

Anni Utriainen

ITÄ-SAVON SAIRAANHOITOPIIRIN
KOTIHOIDON
HOITAJIEN KOKEMUKSIA
LÄÄKKEIDEN KONEELLISESTA
ANNOSJAKELUSTA

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Huhtikuu 2014




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 28.4.2014	
Tekijä(t) Anni Utriainen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja	
Nimeke Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotihoidon hoitajien kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta		
Tiivistelmä Vanhuspolitiikan tavoitteiden mukaan mahdollisimman monen ikäihmisen itsenäistä elämistä omassa kodissa on tuettava mahdollisimman pitkälle. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä eli Sosterissa vuonna 2014 kotipalvelu ja kotisairaanhoito muodostavat toiminnallisesti ja hallinnollisesti yhden kotihoitoyksikön, joka toimii sosiaalipalvelujen talousalueella. Kotihoidon asiakaskunnasta enemmistö on vanhuksia. Kotihoidossa lääkehoidon turvallisuuteen pitää kiinnittää erityistä huomiota, sillä vanhuksat toteuttavat vaativinta lääkehoitoa kotiloissa ja heillä voi olla yhtä aikaa käytössä useita eri lääkevalmisteita. Lääkitysturvallisuuteen kuuluu lääkehoidon toteuttaminen ja lääkkeiden asianmukainen käyttö. Lääkehoitoa toteutetaan pääsääntöisesti terveydenhuollon ammattilaisten toimesta. Lääkehuollossa suosiota on saavuttanut lääkkeiden koneellinen annosjakelu, josta hyötyvät eniten sellaiset henkilöt, joiden jatkuvassa käytössä on useampia eri lääkkeitä. Lääkitysturvallisuus lisääntyy, esimerkiksi jakeluvirheet vähenevät huomattavasti, koska inhimillisten virheiden mahdollisuus on minimoitu. Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda kotihoiton yksikölle konkreettista tietoa siitä, mihin lääkkeenjaosta vapautunut aika käytetään, onko lääkityspoikkeamissa tapahtunut muutoksia koneellisen annosjakelun myötä ja kokevatko hoitajat tarvitsevana lisäkoulutusta. Kotihoidon yksikkö voi hyödyntää saatuja tuloksia toimintansa kehittämiseen. Kysely lähetettiin kotihoiton esimiehen toimesta 24 hoitajalle sähköpostilinkkinä. Kahden viikon vastausajan sisällä vastauksia tuli 14. Tutkimustuloksista selviää, että hoitajat kokevat koneellisen annosjakelun myötä lisää aikaa löytyneen muun muassa asiakkaille sairaanhoidollisiin tehtäviin sekä kirjaamiseen ja muihin toimistotöihin. Lääkitysvirheet olivat vähentyneet koneellisen annosjakelun myötä. Kotihoidon hoitajista suurin osa ei kaivannut lisää koulutusta lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun liittyen, mutta osa toivoi lisää infoa itse asiasta ja annosjakelun luotettavuudesta.		
Asiasanat (avainsanat) kotihoito, turvallinen lääkehoito, lääkitysturvallisuus, lääkkeiden koneellinen annosjakelu		
Sivumäärä 36 s. + 1 liite	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Pirjo Hartikainen & Leena Uosukainen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, kotihoito	

DESCRIPTION

		Date of the bachelor's thesis 28 April 2014	
Author(s) Anni Utriainen		Degree programme and option Degree programme of Nursing, Nurse	
Name of the bachelor's thesis Nurses' experiences of automated medicine dispensing in home care nursing within East Savo Hospital District			
Abstract According to the goals of the national elderly policy, independent home living must be supported as much as possible. In 2014, the East Savo Hospital District (Sosteri) features a functional and administrative home care unit consisting of home care services and home nursing, operating in the hospital district. The majority of customers in home nursing are senior citizens. In home nursing the main focus must be on the safety of medicine dispensing, because the senior citizens execute the most demanding medical care at home and they might have various different medicines in use simultaneously. Medication safety is about proper execution and correct use of different medications authorised mainly by professionals. Mechanical dispensing of medicine is becoming more popular among patients with many different medicines because it excludes the human error in dispensing and lowers the risk of overdose. The main goal of this thesis is to give information to the homecare unit about how the nurses use the time that was formerly used to medicine dispensing, if there are any differences in drug tolerance between manual and automated medicine dispensing and whether additional training is in demand among nurses. The results can be used to improve operations in home nursing. An inquiry was sent by e-mail to 24 nurses through home nursing supervisor. Response time was two weeks, and within that time I received 14 answers. The results showed that because of mechanical dispensing of medicine more time is now used with the patient and filling documents and journals about the medical condition of the patient. The results also show that mistakes in medication are minimized and that additional training is mostly not necessary. Still, the nurses would welcome more facts and information about the reliability of automated medicine dispensing.			
Subject headings, (keywords) Homenursing, safe medication, medication safety, automated medicine dispensing			
Pages 36	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices 2 appendices			
Tutor Pirjo Hartikainen & Leena Uosukainen		Bachelor's thesis assigned by Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, kotihoito	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	KOTIHOITO	2
2.1	Tavoitteena kotihoito	2
2.2	Kotipalvelu ja kotisairaanhoido Suomessa.....	3
2.3	Kotihoito Itä-Savon sairaanhoitopiirissä	3
3	TURVALLINEN LÄÄKEHOITO.....	5
3.1	Lääkehoidon vastuut	5
3.2	Lääkehoidon arviointi	7
4	LÄÄKITYSTURVALLISUUS KOTONA.....	8
4.1	Aseptinen työskentely lääkehoidossa	8
4.2	Lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin	9
4.3	Lääkkeiden antaminen	10
4.4	Lääkityspoikkeamat	10
4.5	Vanhusten lääkehoito kotona.....	11
4.6	Lääkehoito kotihoidossa	11
5	LÄÄKKEIDEN KONEELLINEN ANNOSJAKELU	12
5.1	Lääkkeiden koneellisen annosjakelun palveluntarjoajat	13
5.2	Koneellisen annosjakelun hyötyjä ja haittoja	13
5.3	Kokemuksia annosjakelun käytöstä Suomessa.....	14
5.4	Kokemuksia annosjakelun käytöstä Savonlinnassa.....	15
5.5	Annosjakelun pilotointi Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotihoitoon	15
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	16
7	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET RATKAISUT.....	16
7.1	Kyselytutkimus aineistonkeruumenetelmänä	16
7.2	Kohderyhmä	17
7.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	17
8	TUTKIMUSTULOKSET	18
8.1	Lääkkeiden annostelu käytännössä.....	18
8.2	Ajankäyttö.....	20
8.3	Hoitajien työssään kohtaamat lääkityspoikkeamat	29
8.4	Koulutus lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun liittyen	31

9	POHDINTA	32
9.1	Tulosten pohdinta ja johtopäätökset	32
9.2	Opinnäytetyöprosessin arviointi	35
9.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	36

LIITE

1 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Tulevaisuudessa Suomen väestö tulee muuttumaan vanhuspainotteiseksi suurten ikäluokkien ikääntyessä. Vanhuspoliittisen strategian tavoitteena on, jotta jokainen vanhus pystyisi asumaan omassa kodissaan mahdollisimman laadukkaasti ja mahdollisimman pitkään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Kotona asumista ja pärjäämistä tukemaan on olemassa kotihoito, tälläkin hetkellä kotihoidon suurin käyttäjäryhmä on vanhukset. Tässä opinnäytetyössäni esittelen kotihoitoa Suomessa ja Itä-Savon sairaanhoitopiirissä. Koska vanhuksilla on usein käytössään lääkkeitä, turvallinen lääkehoito korostuu. Sen vuoksi kerron työssäni, mitä on turvallinen lääkehoito, eri ammattiryhmien vastuista lääkehoidossa sekä joitakin siihen liittyviä hyviä käytäntöjä.

Hyvistä käytännöistä huolimatta lääkehoidossa tapahtuu virheitä, lääkityspoikkeamia. Lääkityspoikkeamia vähentämään on kehitetty lääkkeiden koneellinen annosjakelu, joka vähentää inhimillisten virheiden määrää. On myös osoitettu koneellisen annosjakelun antavan muitakin hyötyjä, kuten taloudelliset sekä ajalliset säästöt. (Ritkala-Castrén 2009; Annosjakelupalvelu; Vitikka ym. 2011; Yliopiston apteekki 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Työssäni kerron myös lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta sekä sen hyödyistä sekä esittelen aikaisempien tutkimusten tuloksia annosjakelun käyttökokemuksista. Oman tutkimukseni tarkoituksena on selvittää Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotisairaanhoidon hoitajien kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Tavoitteena on tuoda Sosterin kotisairaanhoidon yksikölle konkreettista tietoa, mihin lääkkeenjaosta vapautunut aika käytetään ja onko lääkityspoikkeamissa tapahtunut muutoksia annosjakelun myötä sekä kaipaavatko hoitajat lisää koulutusta annosjakelusta.

