hän on täyttänyt 75 vuotta. Tai hänellä on annosjakelun alkaessa vähintään kuusi annosjakeluun soveltuvaa lain mukaan korvattavaa lääkettä. Vakuutetun lääkitys on tarkistettu tarpeettomien, keskenään yhteensopimattomien ja päällekkäisten lääkitysten poistamiseksi. Annosjakeluun siirtyminen on pitkäaikaisessa lääkehoidossa lääketieteelliseltä kannalta perusteltua. Lisäksi edellytetään, että apteekki on tehnyt Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen annosjakelusta (Valliluoto 2012, 66.)

Annosjakelua käyttävissä yksiköissä koetaan lääkkeiden tunnistaminen haastavaksi annospusseista sillä lääkkeiden koot, värit ja nimet muuttuvat annosjakelussa. Kotihoidon yksiköihin tulee hankkia kuvasto lääkkeiden tunnistamista varten, jossa näkyvät lääkkeet ajantasaisessa muodossaan. Lääkäreiden vastuu korostuu lääkitystietojen päivityksessä (Hirvelä & Pasanen 2011, 56.)

Jokainen ammattikunta tarkastelee potilaan hoidon kokonaisuutta omista lähtökohdistaan. Lääkäri hoitaa sairautta, hoitaja potilasta ja sosiaalityöntekijä sitä kokonaisuutta jossa ihminen elää. Tiimiin voi kuulua myös muita asiantuntijoita. Myös farmasian osaamista halutaan hyödyntää tehokkaammin osana hoitoa (Kaattari ym 2012, 14–15.) Henkilökunnan osaaminen ja kouluttautuminen lääkehoidossa on tärkeää edelleenkin huolimatta annosjakeluun siirtymisestä.

2.2 Lääkehoidon laatutekijät

Terveydenhuollon alalla toimivilla potilasturvallisuus on hoitotyön periaate, jolla varmistetaan potilaan saaman hoidon turvallisuus. Potilaan ei hoidosta koidu haittaa. Potilasturvallisuuden on oltava terveydenhuollon henkilökunnalle, potilaille ja omaisille yhteinen tavoite. Lääkehoidon turvallisuus on ehdoton potilasturvallisuudessa. Potilasturvallisuuteen sisältyy myös laitteiden turvallisuus. Potilasturvallisuudessa arvioidaan järjestelmätasoa laatueroavien avulla. Näin opitaan virheistä ja löydetään ratkaisuja poikkeamien ennaltaehkäisyyn. Lääkehoidossa lääkeaineiden farmakologiset ominaisuudet tunnetaan ja lääkehoitoa osataan toteuttaa oikein. Potilasturvallisuus on nykyään yksi Euroopan unionin terveystalouden painopistealueista (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2008; Euroopan unionin kansanterveysportaali 2009; STM 2009.)

Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä, parantaa sairauksia ja hidastaa niiden etenemistä. Edelleen ne ehkäisevät sairauksien aiheuttamia komplikaatioita ja lievittävät oireita. Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laatua. Lääkehoidon toteuttaminen tapahtuu moniammatillisessa yhteistyössä ja edellyttää hoitohenkilöstöltä lääkehoidon kokonaisuuden hallintaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 11.) Turvallisen lääkehoidon seitsemän tärkeää periaatetta ovat: oikea potilas, oikea lääke, oikea annos, oikea antotapa, oikea antoreitti, oikea antoaika, oikea potilaan ohjaus ja oikea dokumentointi. Lääkehoidon periaatteiden tarkoituksena on vahvistaa hoitajien ammatillista yhteenkuuluvuutta ja varmistaa yhtenäiset työskentelyn perusteet (Veräjänkorva ym 2006, 84–85.)

Turvallinen lääkehoito liittyy lääkkeen farmakologisiin ominaisuuksiin, niiden tunnistamiseen sekä lääkkeiden laadukkaaseen valmistamiseen. Tätä osa-aluetta kutsutaan lääketurvallisuudeksi. Toinen osa-alue liittyy lääkkeiden käyttöön ja lääkehoitojen toteuttamiseen, tätä kutsutaan lääkitysturvallisuudeksi (Veräjänkorva ym 2006, 16.)

Lääkehoidon poikkeama on virheellistä toimintaa tai jonkin osatehtävän laiminlyönti. Lääkehoidon hyöty jää potilaalta saamatta. Poikkeama voi syntyä vahingossa tai tarkoituksellisesti, suurin osa on kuitenkin vahinkoja. Vakavin seuraus lääkepoikkeamasta voi olla potilaan kuolema. Poikkeama on seuraus huolimattomuudesta, hoitoympäristöstä tai hoitajien riittämättömästä osaamisesta. (Veräjänkorva ym 2006, 99.) Lääkehoidon poikkeamista ilmoitetaan ja niitä seurataan järjestelmällisesti. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi on osa lääkehoitosuunnitelmaa. Oletettavia hoito- ja haittavaikutuksia sekä lääkkeiden yhteisvaikutuksia seurataan. Hoitaja on vastuussa ammattitaitonsa riittävydestä kaikilla tehtävälalueillaan. Hän on aloitteentekijänä potilaan lääkehoidon aloittamisessa, koska työskentelee lähellä potilasta. Eettiseen osaamiseen kuuluu, että lääkehoidon lähellä piti -tilanteista keskustellaan ja ne otetaan esille (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila, Tornainen 2008, 36.)

Myrkytystietokeskuksen mukaan vuosittain 200 puhelua koskee terveydenhuollossa tapahtuneita lääkitysvirheitä. Yleisimmät lääkitysvirheet ovat väärä lääke 59 %, väärä annos 35 %, ja väärä antoreitti 6 %. Soittoja tapahtuu eniten kesäkuukausina. Hoito- ja vanhainkodit olivat yleisin paikka, jossa lääkitysvirhe oli tapahtunut. Tietoa lääkeaineisiin ja niiden jakeluun liittyvistä riskeistä tulisi lisätä lääkehoidon parissa työskentelevien keskuudessa (Roponen 2011, 24.)

Työyksikössä on erilaisia tapoja varmistaa henkilökunnan osaaminen. Täydennyskoulutuksilla voi työnantaja varmistaa työntekijöidensä osaamisen ja lain vaatimusten täyttyminen. Tentit, näytöt ja verkko-oppiminen ovat mittareita, joilla mitataan yksittäisten työntekijöiden osaamista. Lääkkeen jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin vaatii suurta tarkkuutta. Se on tehtävä asianmukaisissa, toimintaan sopivissa tiloissa ja oloissa. Rauhallinen työympäristö turvaa lääkkeiden jakamisen virheettömyyden ja parantaa potilasturvallisuutta. Lääkkeet saa jakaa tehtävään koulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

lö. Hyvän lääkehoidon toteuttaminen edellyttää hoitotyön kehittämistä. Kouluttamattomien työntekijöiden ja sijaisten osallistuminen lääkehoitoon tekee lääkehoidosta vaativamman. Työvuorojen suunnittelussa on otettava huomioon työntekijöiden lääkehoidon vastuut ja osaaminen (AVI 2010, 11–13.)