2 KOTIHOITO

2.1 Tavoitteena kotihoito

Vanhuspolitiikan tavoitteiden mukaan mahdollisimman monen ikäihmisen itsenäistä elämistä omassa kodissa on tuettava hyvin mahdollisimman pitkälle. Oma koti on potilaalle mieluisin ympäristö, jolloin hoitajan on huomioitava tämä ja toimittava asiakkaan mieltymyksiä kunnioittaen. Niille, jotka eivät enää selviä jokapäiväisestä elämästä kotona, on tarjolla erityyppisiä asumispalveluita ja laitoshoidoa. (Anttila ym. 2007, 11.) Kuntien vanhuspoliittisen strategian lähtökohtina ovat hyvä elämänlaatu, toimintakyvystä riippumaton itsenäinen suoriutuminen sekä itsemääräämisoikeus. Asiakkaan omat voimavarat toimivat hoidon lähtökohtana, eli hän pyrkii toimimaan itsenäisesti niissä asioissa, joissa kykenee. (Anttila ym. 2007, 23.) Asiakaslähtoisempiä palveluja kehitetään jatkuvasti ja näissä painotetaan kotihoidon, erilaisten palveluntuottajien sekä omaisten kanssa tapahtuvaa yhteistyötä. Asiakkaalle pyritään järjestämään sairaanhoidosta, päivittäisestä selviytymisestä, kuntoutuksesta ja virkistyksestä huolehtiva hoitoverkosto. (Anttila ym. 2007, 11 - 12.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän yksiportaisen hoitomallin tavoitteena on, että 91–92 % ikäihmisistä pystyisi asumaan omassa kodissaan itsenäisesti tai tarkoituksenmukaisten apujen turvin ja 13–14 % saisi säännöllistä kotihoitoa. Vuonna 2014 kotipalvelu ja kotisairaanhoito muodostavat toiminnallisesti ja hallinnollisesti yhden kotihoitoyksikön, joka toimii sosiaalipalvelujen talousalueella. Tähän kuuluu muun muassa lääkäriyön resurssien yhteinäistämistä, lähiesimestyön toiminnallista muutosta sekä päivittäisen asiakastyön ja työnjaon organisointia. Laitoshoidoa purettaessa osastoilta siirtyy henkilöstöä kotihoitoon kolme henkilöä. Kotihoidon työtä kehitetään teknisillä palveluilla, kuten mobiilihoivapalvelulla ja mobiilikirjautumisella. Näiden tavoitteena on kohdentaa välittömään asiakastyöhön 60–70 % työajasta. Lääkkeiden annosteluun kuluu iso osa kotihoidon ajasta, näinollen tarkoituksenmukainen lääkkeiden annostelija olisi apteekki. Lääkkeiden koneellisen annosjakelun pilotointi on aloitettu Sosterin kotihoidossa vuonna 2013. Annosjakelun on arvioitu vapauttavan välittömään asiakastyöhön noin kuusi henkilötyövuotta. Näin voidaan tehostaa esimerkiksi saattohoitopotilaiden hoitoa tai i.v. (laskimon sisäinen) -lääkityksessä olevien asiakkaiden hoitoa. Ennaltaehkäisevään työhön tullaan

tulevaisuudessa panostamaan esimerkiksi senioripysäkkitoiminnalla. (Kemppanen 2013.)

2.2 Kotipalvelu ja kotisairaanhoido Suomessa

Kunnallisissa palveluissa toimii tiiviissä yhteistyössä sekä kotipalvelu että kotisairaanhoido. Kotipalvelun työntekijänä voi olla kodinhoitaja, kotiavustaja tai lähihoitaja. Kotipalvelu auttaa sairauden tai toimintakyvyn alenemisen vuoksi apua tarvitsevaa henkilöä hänen kotonaan päivittäisissä toiminnoissa. (Anttila ym. 2007, 12; Iivanainen & Syväoja 2010, 535.) Kotipalvelun apua voivat käyttää myös lapsiperheet. Hoitaja myös neuvoo eri palveluihin liittyvissä asioissa sekä seuraavat asiakkaan vointia. Kotisairaanhoidon palvelujen käyttäjistä suurin käyttäjäryhmä ovat vanhuksat. Asiakkaina voi olla kaikista ikäryhmistä, lyhyt- sekä pitkäaikaissairaita potilaita, joiden tilanne ei vaadi kokoaikaista ammattilaisen apua. Dementiaa sairastavat, aivoverenkiertohäiriöpotilaat, psykiatriset potilaat sekä diabeetikot ovat yleisiä pitkäaikaissairaita. Kotisairaanhoido voi hoitaa myös saattohoidossa olevaa kuolevaa potilasta. (Anttila ym. 2007, 24.) Joissakin kunnissa kotisairaanhoido ja kotipalvelu ovat yhdistetty kotihoidon yksiköksi, näin myös Savonlinnassa (Kemppanen 2013). Kotisairaanhoido toimii terveystakeskuksen säännöllisessä valvonnassa (Mustajoki ym. 2012, 451) viime vuosina kunnallisten kotipalveluiden rinnalle on yleistyneet myös yksityiset kotipalveluyritykset (Anttila ym. 2007, 12; Iivanainen & Syväoja 2010, 535).

2.3 Kotihoido Itä-Savon sairaanhoidopiirissä

Itä-Savon sairaanhoidopiirissä eli Sosterissa vuonna 2014 kotipalvelu ja kotisairaanhoido muodostavat toiminnallisesti ja hallinnollisesti yhden kotihoidoyksikön, joka toimii sosiaalipalvelujen talousalueella. Kotihoidon asiakaskunnasta enemmistö on vanhuksia, keski-ikä noin 80 vuotta. Kuukausittain kotihoido palvelee Savonlinnan alueella on noin 700 asiakasta, Punkaharjulla 70, Kerimäellä 100, Savonrannalla 40, Sulkavalla 120 ja Rantasalmella 70. Enonkosken koitoidonpalvelut ostetaan Med Onelta. (Kemppanen 2008.) Kotihoidon pääasiallisena tarkoituksena on hoivan ja sairaanhoidon järjestäminen avopalveluna alueen väestölle sekä kotona asuvien vanhuksien terveydentilan edistäminen. (Sosteri

2003.) Yksiportaisen hoitomallin tavoitteena on, että 91–92 % ikäihmisistä pystyisi asumaan omassa kodissaan itsenäisesti tai tarkoituksenmukaisten apujen turvin ja 13 – 14 % saisi säännöllistä kotihoitoa (Kemppanen 2013). Keskeisiä asioita toiminnassa ovat palvelutarpeen viiveetön turvattuus, tiedonkulun saumattomuus, ammattitaitoisuus, hoidon suunnittelu yhdessä asiakkaan, omaisen ja moniammatillisen tiimin kesken (Sosteri 2003).

On olemassa kriteerit, joiden tarkoituksena on selkiyttää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kohdentamista niitä eniten tarvitseville asiakkaille. Tasavertainen kohtelu asuinpaikasta riippumatta on palvelujen järjestämisen lähtökohtana. Kriteereihin kuuluu muun muassa asiakkaan palveluiden tarpeen määrittely, toimintakyvyn arvionti ja suunnitelman kirjaaminen. Kotihoitopalvelut ovat käytettävissä vuorokauden kaikkina aikoina. Viikonloppuna, illalla ja yöpartion palvelua on kohdistettu päivittäisiä hoitotoimenpiteitä ja hoivaa tarvitseviin asiakkaisiin. (Sosteri 2003.) Kotipalvelu järjestää siivousta ja vaatehuoltoa vain pitkäaikaisasiakkaalle, jonka bruttotulot ovat alle 700 euroa kuukaudessa. Muutoin nämä palvelut asiakkaan on ostettava yksityisiltä palveluntarjoajilta. Kuntoutustiimin palveluja voi saada muun muassa ennaltaehkäisevästi fyysisen kunnon ylläpitoon, kuntoutuksen omaisesti esimerkiksi sairaalasta kotiutuessa tai apuvälinekartoituksena. (Sosteri 2010.)

Kotisairaanhoidon tarpeen arvioinnissa ovat mukana kotihoidon lääkäri, asiakas mahdollisine omaisineen, lähettävä taho, kotihoidon henkilökunta sekä mahdolliset muut hoitoon osallistuvat. Kotisairaanhoidon palvelut ovat sellaisille henkilölle, joka ei pysty käyttämään sairaanhoidon tai avoterveydenhuollon palveluja sairauden tai toimintakykyksä takia. Myös palvelusuunnitelmaan perustuva säännöllinen sairaanhoidollinen apu, terveydentilan määräaikainen arvionti sairaanhoitajan toimesta tai ohjaamisen tarve johonkin hoitotoimenpiteeseen liittyen voivat olla kotisairaanhoidon palveluita. Tilapäistä apua tarvitsevat asiakkaat sekä esimerkiksi verinäyttekontrolli-asiakkaat käyttävät vastaanottojen palvelua, jos pystyvät ilman saattajaa käyttämään julkisia kulkuneuvoja tai taksia. Asiakkaan, kotihoidon ja apteekin sopimuksella lääkkeiden jako voidaan suorittaa apteekin annosjakeluna kotihoidon toimesta. (Sosteri 2010.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotihoidossa Savonlinnan kaupungin alueella työskentelee kaiken kaikkiaan hoitajia noin 70, joista 14 sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia sekä vuoden 2014 alusta kaksi lisää. Kaikki hoitajat saavat osallistua lääkehoitoon nimikkeensä suomissa rajoissa. Kotihoitopiirit ovat jaettu Savonlinnan alueella itään, keskustaan ja länteen. Itäinen piiri kattaa alueen Kyrönsalmen sillalta Kerimäen rajalle. Keskustan piiri 1 tarkoittaa aluetta Kyrönsalmen sillalta paloasemalle, keskusta 2 piiri aluetta paloasemalta Heikinpohjaan. Läntisen piirin aluetta on Heikinpohjasta aina Sulkavan ja Rantasalmen rajalle saakka. Lääkkeiden koneellisen annosjakelun pilotointi on aloitettu länsipiiristä, jossa hoitajia yhteensä työskentelee noin 20. (Seppänen 2014.) Opinnäytetyöni tutkimuksen kohderyhmää kuvaan tarkemmin luvussa 7.2.

3 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO

Kliinisen Farmasian seuran ja Stakesin (nykyisin THL) mukaan turvallinen lääkehoito voidaan jakaa lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan lääkkeen laadukasta valmistusprosessia, farmakologisten ominaisuuksien tuntemista, merkitsemistä ja pakkaamista sekä turvallisuuden ja tehon arviointia. Lääkitysturvallisuuteen puolestaan kuuluu lääkehoidon toteuttaminen ja lääkkeiden asianmukainen käyttö. (Lääketeollisuus 2010; Kliinisen Farmasian Seura Ry; Stakes 2006, 7–8.) Lääkehoidon ja lääkkeiden tarkoituksena on parantaa ja ehkäistä sairauksia. Hoidolla voidaan myös pyrkiä hidastamaan sairauden etenemistä, lievittämään oireita tai ehkäisemään komplikaatioita. (Lääketeollisuus 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Lääkehoito on oikein toteutettuna keskeinen osa potilasturvallisuutta sekä laadukasta palvelua asiakkaalle. Moniammatillisen yhteistyön tärkeys korostuu lääkehoidon toteutuksessa, hoitohenkilökunnan on hallittava lääkehoidon eri vaiheet sekä kokonaisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

3.1 Lääkehoidon vastuut

Lääkehoitoa toteuttavat pääsääntöisesti terveydenhuollon ammattilaiset, jotka ovat saaneet koulutuksen lääkehoitoon ja ovat velvollisia ylläpitämään ja kehittämään

ammattitaitoaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Jokainen lääkehoitoon osallistuva laillistettu terveydenhuollon ammattilainen on vastuussa omasta toiminnastaan lääkehoidon kokonaisuuden toteuttamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Tokola 2009, 68). Yleiset ohjeet lääkehoidossa ja verensiirroissa ovat julkisille sekä yksityisille terveydenhuollon toimintayksiköille samat. Lääkehoito perustuu työyksikössä tehtyyn lääkehoitosuunnitelmaan. Jos lääkehoidon toteutus tapahtuu muualla kuin terveydenhuollon yksikössä ja lääkehoitoon kouluttamattoman henkilön toimesta, toiminnan perusteena on yhteinen sopimus ja suostumus lääkehoitoa saavan henkilön tai hänen omaisensa kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Amk-tasoisien sairaanhoitajan on hallittava lääkärin määräysten mukaisen lääkehoidon toteuttaminen käyttäen eri annostelureittejä. Suonensisäinen neste- ja lääkehoito, verensiirrot sekä niiden valmistelut kirjallisten ohjeiden mukaan kuuluu myös osata. Lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta, potilaan tilan ja oireiden seuranta hoidon aikana ja sen jälkeen kuuluvat myös sairaanhoitajan tehtäviin. Lisäksi on myös hallittava lääkelaskut ja erilaiset lääkehoitoon liittyvät toimenpiteet, esimerkiksi injektion anto. Sairaanhoitajan on myös tuettava ja ohjattava potilasta itsehoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Sosterin kotihoidossa hoitajien lääkehoidon osaamista varmistetaan vuosittain ja täydenniskoulutuksia järjestetään säännöllisesti. Sijaisten määrä kotihoidossa on runsas, kaikkien uusien hoitajien osaaminen varmistetaan LOVE (lääkeosaaminen verkossa) -koulutuksessa ja lääkehoidon tehtävät jaetaan ammattiryhmien mukaan. (Kemppanen 2008.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä potilaalle annettavasta lääkehoidosta vastaa lääkäri, suullisen tai pääsääntöisesti kirjallisen määräyksensä perusteella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Tokola 2009, 68). Avohuollossa lääkemääräystä nimitetään reseptiksi, jonka mukaan apteekki voi myydä lääkettä potilaalle (Tokola 2009, 10). Lääketieteellisistä perusteista, lääkehoidon tarpeesta sekä lääkemääräyksestä tehdään asianmukaiset merkinnät potilasasiakirjoihin. Näillä tarkoitetaan esimerkiksi lääkkeen nimeä, lääkemuotoa, kerta- tai vuorokausiannosta ja annostelutapaa. Määräyksen voi kirjata myös sen vastaanottanut sairaanhoitaja. Asianmukaiset dokumentoinnit lääkehoidosta toimivat terveydenhuollon henkilön omana oikeusturvana sekä niillä on

suuri merkitys potilasturvallisuuden kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Tokola 2009, 10.)

Sairaanhoitajan vastuulla on lääkemääräyksen toteuttaminen, joka alkaa määräyksen siirrosta lääkkeenjakoistalle. Kotihoidossa lääkelista on turvallisen lääkehoidon perusta, koska siihen pohjautuu lääkkeiden jakaminen sekä niiden antaminen potilaalle. Listalla on oltava näkyvillä lääkkeen nimi, joko geneerinen nimi tai kauppanimi, lääkkeen vahvuus sekä annosteluohje. Annosteluohjeella tarkoitetaan vuorokausiannoksen jaksottamista tietyille ajankohdille kerta-annoksiksi. Näiden tietojen mukaan lääkettä voidaan antaa oikeat määrät oikeana ajankohtana. (Tokola 2009, 10.) Eri toimintayksiköiden välillä on pyrittävä joustavaan tiedonsiirtoon, esimerkiksi lääkelistojen ajantasaisuus on varmistettava potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Kotihoidossa olevan potilaan kotona säilytettävät lääkelistat on myös päivitettävä uuteen joka kerta, kun lääkemutoksia tulee (Tokola 2009, 22).

3.2 Lääkehoidon arviointi

Potilaan on oltava tietoinen hänelle määrätyn lääkkeen tarkoituksesta ja käyttötavasta. Lisäksi hänen tulee tietää mahdollisista haitta-, sivu- ja yhteisvaikutuksista esimerkiksi päihteiden kanssa sekä siitä, milloin on syytä ottaa yhteyttä hoitavaan lääkäriin. Potilaan omaisen on myös hyvä tietää lääkityksestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Tokola 2009, 135; Kemppanen 2008.) Lääkehoidon onnistumisessa ohjaus ja neuvonta ovat keskiössä. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä lääkehoidosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi sisältää oletettujen positiivisten vaikutusten seurannan sekä mahdollisten sivu-, haitta- ja yhteisvaikutusten huomioinnin. Hoitajan on tarkkailtava lääkityksen vaikutuksia potilaan sairauden oireisiin, elintoimintoihin sekä käyttäytymiseen. (Tokola 2009, 11.) Kirjaamisen ja raportoinnin merkitys on tärkeä ja välttämätöntä lääkehoidon toteutumisessa tarkoituksenmukaisella tavalla. Lääkäri arvioi säännöllisesti lääkehoidon tarpeellisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Tokola 2009, 11.) Jokainen potilaan hoitoon osallistuva taho,

kuten lääkäri, sairaanhoitajat ja apteekki, ovat tärkeässä roolissa estämään ja havaitsemaan lääkkeiden yhteisvaikutuksia (Laine 2005, 5).