Kotisairaanhoidopalveluja tuottavien sekä sosiaalihuollon asumispalveluyksiköiden lääkehuollossa toimintakäytännöt vaihtelevat. Tehostetun palveluasumisen, lastensuojeluyksiköiden ja mielenterveyskuntoutusyksiköiden lääkehoidon käytäntöjen valvonta kuuluu palveluja ostavalle sekä toimintayksikön sijaintikunnalle (AVI 2013.) Vanhusten lääkehoidon ongelmia ovat: joka kymmenes vanhus käyttää sopimattomia lääkkeitä ja joka kymmenes käyttää lääkeyhdistelmiä, joihin liittyy vakavan yhteisvaikutuksen riski. Osa vanhusten sairaalahoitajaksoista on seurausta näistä lääkityksen ongelmista (Kuntatiedote 6/2007, Oulun-kaaren vanhuspalvelut 2011.) Lääkelaki ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä (Lääkelaki 395/1987.)

Väestön terveyteen vaikutetaan terveyden terveyttä määrittävien tekijöiden kautta. Terveyden määrittävät tekijät ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia tai kulttuurisia tekijöitä, jotka voivat vahvistaa tai heikentää ihmisten terveyttä. Niiden vaikutusta välittäviä tekijöitä ovat terveyttä tukevat voimavarat, asenteet, arjen sujuminen, terveyskäyttäytyminen, kyky omaksua ja tulkita terveystietoa sekä mahdollisuudet saada tai käyttää palveluja kuten lääkehuoltoa (THL 2014.)

World Health Organization (WHO) painottaa terveyden edistämistä prosessina, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. Määritelmä korostaa yhteisöllisyyttä, yhdessä tekemistä ja elämänhallintaa. Tapa jäsentää terveyden edistämistä on tarkastella tehtävää toimintakäytäntöjen ja työtapojen mukaan. Tällöin arvioinnin kohteena voivat olla esimerkiksi yhteisöllisen toiminnan kehittäminen, ehkäisevien palvelujen käytännöt ja yhteistyö tai terveysviestinnän tehokkuus (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Terveysalan viranomaiset ja lääkealan toimijat ovat linjanneet yhteiset tavoitteet lääkepolitiikalle vuoteen 2020. Lääkehuolto on osa sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmää. Ohjelma korostaa, että rationaalinen lääkehoito ja hyvä lääkitysturvallisuus lisäävät väestön hyvinvointia, paranta-

vat kansanterveyttä ja vähentävät terveydenhuollon kustannuksia. Ohjelman mukaan lääketutkimus lisää terveyttä, hyvinvointia ja työllisyyttä (STM 2011.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

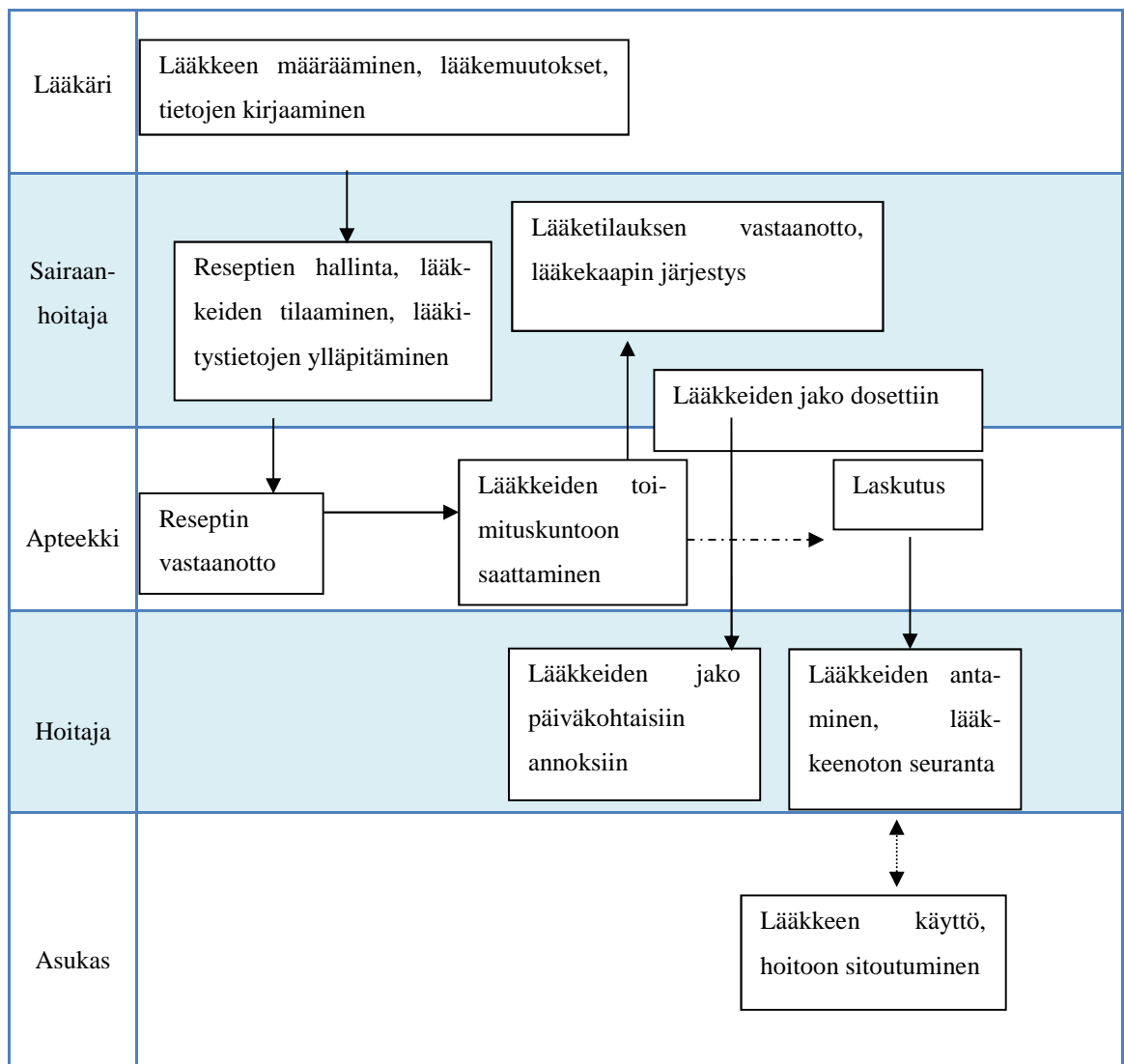
Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ryhmäkodin lääkehoitoprosessia ja sen kehittämistarpeita osana hoitotyön laatua. Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaus kysymyksiin:

1. Miten lääkehoito toteutetaan yksikössä henkilökunnan kokemuksen mukaan?
2. Millaisena hoitohenkilökunta näkee annoslääkejakeluun siirtymisen hoitotyön laadun näkökulmasta?
3. Miten annoslääkejakeluun siirtyminen toteutuu henkilökunnan käsityksen mukaan?

Tavoitteena on, että tämän opinnäytetyön avulla ryhmäkoti kehittää lääkehoitoprosessia osana hoitotyön laatua.