4 LÄÄKITYSTURVALLISUUS KOTONA

Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkehoidon toteuttamista ja lääkkeiden asianmukaista käyttöä (Lääketeollisuus 2010; Kliinisen Farmasian Seura Ry; Stakes 2006, 7 – 8). Turvallisen lääkehoidon edellytyksenä on, että hoidon toteuttaja osaa käsitellä lääkkeitä, tuntee lääkeaineet sekä tuntee erilaisia sairauksia sekä niiden hoitoperiaatteita. Tällöin hänen on helpompi ymmärtää lääkemääräyksien oikeellisuus ja seurata lääkityksen vaikutusta. Lääkehoidon toteuttajan on myös ymmärrettävä, mistä syystä potilas saa lääkärin määräämää lääkettä. (Tokola 2009, 59.) Myös selkeät ja vakioidut toimintatavat turvaavat lääkehoidon onnistumista, tärkeää on myös ottaa huomioon inhimillisten virheiden mahdollisuudet (Sairaanhoitajaliitto 2009).

Sairaanhoitajaliiton (2009) mukaan lääkehoidossa tapahtuvat yleisimmät virheet ovat diagnoosin virheellisyys, väärän potilaan lääkitseminen, väärä annostus tai antotapa. Turvallisen lääkehoidon perusteena voi pitää niin sanottua viiden O:n muistisääntöä: oikealle potilaalle, oikea lääke, oikea määrä, oikealla tavalla ja oikeaan aikaan (Tokola 2009, 11; Hospira 2014).

4.1 Aseptinen työskentely lääkehoidossa

Lääkkeiden jako on puhdas toimenpide, eli se tulisi suorittaa puhtaissa tiloissa ja puhtailla välineillä. Lääkkeiden jaossa käytetään suojakäsineitä sekä tarvittaessa suojaessua, myös erilaisia apuvälineitä, kuten pinsettejä tai lusikkaa voi käyttää. Noudatetaan aseptista työjärjestystä, eli edetään puhtaimmasta likaisiin. Kotioloissa aseptisen työjärjestyksen toteuttaminen ei aina ole mahdollista, koska esimerkiksi asiakkaan aamupesut on hoidettava ennen lääkkenaljakoa. Tällöin on huolehdittava lääkkeenaljakoympäristön siistiminen sekä oma käsihygienia ennen lääkkeiden jakoon ryhtymistä. (Tokola 2009, 72–73.) Lääkkeitä antaessa käsihygienia on muistettava, käsihuuhteen käyttöä suositellaan ennen ja jälkeen lääkkeenaljan. Jos antaa lääkkeitä

esimerkiksi peräsuoleen tai emättimeen, on käytettävä suojakäsineitä. Käsineiden käyttöä kannattaa harkita myös silmään, korvaan tai voiteena iholle annettavien lääkkeiden annossa. (Tokola 2009, 94; Kemppanen 2008.)

4.2 Lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin

Lääkkeiden jakaminen tulisi tapahtua pääsääntöisesti alkuperäisen kirjallisen määräyksen mukaan, asianmukaisissa tiloissa ja olosuhteissa, joilla tarkoitetaan rauhallista työympäristöä. Virheettömän lääkkeenjaon edellytyksenä on keskittynyt, yhtäjaksoinen ja häiriötön työskentely. (Sairaanhoitajaliitto 2009; Tokola 2009, 67; Kemppanen 2008). Kaksoistarkastusta suositellaan lääkkeiden jakotilanteessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Tokola 2009, 84.) Kaksoistarkastuksella tarkoitetaan, että ensimmäinen lääkkeen jakava henkilö tarkastaa määräyksen, oikean lääkkeen, vahvuuden ja annoksen. Ennen potilaalle saattamista toinen henkilö tarkistaa samat asiat sekä vielä oikean antotavan ja -reitit (Sairaanhoitajaliitto 2009). Sosterin kotihoidossa kaksoistarkastuksen suorittaa seuraava asiakkaan luona käyvä hoitaja (Kemppanen 2008). Valmiiksi jaetut lääkkeet on merkittävä huolellisesti sekä säilytettävä lukittavissa tiloissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Sosterin kotihoidossa lääkkeet säilytetään pääasiassa asiakkaan kotona lääkekaapissa, jossain tapauksissa turvallisuussyistä lääkkeitä voidaan säilyttää myös kotihoidon toimistolla lukituissa tiloissa. Hoitaja kuljettaa mukanaan toimistolta lääkeannoksen asiakkaalle, jolloin lääkkeet on huolellisesti merkittävä ja huolehdittava tietosuojasta. (Kemppanen 2008.)

Lääkkeet jaetaan lääkelistan mukaisesti kerta-annoksiin potilaskohtaisesti. Lääkkeet jaetaan tietylle ajanjaksolle kerrallaan, esimerkiksi vuorokaudeksi tai viikoksi (Tokola 2009, 74). Ennen lääkkeen jakamista tarkistetaan pakkauksesta valmisteen viimeinen käyttöpäivä, lääkkeen nimi ja vaikuttava aine, vahvuus sekä lääkemuoto. (Tokola 2009, 82.) Vajaita lääkepakkauksia ei saa yhdistellä eikä tabletteja puolittaa ilman lääkärin lupaa (Tokola 2009, 85 - 86).

4.3 Lääkkeiden antaminen

Lääkkeen antajan on varmistettava että lääke, jota hän on antamassa, on menossa oikealle potilaalle. Samalla on otettava huomioon että lääke ja annostus ovat oikeat. Nämä voidaan tarkistaa lääkelistasta, mikä edellyttää myös tuntemusta kyseisestä lääkkeestä. Potilaan henkilöllisyys varmistetaan kysymällä koko nimi ja henkilötunnus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Sairaanhoidajaliitto 2009; Tokola 2009, 92.) Lääkkeen antaja vastaa oikeasta antopaikasta ja –tekniikasta sekä lääkkeen ottamiseen vaikuttavista tekijöistä, kuten potilaan asennosta ja ruokailusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Sairaanhoidajaliitto 2009; Tokola 2009, 92.)

4.4 Lääkityspoikkeamat

Lääkityspoikkeama voi olla lääkemääräyksen vastaanotossa tai kirjaamisessa. Tällainen voi tapahtua esimerkiksi suullisten määräysten kirjalliseksi muuttamisessa. Lääkkeen jakamisessa tapahtuva poikkeama voi olla esimerkiksi väärä lääkemuoto tai vahvuus. Lääkkeen käyttökuntoon saattamiseen liittyvä poikkeama voi olla esimerkiksi lääkkeen jauhaminen. Lääkkeenannossa tapatuva poikkeama voi olla väärä antoreitti tai -tapa. Lääkityspoikkeamia ovat myös lääkkeen antamatta jättäminen tai että lääkkeen saa väärä potilas. (Sairaanhoidajaliitto 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006; Lääketeollisuus ry 2010.)

Joissakin yksiköissä on seurattu lääkitysvirheiden esiintyvyyttä. Tästä on tullut ilmi, että useat läheltä piti -tilanteet ovat johtuneet lääkemääräyksen väärästä tulkinnasta tai puutteellisesta lääkkeenjakoilistasta. (Tokola 2009, 59.) Lääkitysvirheen tullessa ilmi on toiminta lopetettava välittömästi sekä tehtävä tarvittavat toimenpiteet potilaan voinnin turvaamiseksi. Tärkeää on myös dokumentoida tapahtuma huolellisesti, jotta samanlaisilta tilanteilta voitaisiin välttyä tulevaisuudessa. (Sairaanhoidajaliitto 2009.) Itä-Savon sairaanhoitopiirissä lääkityspoikkeamia seurataan HaiPro (terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä) -ilmoituksilla (Seppänen 2014; Kemppanen 2008).

4.5 Vanhusten lääkehoito kotona

Kotihoidon asiakaskunnasta enemmistö on vanhuksia, keski-ikä noin 80 vuotta (Anttila ym. 2007, 24; Kemppanen 2008). Vanhukset toteuttavat vaativinta lääkehoitoa kotioloissa. Heillä voi olla yhtä aikaa käytössä useita eri lääkevalmisteita. (Fimea 2013; Kemppanen 2008.) Yli 75-vuotiaista suomalaisista melkein joka kolmannella on käytössä yli kymmenen eri lääkettä (Fimea 2013). Potilaalle voi aiheutua vakavia sivuvaikutuksia yhteensopimattomien lääkkeiden vuoksi ja tästä aiheutuu kustannuksia myös yhteiskunnalle. Päällekkäisten tai yhteen sopimattomien lääkkeiden käyttö vanhusväestössä on useissa tutkimuksissa osoitettu yleiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n suosituksen mukaan potilaan samanaikaisessa käytössä tulisi olla korkeintaan viisi lääkettä. Monisairaiden ihmisten kohdalla lääkearsenaali on kuitenkin tätä suurempi. Lääkkeiden yhteisvaikutuksille suurin yksittäinen riskitekijä on käytettävien lääkkeiden määrä sekä potilaan ikä. Vanhukset ovat siis suuressa riskissä saamaan haitta- tai yhteisvaikutuksia lääkkeitä. Potilaan ongelman hoitamiseksi kokeillaan erilaisia lääkehoitoja, joissain tapauksissa nämä kokeilut saattavat jäädä päälle jopa vuosiksi, tuottamatta potilaalle kuitenkaan mainittavaa hyötyä. Lääkkeiden yhteisvaikutus voi olla myös lääkkeen vaikuttamattomuus, ei pelkästään jokin aiheutunut haitta. (Laine 2005, 5, 9 – 10.)

4.6 Lääkehoito kotihoidossa

Lääkehoidon tarpeesta päättää lääkäri, mutta on tavallista, että lääkitysmuutokset perustuvat asiakasta hoitavien työntekijöiden havainnointiin ja raportointiin. Sosterin kotihoidossa asiakkaan kotona lääkkeitä annetaan hoitajan toimesta pääasiassa luonnollista reittiä suuhun, peräsuoleen, silmään, korvaan, nenään, hengitysteihin, iholle tai emättimeen. Ihon ja lihaksen sisäisiä lääkehoitoja toteutetaan myös. Jossain määrin Sosterin kotihoidossa on myös laskimonsisästä lääkitystä tarvitsevia asiakkaita, joiden hoito on pääasiassa rajoitettu aamu- ja iltavuorojen ajalle ja tehdään yhteistyössä ensihoidon kanssa. (Kemppanen 2008.)

Kotioloissa lääkkeiden annostelussa käytetään useimmiten erilaisia annostelijota, dosetteja, ellei potilas ota lääkettä suoraan alkuperäispakkauksesta. Kotihoidon asiakas voi ottaa lääkkeensä dosetista itse tai omaisen tai hoitajan valvonnassa. (Tokola 2009, 11.) Jos kotihoito huolehtii lääkkeiden antamisesta potilaalle, tulisi käynnit suunnitella myös lääkitys huomioon ottaen. Jos potilaalla on sekä aamulla että illalla otettava lääke, täytyisi käyntien välille jäädä 12 tuntia; näin pyritään säilyttämään lääkepitoisuus potilaan veressä mahdollisimman tasaisena. Esimerkiksi Parkinsonin taudin lääkehoidossa illan viimeisen sekä aamun ensimmäisen lääkkeen olisi järkevää antaa yöhoitajan. (Tokola 2009, 36.) Asiakkaan kotona on oltava ajantasalla oleva lääkelista annosteluohjeineen (Kemppaen 2008).

5 LÄÄKKEIDEN KONEELLINEN ANNOSJAKELU

Useissa Euroopan maissa lääkehuollossa suosiota on saavuttanut lääkkeiden koneellinen annosjakelu. Tämä on korostunut etenkin ikääntyvällä väestöllä. Koneellisesta annosjakelusta hyötyvät eniten sellaiset henkilöt, joiden jatkuvassa käytössä on useampia eri lääkkeitä. (Annosjakelupalvelu 2013.) Lääkkeiden koneellisessa annosjakelussa lääkkeet jaetaan kerta-annoskohtaisiin pusseihin (Ritmala-Castrén 2009; Annosjakelupalvelu 2013; Suominen, 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011; Tokola 2009, 11.) tai kertakäyttöisiin dosetteihin, joiden päivämäärällä ja kellonajalla merkityissä lokeroissa lääkeannokset ovat (Yliopiston apteekki 2013). Apteekki toimittaa potilaalle tietyn ajan, yleensä kahden viikon, lääkeannoksen kerralla (Annosjakelupalvelu 2013; Suominen, 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011; Yliopiston apteekki 2013; Tokola 2009, 11). Lääkeannospusseissa lukee potilaan nimi, lääkkeen ottamisen päivämäärä ja kellonaika, pussin sisältämät lääkkeet ja niiden lukumäärä sekä apteekin nimi. Pussit säilytetään rullassa (Annosjakelupalvelu 2013). Lääkkeet hinnoitellaan yksikköhinnoin. (Annosjakelupalvelu 2013; Suominen, 2011; Vitikka ym. 2011; Yliopiston apteekki 2013). Annosjakelupalveluun kuuluu kokonaislääkityksen tarkistus, jotta mahdolliset päällekkäiset tai keskenään sopimattomat lääkevalmisteet selvitetään yhteistyössä potilasta hoitavan lääkärin kanssa. (Ritmala-Castrén 2009; Suominen, 2011; Annosjakelupalvelu 2013; Vitikka ym. 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011; Yliopiston apteekki 2013; Tokola 2009, 11.) Myös vitamiinit ja lisäravinteet voidaan liittää annosjakeluun (Annosjakelupalvelu 2013).

5.1 Lääkkeiden koneellisen annosjakelun palveluntarjoajat

Suomessa sairaala-apteekeissa koneellinen annosjakelu on aloitettu vuonna 1991, tällä hetkellä sairaala-apteekeista noin kymmenen toteuttaa sitä. Vuodesta 2002 alkaen annosjakelupalvelua ovat tarjonneet myös avohoidon apteekit ja 2003 palvelu levisi koko maahan. Apteekki sekä annosjakelupalvelua tarvitseva potilas tekevät sopimuksen. Apteekki voi annostella lääkkeitä itse tai ostaa palvelun toiselta apteekilta sopimusvalmistuksena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Esimerkiksi Espoonlahden apteekin annosjakelun on suorittanut Pharma Service Oy 2000-luvun alusta saakka (Pharma Service 2013) sekä ja Itäkeskuksen apteekin annosjakelusta on vastannut Pharmac Finland Oy vuodesta 2008 lähtien (Yritys ja yhteistyö 2013). Yliopiston apteekki on aloittanut annosjakelun maaliskuussa 2013 (Yliopiston apteekki 2013). Potilaalta tarvitaan allekirjoitettu palvelusopimus sekä lääkärin merkinnöillä varustettu annosjakeluresepti ennen annosjakelupalvelun aloittamista (Yliopiston apteekki 2013). Itä-Savon sairaanhoitopiiriin kotihoito on aloittanut annosjakelupilotoinnin Yliopiston apteekin kanssa. Keväällä 2014 alkaa kilpailutus kaikkien apteekkien kesken, jolloin ratkaistaan, mistä palvelu otetaan pysyvästi käyttöön hinnan ja palvelun sisällön perusteella. (Seppänen 2014.)

5.2 Koneellisen annosjakelun hyötyjä ja haittoja

Lääkkeiden koneellisessa annosjakelussa lääkitysturvallisuus lisääntyy, esimerkiksi jakeluvirheet vähenevät huomattavasti, koska inhimillisten virheiden mahdollisuus on minimoitu, ja lääkityksen seuranta helpottuu, kun pusseissa on nähtävillä esimerkiksi lääkkeenottoaika ja lääkkeiden nimet (Ritmala-Castrén 2009; Annosjakelupalvelu 2013; Vitikka ym. 2011; Yliopiston apteekki 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Lääkkeet tarkistetaan aina annosjakeluyksikössä ja siinä apteekissa, joka lääkkeet toimittaa potilaalle (Annosjakelupalvelu 2013). Hoitohenkilökunnan ajankäyttö vapautuu lääkkeenjaosta muihin tehtäviin (Annosjakelupalvelu 2013; Vitikka ym. 2011; Yliopiston apteekki 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). On arvoitu vapauttavan jopa 6 henkilötyövuotta käytännön hoitotyöhön (Kemppanen 2013). Annosjakelun taloudellisena etuna on, ettei lääkkeen käyttäjälle jää ylimääräisiä lääkkeitä, koska

asiakas saa vain lyhyen ajan lääkkeet kerralla (Annosjakelupalvelu 2013; Vitikka ym. 2011; Yliopiston apteekki 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Vaihtoehtoisesta lääkevalmisteesta valitaan edullisin, ellei tätä ole erikseen kielletty (Annosjakelupalvelu 2013). Annosjakelun haittapuoliksi on mainittu lääkemutosten hankaluus, joidenkin lääkkeiden sopimattomuus annosjakeluun, hoitajien lääketuntemuksen heikkeneminen ja se, ettei annospussista kadonneen lääkkeen tilalle saa uutta. (Roponen 2011; Valli & Lönnqvist 2013; Hiltunen ym. 2012; Inananen & Mielonen, 2013.)

5.3 Kokemuksia annosjakelun käytöstä Suomessa

Kotkan kaupungissa on tehty opinnäytetyö vuonna 2011 lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta kotipalvelun sairaanhoitajien kokemana. Tutkimus tehtiin kvalitatiivisena käyttäen kyselylomaketta, jossa oli avoimia kysymyksiä. Annosjakelun hyvinä puolina pidettiin muun muassa ajansäästöä, lääkityksen seurannan helpottumista, lääkitysturvallisuuden lisääntymistä, hygieenisyyttä sekä reseptien hallinnan helpottumista. Huonoina puolina pidettiin esimerkiksi lääkemutosten hankaluutta, hoitajien lääketuntemusten heikkenemistä sekä joidenkin lääkkeiden sopimattomuutta annosjakeluun. (Roponen 2011.)