4 OPINNÄYTETYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA MENETELMÄ

Ryhmäkoti tuottaa kehitysvammaisille asiakkailleen turvallisia ja laadukkaita asumis- ja päivätoimintapalveluja. Erityisosaamisena on eri-ikäisten, haastavasti käyttäytyvien kehitysvammaisten kuntoutus ja hoito. Ryhmäkodin henkilökunta koostuu sosionomeista ja lähihoitajista, lisäksi sijaisina käytetään sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoita. Ryhmäkodissa on vaatimusten mukainen lääkehoidon suunnitelma kirjallisena. Suunnitelmaa päivitetään vaatimusten mukaisesti.



Kuvio 2. Ryhmäkodin lääkehoitoprosessi

Lääkkeenjaon hoitaa ryhmäkodin koulutettu henkilökunta. Henkilökunta jakaa asiakkaan lääkkeet viikoksi kerrallaan annostelulokerikkoon. Lääkkeet jaetaan yövuoron aikana ja samalla tarkistetaan lääkkeiden riittävyys seuraavaan jakoon. Käytössä on vihko apteekkiasioille, johon merkitään kenelle ja mitä lääkkeitä pitää käydä hakemassa apteekista sekä liitetään mukaan paperiresepti tai merkintä e-reseptistä. Ryhmäkodilla on kansio paperiresepteille, sitä säilytetään ryhmäkodin kansliassa. Lääkkeet annetaan lokerikosta asiakkaalle ja varmistetaan, että asiakas ottaa lääkkeet. Tiedon kulkua tehostamassa on myös ohjaajien viestivihko, johon kirjataan myös lääkitykseen liittyvät huomiot. Lääkäriä konsultoidaan tarvittaessa lääkehoitoon liittyvissä asioissa, näistä merkitään asiakkaan asiakirjoihin ylös tapahtuma-aika ja selvitys raportoiduista asioista sekä saaduista määräyksistä (Ryhmäkodin lääkehoitosuunnitelma 2014.)

Ryhmäkodin asukkaat käyvät terveyskeskuksen vastaanotolla tavallisten terveydenhuoltoon asioiden hoidossa, kuten esimerkiksi hammashuolto, astmahoitaja ja diabeteshoitaja. Ryhmäkodin asiakkaiden lääkkeiden määräämisestä vastaa terveyskeskuslääkärit (akuutit somaattiset sairaudet) ja kehitysvammahuoltoon erikoistuneen palvelukeskuksen lääkärit (kehitysvammaisuuteen liittyvät erityistarpeet). Henkilökunta hakee lääkkeet läheisestä apteekista asiakkaiden henkilökohtaisilla resepteillä. Jatkossa pyritään saamaan kaikkiin lääkkeisiin e-reseptit. Asiakkaan lääkitys kirjataan Doma Care-asiakastieto-ohjelmaan. Ohjelmaan kirjataan kaikki lääkemuutokset ja sieltä tulostetaan ajantasaiset lääkelistat. Ohjelmaan kirjataan myös tarvittaessa annettavat lääkkeet jaannon syy. Ohjelmasta löytyy pitkältä ajalta asukkaan entinen lääkitys ja siihen tehdyt muutokset. Jokainen työntekijä on velvollinen tarkistamaan ajantasaisen lääkityksen tai lääkityksen muutokset ohjelmasta (Ryhmäkodin lääkehoitosuunnitelma 2014.)

Vastaava ohjaaja kartoittaa henkilökunnan lääkehoidon osaamisen tason ja arvioi koulutustarpeen. Mahdollisista lisäkoulutuksista päättää toimitusjohtaja. Riittävä lääkehoidon osaaminen varmistetaan lääkehoidon näytöllä, jonka vastaanottaa vastaavan ohjaajan nimeämä henkilö. Lääkehoidon osaaminen varmistetaan vuosittain. Jokainen työntekijä on vastuussa oman osaamisensa ylläpidosta ja kehittämisestä ja on velvollinen tuomaan ilmi mahdollisen lisäkoulutuksen tarpeen. Onnistunut ja turvallinen lääkehoito on osa laadukasta hoitotyötä. Lääkehoitosuunnitelma on osa ryhmäkodin laadunhallintaa. Se on hyvä väline lääkehoidon suunnitteluun, seurantaan ja hallintaan. Työnantajan tai

esimiehen on varmistettava henkilökunnan lääkehoidon osaaminen säännöllisesti (Valvira 2013.)

Tähän opinnäytetyöhön valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä. Laadullisessa eli kvalitatiivisessa menetelmässä pyritään kuvaamaan ryhmäkodin lääkehuollon todellisuutta. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksen tavoitteena on tutkimuskohteen ymmärtäminen. Tutkija ei voi sanoutua irti arvolähtökohdista, sillä arvot muovaavat sitä, mitä ja miten ymmärrämme tutkimiamme ilmiöitä. Laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä löytää tai paljastaa tosiasioita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152.)

4.1 Aineiston keruu

Haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuvat tiedot ovat yleisimmät aineistonkeruumenetelmät, joita laadullisessa tutkimuksessa käytetään. Niitä voidaan yhdistellä tai käyttää vaihtoehtoisesti tutkittavan ongelman ja tutkimusresurssin mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmäksi valittiin tiedonkeruulomake, jossa oli teemat. (LIITE 1). Kysymykset muotoiltiin avoimiksi. Ryhmäkodin henkilökunnalle jaettiin nämä lomakkeet kesällä 2015. Vastausaika oli kuukausi. Apteekille lähetettiin sähköpostitse tiedonkeruulomake, jossa halettiin tietoa ryhmäkodin ja apteekin yhteistyöstä. (LIITE 2) Kysymykset olivat avoimia. Vastausaika apteekilla oli viikko. Kysely on yksi tapa kerätä aineistoa tutkimukseen. Etuna pidetään sitä, että niiden avulla voidaan kerätä laaja aineisto. Menetelmänä se on tehokas, koska se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida tarkasti (Hirsjärvi ym 2004, 182–184.) Lomakkeita jakaessaan tutkija kertoo tutkimuksen tarkoituksesta, selostaa kyselyä ja vastaa tarvittaessa kysymyksiin.

Kyselyn vastaajat täyttivät lomakkeet omalla ajallaan ja palauttivat lomakkeet vastaavalle ohjaajalle. Lomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan tehostaa tutkimuksen onnistumista. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on mielessään (Hirsjärvi ym 2004, 187–190.)

Kvalitatiivisen aineiston keruussa käytetään aineiston riittävyteen ja kylläisyyteen viittaavaa saturaation käsitettä, jota kutsutaan myös kylläntymiseksi. Kylläntymisellä tarkoitetaan sitä, että tutkija alkaa kerätä aineistoa päättämättä etukäteen, kuinka monta tapausta hän aikoo tutkia. Kun aineisto alkaa haastatteluissa kertaantua uudelleen, aineisto on riittävä. Tällöin on tapahtunut saturaatio (Hirsjärvi ym 2004, 171.)

4.2 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on analyysimenetelmä, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysia voidaan käyttää yksittäisenä metodina sekä väljänä teoreettisena kehyksenä. Sisällönanalyysillä järjestellään, kuvaillaan ja kvantifoidaan, eli ilmaistaan tai määritetään jonkin määrä lukuina tai suureina, tutkittavaa ilmiötä. Laadullisessa analyysissä voidaan edetä kahdella tavalla joko aineistosta lähtien eli induktiivisesti tai lähtien jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä eli deduktiivisesti. Aineisto luokitellaan näitä hyväksi käyttäen (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-7; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.)