Porvoossa 2013 tehdyssä opinnäytetyössä selvitettiin annosjakelukokemuksia palveluasumisyksikön henkilökunnalta. Myös tämä tutkimus tehtiin laadullisena teemahaastatteluna. Yhteistyön lääkäreiden ja apteekin kanssa koettiin toimivan hyvin, lääkkeiden säilytyksessä koettiin ristiriitoja, lääkepussin käyttö ja hygieenisuus koettiin hyväksi. Huonoina puolina pidettiin lääkepussin helppoa rikkoutumista, joidenkin lääkkeiden sopimattomuutta annosjakeluun sekä lääkitysmutosten vaikeutta. Hoitajat kokivat annosjakelun lääkitysturvallisuuden pääasiassa hyväksi. (Valli & Lönnqvist 2013.)

Lääkkeiden koneellisen annosjakelun kokemuksia asiakkaan näkökulmasta on selvitetty Kuopiossa 2012 tehdyssä opinnäytetyössä, joka on tehty teemahaastatteluna. Tuloksissa on selvinnyt, etteivät kaikki annosjakelun asiakkaat tiedä minkä sairauden hoitoon jokin lääke on tarkoitettu, kuitenkin hoitajien lääkeosaamista pidettiin luotettavana. Laskutusasiat olivat joillekin asiakkaille epäselviä. Annospusseja pidettiin luotettavana. Hoitajien lääkkeidenjaosta asiakkaalle vapautuvasta ajasta oli

eriäviä mielipiteitä. Osan mielestä hoitajilla oli kuitenkin kiire, osa ei ollut kiinnittänyt asiaan huomiota, osan mielestä hoitajilla oli enemmän aikaa asiakkaalle, mutteivät osanneet kertoa, kuinka se ilmeni. (Hiltunen ym. 2012.)

5.4 Kokemuksia annosjakelun käytöstä Savonlinnassa

Vuonna 2013 keväällä Savonlinnassa tehdyssä opinnäytetyössä selvitettiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella käytössä olevaa lääkkeiden koneellista annosjakelua. Kysely lähetettiin kunnallisiin ja yksityisiin hoitokoteihin sekä kunnalliseen kotisairaanhoidon. Sillä hetkellä koneellinen annosjakelu oli käytössä kahdessa paikassa kolmestatoista. Seitsemässä paikassa annosjakelun käyttöönotosta oli keskusteltu. Annosjakelun hyödyt tiivistyivät työajan säästöön, turvallisuuden parantumiseen ja taloudellisuuteen. Huonoina puolina pidettiin esimerkiksi kuurilääkkeiden ja Marevanin sopimattomuutta annosjakeluun, lääkemuutosten vaikeutumista sekä lääkkeiden tunnistamista. Haitaksi mainittu on myös, että annospussista hävinneen lääkkeen tilalle ei saa uutta. Suurimmaksi osaksi positiivisia kokemuksia oli niillä, joilla on jo koneellinen annosjakelu käytössä. Mahdollisia haittoja toivat enimmäkseen ilmi ne, joilla annosjakelu ei ole käytössä. Koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta kaivattiin lisää tietoa. (Innanen & Mielonen 2013.)

5.5 Annosjakelun pilotointi Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotihoitoon

Sosterin kotihoidossa on aloitettu lääkkeiden koneellisen annosjakelun pilotointi 1.11.2013 noin 50 asiakkaan kattamalla alueella kaupungin länsipuolella. Tällä alueella on jo noin kahdeksan asiakasta, jotka ovat olleet jo valmiiksi Yliopiston apteekin asiakkaita, joilla on useita lääkkeitä käytössä. Keväällä 2014 alkaa kilpailutus kaikkien apteekkien kesken, jolloin ratkaistaan, mistä palvelu otetaan pysyvästi käyttöön hinnan ja palvelun sisällön perusteella. (Seppänen 2014.) Hoitava yksikkö ilmoittaa apteekille asiakkaan kokonaislääkityksen ja lääkkeiden annosteluajankohdat. Suunnitellaan, kuinka annosjakeluun sopimattomat lääkkeet, esimerkiksi Marevan, ja kuurilääkkeet jaetaan. Apteekki tekee lääkehoidon arvionnin lääkärille suunnittelun tueksi. Asiakkaiden kanssa kirjoitetaan asiakassopimukset, tarkistetaan suoraveloitusasiat ja eResepti-suostumukset. Annosjakeludositit toimitetaan kahden viikon välein, annosjakeluun soveltumattomat lääkkeet tilausten mukaan. Jakelun

hinta asiakasta kohden viikossa on 5,81 euroa. Hoitoyksikkö ilmoittaa apteekille annosjakelun keskeytyksistä esimerkiksi asiakkaan joutuessa sairaalaan. Lääkitysmuutokset on ilmoitettava noin viikkoa ennen toimituksen tuloa, ja ne on tehtävä erillisellä lomakkeella. (Yliopiston apteekki 2013; Seppänen 2014.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyöni käsittelee aiheita kotihoito, turvallinen lääkehoito ja lääkkeiden koneellinen annosjakelu. Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää aikaisempaan tietoon pohjautuen Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotihoidon hoitajien kokemuksia lääkkeiden koneellisen annosjakelun käytöstä. Tavoitteena on tuoda kotihoidon yksikölle konkreettista tietoa siitä, mihin lääkkeenjaosta vapautunut aika käytetään, onko lääkityspoikkeamissa tapahtunut muutoksia annosjakelun myötä ja kokevatko hoitajat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Kotihoidon yksikkö voi hyödyntää saatuja tuloksia toimintansa kehittämiseen.

7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET RATKAISUT

7.1 Kyselytutkimus aineistonkeruumenetelmänä

Toteutin tutkimukseni Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotihoidon hoitajille kyselytutkimuksena internetissä Webropol -ohjelmaa hyödyntäen. Tutkimukseni on kvantitatiivinen eli määrällinen. Siinä tutkimusongelma muutetaan kysymyksiksi, joilla pyritään saamaan vastausta ongelmaan. (Kananen 2010, 74.) Valitsin määrällisen kyselytutkimuksen, koska ajattelin sen olevan nopeampi ja helpompi vaihtoehto kerätä aineistoa isolta joukolta kuin esimerkiksi haastattelu. Käytin kyselylomakkeessani mahdollisimman paljon strukturoituja kysymyksiä, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot (ks. Kananen 2010, 85). Näin siksi, että valmiiden vastausvaihtoehtojen tulkinta ja muuttaminen taulukoiksi on helpompaa kuin avointen kysymysten vastausten tulkinta. Avoimiin kysymyksiin vastaaminen vie myös enemmän aikaa ja vaatii paneutumista, jolloin riskinä on, että jos siihen ei keskity huolella, tulokset saattavat vääristyä. Aaltolan & Vallin (2010, 125) mukaan valmiiden vastausvaihtoehtojen käyttämisessä tutkijalla on oltava ennakkokäsitys tai mielikuva vastausvaihtoehdoista sekä vastaajalle on löydettävä ainakin yksi hänen

mielipidetään vastaava vaihtoehto. Mielipiteiden ja asenteiden mittaamiseen hyvä mittari on Likertin asteikko, jota käytin tietyissä kysymyksissä. Likertin asteikossa on määritelty vastausvaihtoehdot yleensä yhdestä viiteen, ja niille usein on verbaaliset selitykset väliltä täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä (ks. Aaltola & Valli 2010, 118). Kyselylomakkeeni muodostui kysymyksistä, joihin on valmiit sanalliset vastausvaihtoehdot, sekä kysymyksistä, joihin vastataan Likertin asteikolla. Lähetin kyselylomakkeen saatekirjeineen sähköpostilla Sosterin kotihoidon esimiehelle 31.3.14, joka lähetti kyselyn edelleen kohderyhmälle, yhteensä 24 hoitajalle. Vastausaikaa kyselyyn oli kaksi viikkoa 14.4.14 saakka, jotta mahdollisimman moni kohderyhmäläinen ehtisi vastata.