Induktiivinen sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Aineistosta lähtevä analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistämisellä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Aineiston pelkistäminen aloitettiin kirjoittamalla vastaukset erilliselle paperille sanasta sanaan. Aineistosta lähdettiin tutkimuskysymyksillä etsimään vastauksia. Kysymyksiin saadut vastaukset listattiin.

Analyysin seuraava vaihe on ryhmittely. Ryhmittelyssä on kysymys pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.) Ryhmittelyvaiheessa yhdistettiin listattuja asiayhteydeltään pelkistettyjä sanoja ja ilmaisuja toisiinsa. Nämä koottiin saman otsikon alle alaluokiksi.

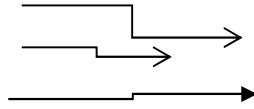
Esimerkki ryhmittelyvaiheesta:

Pelkistetyt ilmaisut

”jako tapahtuu yövuorossa”

”ajankäyttö riippuu työvuorosta”

”aikaa kuluu 1-2 tuntia”



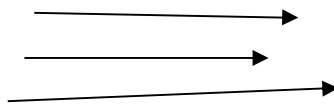
Alaluokka

lääkkeenjakaaja
jako yövuorossa

aika riippuu monesta tekijästä

lääkemuutoksiin menee aikaa

lääkkeiden hakuun aikaa

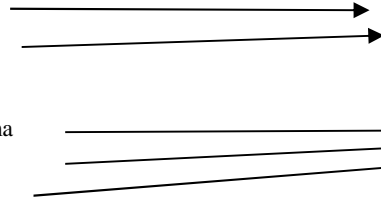


monen tekijän summa
lääkemuutosten teko
lääkkeiden haku

Alaluokat

lääkkeenjakaaja
jako yövuorossa

monen tekijän summa
lääkemuutosten teko
lääkkeiden haku



Yläluokka

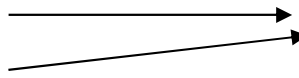
Lääkkeen jako työvuoroittain.

Muu lääkkeenjakoön käytetty aika

Yläluokat

Lääkkeenjako työvuoroittain

Muu lääkkeenjakoön käytetty aika



Pääluokka

Ryhmäkodin lääkehoito

Kuvio 3. Esimerkki analyysin etenemisestä

Analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset luokat muodostaen niistä yläluokkia. Yläluokat pyrittiin nimeämään sen sisältöä kuvaavin nimin (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7). Yläluokat abstrahoitettiin sitä kuvaavan pääluokan alle.

5 TULOKSET

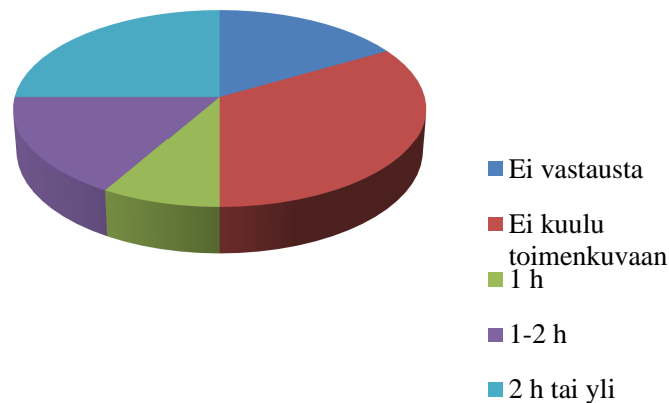
Analyysin perusteella muodostettiin pääluokiksi ryhmäkodin lääkehoito, annoslääkejakelu ryhmäkodissa sekä annoslääkejakelu ja hoitotyön laatu.

5.1 Ryhmäkodin lääkehoito

Lääkkeen jako työvuorottain yläluokka kuvaa toimintaa, mitä työvuorottain tapahtuu lääkkeenjaon toteutukseen. Lääkkeenjako tehdään yövuorossa asiakkaiden dosettiin. Mikäli asiakkaalla tulee lääkärikäynnin aikana lääkemuutoksia, ne tehdään välittömästi, Näitä ovat esimerkiksi antibioottikuurit tai olemassa olevien lääkeannosten pienentäminen tai suurentaminen. Lääkehoitoon käytetty aika työvuoron aikana on noin kaksi tuntia. Tämä aika sisältää kaiken lääkehoitoon liittyvät työn, mitä yksikössä siihen kuuluu.

”Riippuen ryhmäkodista 1-3 tuntia ja lisäksi käyn tietojärjestelmästä läpi vastaavako tiedot dosetin taustojen kanssa, lopetus ja aloitusajat yms.”

Asiakkaille annostellaan lääkkeitä yleensä aterioiden yhteydessä. Ohjaajat annostelevat lääkkeitä asiakkaille. Asiakkaiden erilaiset kohtauslääkkeet annostellaan silloin kun niitä tarvitaan.

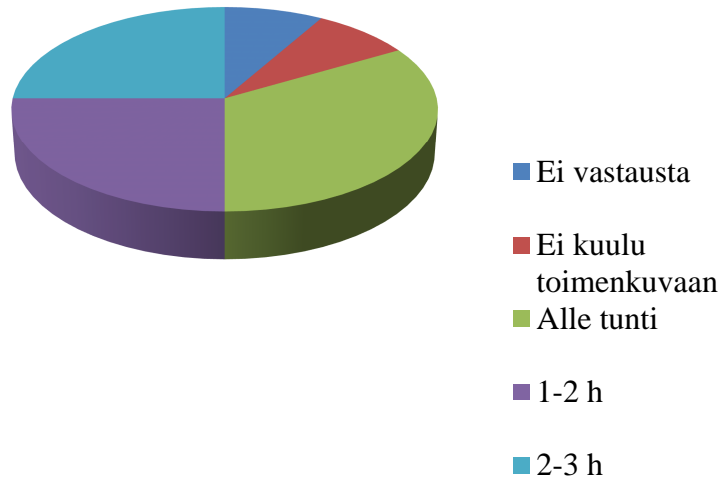


Kuvio 4. Ajankäyttö lääkehoitoon työvuoron aikana

Ajankäyttöä hidastavat lääkkeenjaon keskeytykset. Lääkelistat eivät aina ole ajan tasalla tai niissä saattaa olla virheellisiä merkintöjä suhteessa yksikössä käytettävään lääkehuollon ohjelmaan. Yksikössä ei ole kaikilla lääkehoitolupaa. Tällöin lääkehoitoluvan omaavilla työntekijöillä on suurempi vastuu ja lääkehoitotoiminta vievät enemmän aikaa hänen työpanoksestaan.

Muu lääkehuoltoon käytetty aika yläluokka kuvaa muuta lääkehuoltoon liittyvää yleistä toimintaa. Tämä aika oli noin yhden tunnin viikon aikana. Ajan käyttö riippui siitä, joudutaanko asiakkaan lääkitykseen tekemään paljon lääkemutoksia. Yhteydenotot lääkäriin ja apteekkiin vievät oman aikansa. Asiointi tapahtuu pääosin puhelimitse. Henkilökunta hakee lääkkeet asiakkaille, jotka eivät pysty itse niitä hakemaan. Lääkkeiden haku pyritään yhdistämään muuhun asiointiin.