7.2 Kohderyhmä

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotihoidon annosjakelun pilotointi on aloitettu länsipuolelta kaupunkia, joten pääasiallinen kohderyhmä on tämän piirin hoitajat, noin 20 henkilöä. Kysely lähetettiin yhteensä 24 hoitajalle, mukana sekä lähihoitajia että sairaanhoitajia. Yliopiston apteekki on järjestänyt hoitajille annosjakeluun siirtymisestä koulutustilaisuuden. (Seppänen 2014.) Piirien jaottelusta sekä kotihoidon henkilökunnasta kerrottu tarkemmin luvussa 2.3.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Analyysivaiheessa tutkimuongelmiin saadaan vastauksia. Kyselytutkimuksessa on tarkistettava, että kaikkiin kysymyksiin on vastattu. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta tehdään muuttujia, jotka voidaan tilastoida. (Hirsjärvi ym. 2012, 221 - 222.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käsitellään lukuja ja niiden välisiä suhteita (Kananen 2010, 78), tässä tapaksessa sitä, kuinka moni vastaajista on ollut samaa mieltä keskenään. Kyselytutkimuksessa kysymysten muotoilulla on suuri merkitys. Sekä tutkimuksen tekijän että kyselyyn vastaajan täytyy ymmärtää kysymys samalla tavalla, että saataisiin mahdollisimman totuudenmukaisia vastauksia. Kysymykset eivät saa olla johdattelevia ja niiden on oltava mahdollisimman yksiselitteisiä. Tärkeää on myös vastaajan motivaation kannalta huomioida kyselylomakkeen pituus. Liian pitkä kysely saattaa saada vastaajan keskittymisen hiipumaan, jolloin vastauksen tulokset

saattavat vääristyä (ks. Aaltola & Valli 2010, 103 - 106; Kananen 2010, 92 - 96; Hirsjärvi ym. 2012, 201 - 204).

Valmiiden vastausvaihtoehtojen käytössä on riskinä se, ettei siellä ole vastaajalle sopivaa vaihtoehtoa, mikä näin ollen voi vääristää tuloksia. Olen pyrkinyt muotoilemaan kysymykset mahdollisimman helposti ymmärrettäviksi ja testasin kyselylomakkeen toimivuutta muutamalla sairaanhoidon opiskelijalla ennen sen lähettämistä varsinaiselle kohderyhmälle (ks. Kananen 2010, 74). Monivalintakysymysten vastausvaihtoehdot ovat helpompia käsitellä tietokoneella, ja niiden vertailu on helpompaa kuin avointen kysymysten (Hirsjärvi ym. 2012, 201), siksi päädyin tämänlaiseen tutkimusmuotoon. Otin myös huomioon kohderyhmäni vaitiolovelvollisuuden ja anonymiteettisuojaan, joten kyselyssä ei ole kysymyksiä, joita pystyisi yhdistämään johonkin tiettyyn henkilöön.

Internet-kyselyssä pystytään poistamaan aineiston syötössä tapahtuvat lyöntivirheet, jotka saattavat vääristää tuloksia. Nettikyselyn voi muodostaa niin, että vastaajan on vastattava kaikkiin kysymyksiin, koska kyselyssä ei pääse muuten etenemään. Tämä voi vaikuttaa myönteisesti tutkimukseen sillä tavoin, että kaikkiin kysymyksiin saadaan vastaus. Kielteisesti se voi vaikuttaa niin, että vastaajalla ei ole varmaa mielipidettä asiasta tai että hän lopettaa kyselyn sen takia kesken eikä lähetä vastauksia. (Aaltola & Valli 2010, 113.) Nettikyselyssä riskinä on myös alhainen vastausprosentti, joka voi vaikuttaa tutkimuksen validiteettiin eli luotettavuuteen (Kananen 2010, 95).

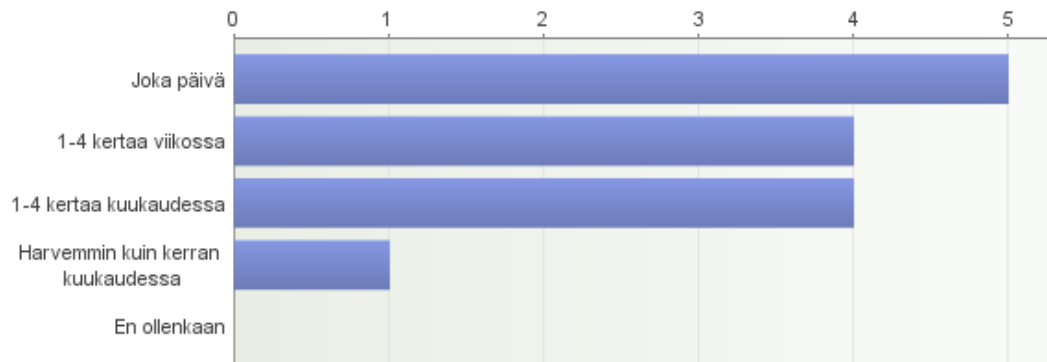
8 TUTKIMUSTULOKSET

Kysely (Liite 1.) lähetettiin kotihoidon esimiehen toimesta 24 hoitajalle sähköpostilinkkinä. Kahden viikon vastausajan sisällä vastauksia tuli 14.

8.1 Lääkkeiden annostelu käytännössä

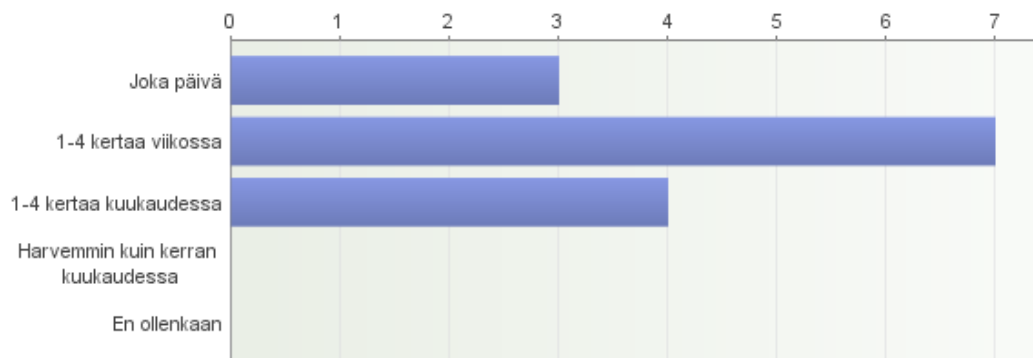
Ensimmäinen kysymys oli: ”Kuinka usein työssäsi olet tekemisissä koneellisesti annosjaettujen lääkkeiden kanssa?” Tähän kysymykseen vastasi 14 vastaajaa 14:sta. Vastauksia voi tarkastella kuvasta 1. Viisi heistä kertoi olleensa tekemisissä joka päivä, neljä vastaajaa 1 - 4 kertaa viikossa, 4 vastaajaa 1 - 4 kertaa kuukaudessa. Yksi

vastaaja on tekemisissä kerran kuukaudessa tai harvemmin. Kukaan vastaajista ei ollut käyttänyt vastausvaihtoehtoa ”en ollenkaan”.



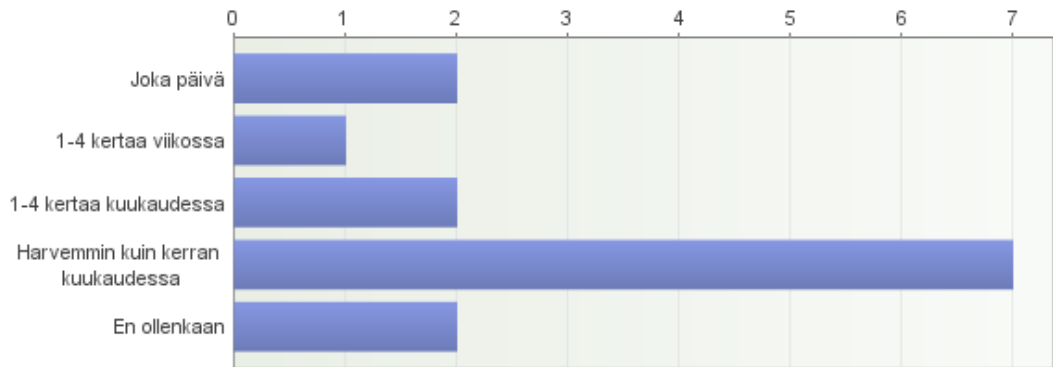
KUVA 1. Kuinka usein työssäsi olet tekemisissä koneellisesti annosjaettujen lääkkeiden kanssa

Toinen kysymys oli: ”Kuinka usein työssäsi annostelet sellaisen asiakkaan lääkkeitä dosettiin, joka ei ole annosjakelun asiakas?” Myös tässä kysymyksessä oli 14 vastaajaa. Kolme vastaajaa annosteli joka päivä, puolet vastaajista 1 - 4 kertaa viikossa, neljä 1 - 4 kertaa kuukaudessa. (Kuva 2.)