”Lääkkeiden hakemiset asukkaat hoitavat itse. Jos joudumme hakemaan, niin se pitää hyvissä ajoin suunnitella (henkilökuntamäärä). Arvio n. 1-2 tuntia. Lääkkeiden haut sujuvat samalla, kun käymme muillakin talon tai asukkaiden asioilla...”



Kuvio 5. Muuhun lääkehoitoon käytetty aika

Lääkkeenjaon säilyminen ennallaan sai myös kannatusta. Mikäli lääkkeenjako pysyy ryhmäkodilla, kaivattiin enemmän sähköistä asiointia ja lääkkeenhakuun apteekilta muutosta.

5.2 Annoslääkejakelu ryhmäkodissa

Ryhmäkodin lääketilaus yläluokka kuvaa, että tilaus tehdään kirjallisesti ja huolehtii lääkitysmuutosten ilmoittamisesta apteekille. Tilaus voidaan tauottaa tai tilata lääkkeitä lyhyempi jakso, jos asiakas on esim. sairaalassa. Lääkkeistä voidaan tehdä ylimääräinen lisätilaus. Tällöin tilauksesta tulee lisäkuluja. Lisätilauksen toimitusaika on 2-3 arkipäivää. Annosjakelun ulkopuoliset lääkkeet ostetaan tarvittaessa. Kuljetuksesta sovitaan ryhmäkodin ja apteekin kesken erikseen. Tällä hetkellä osa asiakkaista hakee lääkkeensä apteekista itse. Tämä tapa tukee asiakkaan itsenäistymistä ja itsenäistä toimintaa. Anja-pussit tulevat apteekille tiistaina iltapäivällä, jolloin niiden tarkistus alkaa. Toimitus tapahtuu keskiviikkona tai torstaina. Lääketilaukset tehdään 2 viikon jaksoissa. Lääketilauksen pitää olla apteekissa viikkoa ennen toimitusta. Tästä syystä henkilö, jolla on

paljon lääkitysmuutoksia, ei sovellu hyvin koneellisen annosjakelun asiakkaaksi. Annospusseissa lukee asiakkaan ja lääkityksen tiedot eli mitkä tabletit pussissa on ja mihin aikaan pussin sisältö otetaan.

Reseptit yläluokka kuvaa, että asiakkaiden reseptien uusintatarpeesta apteekki ilmoittaa ryhmäkodille lääketoimitusten yhteydessä, 1-1,5 kuukautta ennen lääkitysjakson loppumista. Jos asiakkaat huolehtivat itse lääkärikäynneistään, huolehtivat he itse reseptien uusinnasta tai apteekki huolehtii reseptien uusinnan. Reseptien uusintamaksu apteekissa on 2,50 euroa /resepti, mutta kuitenkin enintään 10 euroa / uusintakerta. Paperiset annosjakelussa olevien lääkkeiden reseptit säilytetään apteekissa. Jatkossa reseptit alkavat olla e-reseptejä. Apteekille on sujuvinta olla yhteydessä palvelukodin yhteyshenkilöön lääkitysasioissa.

Kustannukset yläluokka kuvaa, että annosjakelun lääkeannos maksaa 8,50 euroa viikossa yhdelle asukkaalle. Annosjakelun maksaja on joko asiakas tai palvelukoti. Lääkkeiden kuljetuskustannuksista sovitaan yhteistyössä ryhmäkodin kanssa. Laskutusta varten asiakkaille perustetaan apteekkiin tili. Lääkkeet myydään tilille ja laskutus tapahtuu kuukauden viimeisenä päivänä. Palvelukodin on myös mahdollista avata itselleen tili.

Lääkkeiden tunnistaminen yläluokka kuvaa, että sitä varten löytyy Pharma Servicen annosjakelusivuilta linkki, josta löytyy annosjakelussa käytettyjen lääkkeiden kuvat ja tunnistetiedot. Käytössä olevista lääkkeistä on mahdollista tilata lääkekuvasto. Käytettävät lääkevalmisteet saattavat muuttua ja ajantasaisimmat tiedot ovat nettisivuilla.

Lääkelupien vähyys näkyy päivittäisessä työssä hitautena ja odotteluna. Henkilökunnalle halutaan lisää lääkelupia. Lääkehuollosta vastaavia sairaanhoitajia tarvitaan.

5.3 Annoslääkejakelu ja hoitotyön laatu

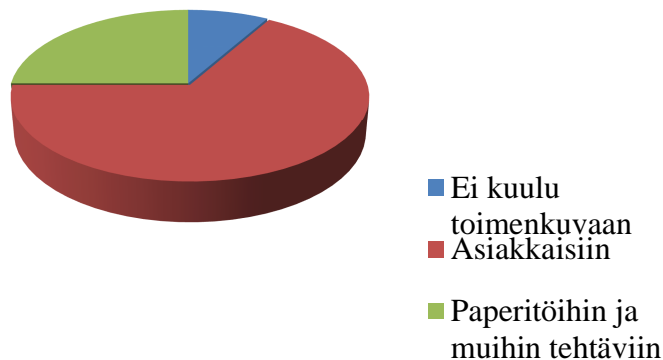
Lääkkeenjaon siirtyminen yläluokka kuvaa, että annoslääkejakeluun siirtyminen parantaa asiakkaiden hoidon laatua. Lääkkeenjaon siirtymisessä apteekille nähtiin hyvinä

puolina lääkevirheiden määrän minimoituminen ja lääkehävikin pieneneminen. Ajan säästöä tulisi myös reseptien uusinnan vaivattomuudessa. Lääkehuollosta vapautuva aika voidaan käyttää erilaiseen työvuorokohtaiseen suunnitteluun. Ryhmäkodin lääkehävikki pienenisi, koska lääkekaappiin ei jäisi turhia lääkkeitä roikkumaan.

”Apteekkijaossa on hyvät puolensa, kun reseptien uusiminenkin hoituu sieltä ja virheiden mahdollisuus minimoituu. Asiakkaalle parempi, sillä lääkkeiden vaihdoksen myötä ei jää ”roikkumaan” turhia lääkkeitä kaappiin. Lääkehävikki pienenee”.

Vapautuvan ajan käyttö yläluokka kuvaa, että asiakkaat pystyttäisiin huomioimaan yksilöllisemmin ja heidän kanssa toimimiseen voidaan panostaa enemmän. Heidän kanssaan voidaan lenkkeillä ja järjestää viriketuokioita.

”Asukkaiden hyvinvointiin”.



Kuvio 6. Annoslääkejakelesta vapautuvan ajan käyttö

Ryhmäkodin viihtyvyyteen ja järjestyksen säilymiseen voidaan kiinnittää enemmän huomiota.

”Lääkkeiden jako on ainoita hiljaisia työtehtäviä, joita yöllä voi tehdä, jos yöllä on aikaa. Yöllä jaetaan lääkkeitä, joten siivoaisin joitakin paikkoja mitkä tarvis ”fiksausta” tai päivittäisin tarvittavia papereita...”

Paperitöihin ja kirjauksiin pystyttäisiin paneutumaan tarkemmin. Hoitotyön kokonaisvaltainen laatu paransi annoslääkejakeluun siirtymiseen myötä.

Yhteenvetona tuloksista voidaan sanoa, että lääkkeenjako kokonaisuutena käytetty aika on työvuorossa noin kaksi tuntia, lääkkeiden hakuun, yhteydenpitoon lääkäriin ja asiakkaan lääkemuutosten tekemiseen noin tunti viikossa. Viidennes vastaajista haluaisi lääkkeenjaon siirtyvän apteekkiin. Annoslääkejakeluun siirryttäessä lääkehuollosta vapautunut aika halutaan käyttää asiakkaiden yksilöllisempään hoitoon ja virkistystoimintaan. Annoslääkejakelusta aiheutuu lisäkustannuksia yritykselle tai asiakkaalle. Lääkehuollon kehittämiseksi tarvitaan lääkehoidon täydennyskoulutusta ja lääkelupa useammalle hoitajalle. Uusien lupien myötä he kykenevät vastaamaan asiakkaiden lääkehuollosta tehokkaammin.

6 POHDINTA

Apteekin koneellinen annosjakelu lisää asukkaiden lääkitysturvallisuutta. Oikein räätälöity lääkitys yhteistyössä lääkärin, ryhmäkodin ja apteekin kanssa parantaa jokaisen asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä (STM 2011.) Toimiva yhteistyö hoitajien, lääkärin ja farmaseuttien välillä on tärkeä tekijä lääkehoidon kokonaisuuden hallinnassa. Ryhmäkodin asiakkaat käyttävät niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollonkin palveluita useita kertoja vuodessa. Annoslääkehoito järjestelmä takaisi sen, että eri toimijoiden välillä lääkehoitoon liittyvä informaatio olisi ajantasaista (vrt. Johanna Poukka, 2012.)

Hoitohenkilökunta kokee epäkohtana sen, ettei lääkkeenjokolupaa ole koko henkilökunnalla. Käytännön työssä se rasittaa luvan omaavia hoitajia. Varsinkin lomien aikaan ongelma korostuu. Ryhmäkodin tulisi panostaa lääkkeenjokolupien lisäämiseen. Lupien lisääntymisen myötä lääkehoidon turvallisuus lisääntyisi, kun vastuullisia henkilöitä olisi vuorossaan enemmän. Muuta lääkehoitoon liittyvää toimintaa voitaisiin siirtää enemmän hoitohenkilökuntaan kuuluville työntekijöille, joilla ei ole lääkehoitoon liitty-

viä lupia. Lääkkeiden haku apteekista ja puhelinsoittojen hoitaminen luonnistuu kouluttamattomilta, mutta vastuu lääkemuutoksista ja lääkkeenjakoilistojen päivittämisistä kuuluisi luvan omaaville.

Toisaalta ryhmäkoti hyötyisi annoslääkejakeluun siirtymisestä. Ryhmäkodin ei tarvitsisi kouluttaa lääkkeenjakoiluvallisia työntekijöitä enempää. Kouluttaminen maksaa yhden työntekijän osalta vuositasolla noin sata euroa. Jos koulutettavia henkilöitä olisi 5-10 henkilöä vuodessa, on säästö 500–1000 euroa vuodessa. Annoslääkejakelu maksaa yhtä asiakasta kohden 8,50 euroa viikossa. Ryhmäkodille se on 4500 euron kustannus vuodessa. Jos ryhmäkoti kuuluisi annoslääkejakelun piiriin, aikaa vapautuu lääkehoidosta ja säästyy enemmän asiakastyöhön.

Hoitohenkilökunta pelkää annoslääkejakeluun siirtymisessä sitä, miten he pystyvät anostellessaan lääkkeen asiakkaalle varmistamaan lääkkeiden oikeellisuudesta. Tämä asia on ryhmäkodin huomioitava, mikäli siirtyy annoslääkejakeluun. Apteekki antaa ajankohtaista tietoa. Saatavilla on myös tietokoneelta hyödynnettäviä kuvastoja käytetyistä lääkkeistä. Kehittämiskohde on ryhmäkodin toimenpiteet hoitohenkilökunnan osaamisen varmistamiseksi siirryttäessä annoslääkejakeluun.

Osa kyselyyn vastaajista oli kesälomansijaisia. Ryhmäkoti käyttää kuitenkin sijaisia, jotka ovat toimineet sijaisina jo pidempään. Joten tuloksiin sillä ei liene merkitystä. Jatkossa olisi mielenkiintoista kartoittaa asiakkaiden mielipiteitä annosjakeluun siirtymisestä.

6.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullista tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, painottuen koherenssiin eli johdonmukaisuuteen. Tutkimus nähdään luotettavana, kun teoriamuodostuksen yhteydessä on esitetty perusteet, joilla tutkimus todetaan luotettavaksi (Varto 1992, 103). Tekijän on annettava lukijoille luotettava ja tarkka selitys aineiston kokoamisesta. Se selkeyttää ja parantaa tutkimustulosten ymmärrettävyyttä. Reabiliteetti kuvaa tulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta. Validiteetti kuvaa miten on onnistuttu mittaamaan sitä, mitä pitikin mita-

ta eli tehtiinkö niin kuin luvattiin (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135–138; Tuomi 2007, 149–150.) Teemahaastattelulomakkeissa saatiin tietoa hoitohenkilökunnalta, jotka auttoivat opinnäytetyömme eteenpäin viemisessä. Avoin tiedonkeruu oli paras tiedonhankintamenetelmä yksiköstä. Apteekin vastaus antoi työhön tietoa apteekkiyhteistyöstä. Opinnäytetyön tulokset ovat luotettavia. Analyysissa tehtiin tarkasti käyttäen vastausten esiintuomia asioita. Tulokset perustuvat todelliseen kerättyyn aineistoon. Opinnäytetyön merkitys ryhmäkodille on se, että he haluavat kehittää lääkehoitoa laadukkaaksi ja parantaa hoitotyön laatua. Lisääntyvässä määrin ollaan siirtymässä kaikkialla työtä helpottaviin menetelmiin myös lääkeshoidossa.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisiin ratkaisuihin vaikuttavat tutkimustulokset ja tutkimuksen eettiset kannat vaikuttavat tutkijan työssään tekemiin ratkaisuihin. Etiikan ja tutkimuksen yhteyttä kutsutaan tieteen etiikaksi. Tutkijan eettiset ratkaisut sekä tutkimuksen luotettavuus kulkevat käsi kädessä. Uskottavuus perustuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Tutkijalla itsellään sekä tutkimusyksikön johtajalla on vastuu tieteellisen käytännön noudattamisesta, tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122–130.)

Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja perustua riittävään tietoon. Tutkittava voi antaa suostumuksensa suullisesti tai kirjallisesti, tai hänen käyttäytymisestään voi olla muutoin tulkittavissa hänen ilmaisseen suostuneensa tutkimukseen. Esimerkiksi kohteliaaseen haastattelupyyntöön myöntyminen taikka kyselyyn tai kirjoituspyyntöön vastaaminen osoittavat tutkittavan suostuneen tutkittavaksi (Tampereen Yliopisto 2014.) Kehittämissyhteistyö ryhmäkodin kanssa alkoi, kun sieltä ilmaistiin tarve tämän opinnäytetyön tekemiselle. Ryhmäkodin kanssa tehtiin kirjallinen yhteistyösopimus.

Tutkimuksissa käsiteltävien aiheiden arkaluonteisuuden ja yksityisyyden rajat määrittelevät ensisijaisesti tutkittavat. Kun tutkittavat saadun informaation perusteella tietävät ennalta käsiteltävät aiheet, he ovat suostumuksellaan osoittaneet halunsa osallistua tut-

kimukseen tietoisina tutkimuksen aiheista ja toteutustavasta. Tutkittavien osallistuessa tutkimukseen kokemuksistaan kirjoittaen tai vastaamalla kyselylomakkeeseen he säätelevät osallistumistaan omaehtoisesti välttämällä vahingollisiksi ja haitallisiksi kokemiaan aiheita ja kysymyksiä (Tampereen Yliopisto 2014.) Tiedonkeruulomakkeissa käytettävät kysymykset suunniteltiin ryhmäkodin tarpeita vastaaviksi. Samoin tehtiin apteekkikyselyn kanssa. Lomakkeet vastaava ohjaaja jakoi hoitohenkilökunnalle.

Yksityisyyden suoja kuuluu perustuslailla suojattuihin oikeuksiin ja on myös tutkimuseettisesti tärkeä periaate. Tutkimusaineistojen keruun, käsittelyn ja tulosten julkaisemisen kannalta tärkein yksityisyyden suojan osa-alue on tietosuojaja (Tampereen Yliopisto 2014.) Vastaava ohjaaja keräsi yksikössä vastauskuoret. Missään vaiheessa ei vastauksista ilmennyt, kuka on vastaajana, koska vastaukset olivat annettu nimettöminä.

Tunnisteellisen aineiston suojaaminen tulee suunnitella huolella. Tutkittavien yksityisyyden suoja ei saa vaarantaa aineiston huolimattomalla säilyttämisellä tai suojaamattomilla sähköisillä siirroilla. Kun jatkokäyttöä varten säilytettävästä aineistosta on perusteltua poistaa tunnisteita, toimenpiteillä tähdätään tavoitteeseen, jossa aineiston jatkokäyttäjät ei voi välittömästi tunnistaa yksittäisiä tutkittavia. Yksilöivien tunnisteiden (nimi, osoite, henkilötunnus) lisäksi epäsuoria tunnisteita (työpaikka, koulu, asuinpaikka, ikä, ammatti jne.) voidaan poistaa tai karkeistaa arkistoitavasta aineistosta (Tampereen Yliopisto 2014.) Kerätty aineisto hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Työssä käytetyistä liitteistä ja itse tekstistä poistettiin ryhmäkodintunnistetiedot. Ryhmäkodille on luovutettu opinnäytetyöstä kirjallinen ja sähköinen versio.

LÄHTEET

- Aluehallintovirasto 2010. Lääkehoidon toteuttaminen ikäihmisten asumis- ja laitosyksiköissä. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja 7/2010, 11-13. Viitattu 3.11.2014.
http://www.avi.fi/documents/13166/149077/ESAVI_0710_Laakehoidon_toteuttaminen_ikaihminen_asumis-_ja_laitosyksikoissa/f199e696-0096-4445-96a2-85c4f01d834b
- Aluehallintovirasto 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 1/2013. Viitattu 4.11.2014.
http://www.avi.fi/web/avi/peruspalvelujen-arviointi1/-/journal_content/56/13166/1097004?p_p_auth=x8SvzMrT#.VFivMvM8KUK
- Fimea i.a. Ajankohtaista. Viitattu 22.4.2014.
http://www.fimea.fi/ajankohtaista/ajankohtaista_uutissivu/1/0/fimea_tutki_koneellisenannosjakelupalvelun_vaikutuksia_avoterveydenhuollossa
- Finlex 2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi lääkelain muuttamisesta. HE 94/2010. Viitattu 13.10.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100094?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=he%2094%2F2010>
- Heikari, Lotta 2006. Lääkkeiden annosjakelu. Viitattu 12.10.2014.
http://koskeverkko.fi/wp-content/uploads/2014/02/Lotta_Heikari_-_Laakkeiden_koneellinen_annosjakelu_17.3.2006.pdf
- Himss 2010. Automating the pharmacy medication cycle in acute care settings. Viitattu 23.10.2014.
<http://www.himss.org/ResourceLibrary/ResourceDetail.aspx?ItemNumber=7608>
- Hirsjärvi Sirkka; Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 152-190.
- Hirvelä Ida & Pasanen Riitta 2011. Lääkeannosjakelu lääkkeiden annostelun vaihtoehtona. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö, 56. Viitattu 11.10.2014.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/31855/Pasanen_Riitta_Hirvela_Ida.pdf?sequence=1

Kaattari Anne; Marttala Pirjo; Simonen Pirjo; Syrjäpalo Kyllikki; Tuula A. Tolkkinen; Koskinen Tiina; Puirava Alli; Salimäki Johanna, Puirava Pauli & Ojala Raimo 2012. Lääketietoa ammattilaiselle. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 14-44.

Kyngäs Helvi & Vanhanen Liisa 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede-lehti. 11/1999, 4-7. Lääkelaki 395/10.4.1987. Viitattu 11.10.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

Lääkitystiedon hallinta-kirja 2008. Turku. Viitattu 10.11.2014.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:n1aLIRtgDxAJ:www.researchgate.net/profile/Reima_Suomi/publication/31597866_Lkitys_kohdalleen/links/0046352739aabb88fc000000+&cd=1&hl=en&ct=clnk

Nykänen Minna 2009. Turvallista lääkehoitoa hoitokodille- lääkehoitosuunnitelman laatiminen moniammatillisesti. Kuopio: Kuopion yliopisto. Projektityö. Viitattu 23.10.2014.

https://www.uef.fi/documents/1052478/1052487/Nykanen_Minna.pdf/43ec112a-4c61-41c4-a25b-5d6848c671c4

Poukka Johanna 2012. Lääkityspoikkeamatilanteisiin yhteydessä olevat tekijät terveyskeskuksen vuodeosastolla hoitajien kuvaamana. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro gradu –tutkielma, 48. Viitattu 23.10.2014.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84165/gradu06370.pdf?sequence=1>

Roponen Satu 2011. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu Kotkan kaupungin kotihoiton sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemana. Kotka: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö 24. Viitattu 11.10.2014.

<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38315/opinnenayte.pdf?sequence=1>

Ryhmäkodin lääkehoitosuunnitelma 2014. Viitattu 10.10.2014.

Saano Susanna & Taam-Ukkonen Minna 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 25-72.

Sairaanhoitajaliitto. 2006. Sairaanhoitaja-lehti 4/2006. Viitattu 10.10.2014.

- https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/4_2006/muut_artikkelit/terveyden_edistaminen_kasitteena/
Sarajärvi Anneli & Tuomi Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Julkaisuja 3/2006, 11. Viitattu 23.10.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö i.a. Julkaisut. Viitattu 13.4.2014.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1083030
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntainfo 6/2007. Viitattu 28.4.2014.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1236539>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Lääkepolitiikka 2020- Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Julkaisut. Viitattu 13.10.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-14405.pdf
- Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006. Työpapereita 28/2006. Viitattu 23.10.2014.
<http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>
- Suominen Risto 2011. Potilasturvallisuus lääkkeiden koneellisessa annosjakelussa. Pharma Service Oy. Viitattu 2.10.2014.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/16e9768b-f0a6-4792-821f-1ba82e000b30>
- Tampereen Yliopisto 2014. Tutkimusetiikka: eettiset periaatteet. Viitattu 21.10.2014.
<http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/yksit.html>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. i.a. Viitattu 17.10.2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit.fi/tyon/periaatteet/terveyden_ja_hyvinvoinnin_edistaminen.
- Tokola, Eeva 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomi Jouni 2007. Tutki ja lue - Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 149-150.

- Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 122-138.
- Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 71-91.
- Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaita 2005:32. Helsinki 2006: Yliopistopaino. Viitattu 12.10.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D_LFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf
- Valliluoto Sari 2012. Lääkehuollosta lääkemarkkinoihin- arvoketju ja sääntely. Kilpailuviraston selvityksiä 2/2012. Helsinki: Juvenes Print, 64-66. Viitattu 10.10.2014. <http://www.kilpailuvirasto.fi/tiedostot/Selvityksia-2-2012-Laakemarkkinat.pdf>
- Varto Juha 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Kirjayhtymä Oy, 103.
- Veräjänkorva Outi; Huupponen Risto; Huupponen Ulla; Kaukkila Hanna-Sisko & Torniainen Kirsti 2008. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 16-99.
- Vitikka Sari & Väisänen Ritva 2011. Koneellisen lääkkeenjaon selvitystyön raportti 2011. Oulunkaaren vanhuspalvelut. Viitattu 11.10.2014.
<http://www.oulunkaari.org/iinseutu/kokous/2012356-10-597.PDF>
- Wesslin Maija-Stiina 2013. Lääkkeiden koneellisen jakelun hyödyt ja haitat Porin vanhuspalveluiden pitkäaikaisosastoilla. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö, 8. Viitattu 9.10.2014.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/66927/keiden_koneellisen_annosjakelun_hyoedyt_ja_haitat_Porin_vanhuspalveluiden_pitkaaikaisosastoilla.pdf?sequence=1

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje ja kyselylomake ryhmäkodin työntekijöille

Liite 2. Saatekirje ja kysymykset apteekille

Liite 1 Saatekirje ja kyselylomake ryhmäkodin työntekijöille

Arvoisa työntekijä!

Teen opinnäytetyötä lääkehoidosta työyhteisössänne. Tulosten avulla on mahdollista kehittää lääkehoitotoimintaa yksikössänne.

Tämän takia Sinun mielipiteesi asiasta ovat tärkeitä.

Opinnäytetyön aineisto kerätään liitteenä olevalla tiedonkeruulomakkeella. Vastaukset käsitellään nimettöminä luottamuksellisesti. Tiedonkeruulomakkeen voit täyttää työpaikalla. Se palautetaan mukana olevassa palautuskuoressa. Kyselyyn pyydän Sinua vastaamaan 31.5.2014 mennessä.

Toivon, että vastaat kysymyksiin!

Kiitokset arvokkaista tiedoistasi ja mielipiteestäsi!

Oulussa 5.5.2014

Hanna Minkkinen

Sairaanhoitajaopiskelija

hanna.minkkinen@student.diak.fi

Puh: XXXXXXXXX

Diakonia- ammattikorkeakoulu

Oulun toimipiste

1. Kuvaa, kuinka kauan aikaa Sinulla menee, kun jaat lääkkeet dosetteihin työvuorosi aikana? (mikäli lääkkeenjako kuuluu Sinun toimenkuvaasi)

2. Arvioi, miten kauan aikaa menee muuhun lääkehuoltoon (esimerkiksi lääkkeiden haku apteekista, reseptien uusinta, puhelimen käyttö em. asiassa) viikossa?

3. Kuvaa, jos asiakkaiden lääkehuolto järjestettäisiin muulla tavoin (esimerkiksi annosjakeluna apteekista), miten käyttäisit lääkehuoltoon tähän asti käytetyn ajan?

4. Kuvaa, miten haluaisit lääkehuoltoa kehitettävän työyksikössäsi?

Jatka tarvittaessa kääntöpuolelle!

Liite 2 Saatekirje ja kysymykset apteekille

Arvoisa apteekki.

Viitataan tällä saatteella puheluamme 11.9.2014.

Olemme Diakonia Ammattikorkeakoulun Oulun yksikön kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa. Teemme opinnäytetyötä lääkehoidon kehittämisestä.....lle. Opinnäytetyömme tehtävänä on tuottaa selvitys:lle apteekin koneellisen annosjakelun kustannustehokkuudesta verraten heillä yksikössä tapahtuvaan lääkkeen jakoon. Tavoitteenamme on, että tutkimuksemme avulla XXXXXXXXXX pystyisi kehittämään heidän lääkehoitosuunnitelmaa ja -prosessiaan sekä itseään että asiakkaita hyödyttäväksi.

Sähköpostin liitteenä on kyselylomake apteekin koneelliseen annosjakeluun liittyen. Kyselyn voit palauttaa sähköpostitse. Toivomme Sinun vastaamaan kyselyymme 30.9.2014 mennessä.

Suuret kiitokset arvokkaista tiedoistasi!

Oulussa 23.9.2014

Katja Vähämäki
Sairaanhoitajaopiskelija
katja.vahamaki@student.diak.fi
Puh.XXXXXXXX

Hanna Minkkinen
Sairaanhoitajaopiskelija
hanna.minkkinen@student.diak.fi
Puh: XXXXXXXXXXXX

APTEEKIN KONEELLINEN ANNOSJAKELU

Alla kysymyksiä, joihin ryhmäkoti toivoi meidän löytävän vastauksia.

1. Paljonko annosjakelu maksaa?
2. Maksaako annosjakelun asiakas itse vai onko maksajana palvelukoti?
3. Kuinka lääkkeiden tilaaminen tapahtuu?
4. Miten annosjakelu tapahtuu?
5. Missä annosjakelu tapahtuu?
6. Kuka uusii asiakkaiden reseptit? Missä reseptit säilytetään?
7. Miten yhteistyö asiakkaan / palvelukodin / apteekin välillä sujuu?
8. Onko kaikilla asiakkailla mahdollista siirtyä annosjakelun piiriin?
9. Kuinka ryhmäkodin henkilökunta pysyy ajan tasalla lääkkeiden tunnistamisessa? Onko mahdollisuus kouluttautumiseen apteekin kautta?

10. Kuinka kuljetus tapahtuu?

11. Onko kuljetus maksullista? Jos on, paljonko on kustannus?

12. Jos asiakkaalla on tarvittavana otettavia lääkkeitä, miten apteekki haluaa, että ne tilataan?

13. Miten asiakkaan / palvelukodin laskuttaminen hoidetaan?

14. Lisätietoja