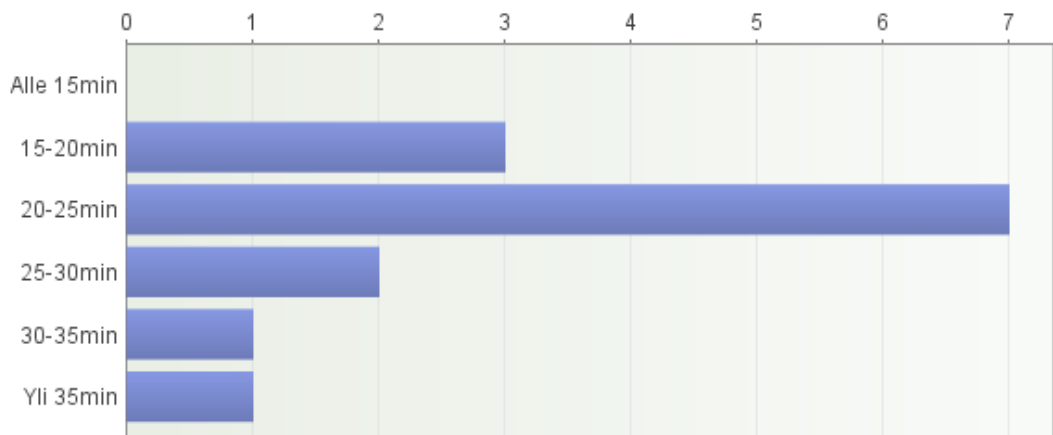
KUVA 2. Kuinka usein työssäsi annostelet sellaisen asiakkaan lääkkeitä dosettiin, joka ei ole annosjakelun asiakas

Kolmanteenkin kysymykseen olivat vastanneet kaikki 14. ”Kuinka usein työssäsi annostelet annosjakeluasiakkaalle annosjakeluun sopimattomia lääkkeitä, esim. kuurilääkkeet?” Kaksi vastaajaa kertoi annostelevansa joka päivä, yksi 1 - 4 kertaa viikossa, kaksi 1 - 4 kertaa kuukaudessa, puolet vastaajista harvemmin kuin kerran kuukaudessa ja kaksi vastaajista ei ollenkaan. (Kuva 3.)



KUVA 3. Kuinka usein työssäsi annostelet annosjakeluasiakkaalle annosjakeluun sopimattomia lääkkeitä, esim. kuuriläkkeet

Neljännessä kysymyksessä tiedusteltiin hoitajan keskimääräistä aikaa, jonka hän kuluttaa lääkkeiden jakamiseen dosettiin kahden viikon ajaksi ilman annosjakelua. Kenelläkään vastaajista (14) ei mene tähän mielestään alle 15 minuuttia. Kolme vastaajista suoriutuu 15 - 20 minuutissa, puolet vastaajista 20 - 25 minuutissa, kaksi 25 - 30 minuutissa. Yhdellä vastaajalla kuluu aikaa 30-25 minuuttia sekä yhdellä yli 35 minuuttia. (Kuva 4.)



KUVA 4. Jos jaat yhdelle asiakkaalle lääkkeitä dosettiin kahdeksi viikoksi ilman annosjakelua, siihen kuluu aikaa keskimäärin

8.2 Ajankäyttö

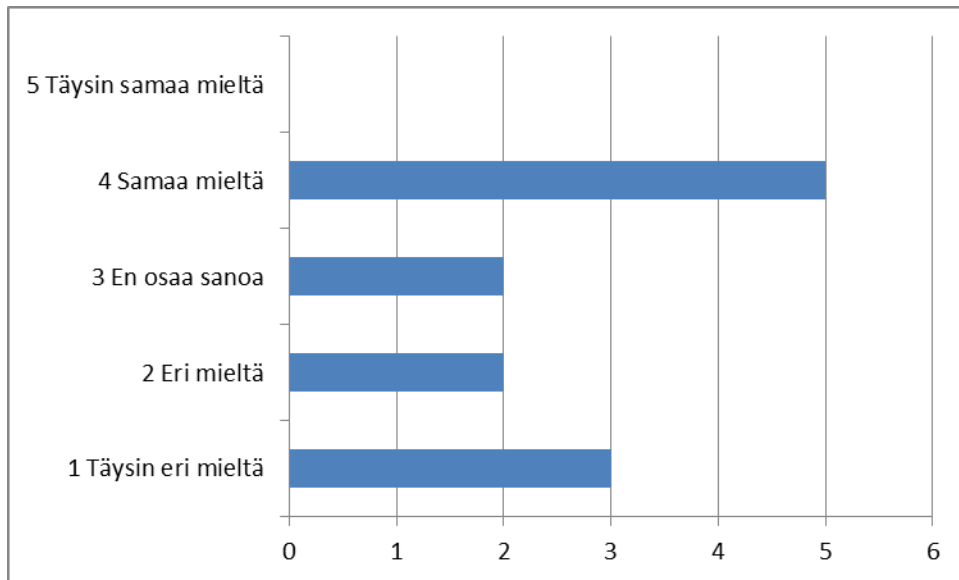
Viides kysymys oli Likertin-asteikollinen. Pääkysymys oli: ”mihin mielestäsi on löytynyt enemmän aikaa annosjakelun myötä?” Kysymys oli jaettu pienempiin kysymyksiin, joissa oli ajankäyttöehdotuksia muun muassa asiakkaiden

perushoidollisista tehtävistä, viriketoiminnasta, lääkityksen vaikutusten havainnoinnista ja toimistotöistä. Asteikon vaihtoehdot olivat 1 = täysin eri mieltä, 2 = eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä. 14 vastaajaa oli vastannut edes johonkin alakysymykseen, mutta osaan kysymyksistä oli jätetty vastaamatta ja vastauksia oli kysymyksestä riippuen 4 - 13. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Mihin mielestäsi on löytynyt enemmän aikaa annosjakelun myötä?

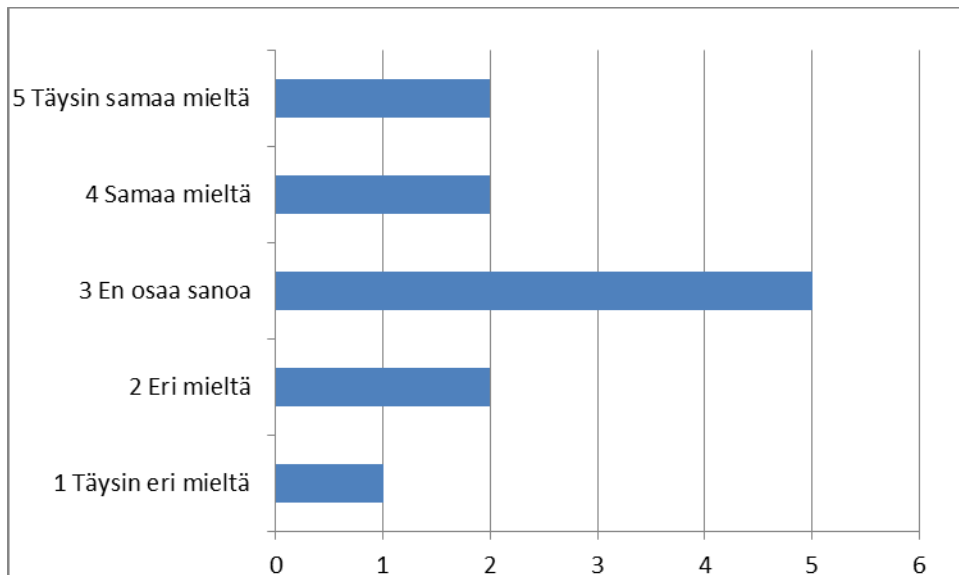
Annosjakelun myötä enemmän aikaa on löytynyt	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Vastaajia yhteensä
Saman asiakkaan sairaanhoidollisiin tehtäviin	3	2	2	5	0	12
Saman asiakkaan perushoidollisiin tehtäviin	1	2	5	2	2	12
Saman asiakkaan kodinhoidollisiin tehtäviin	1	2	3	4	2	12
Saman asiakkaan viriketoimintaan	3	1	5	2	2	13
Saman asiakkaan lääkitykseen tutustumiseen ennakkoon	3	1	6	2	0	12
Saman asiakkaan lääkityksen vaikutusten havainnointiin ja haastatteluun	1	3	3	5	0	12
Usealle eri asiakkaalle perus- ja sairaanhoitoon	1	2	4	4	1	12
Usealle eri asiakkaalle viriketoimintaan	2	1	3	5	1	12
Usealle eri asiakkaalle kodinhoitoon	2	0	5	4	1	12
Välimatkoihin	0	4	6	2	0	12
Kirjaamiseen ja muihin toimistotöihin	1	1	4	4	3	13
Omiin taukoihin	2	2	6	0	0	10
Johonkin muuhun, mihin?	1	0	2	1	0	4

Kuvista 5 - 17 voidaan tarkastella mielipiteiden jakautumista lääkkeenjaosta vapautuneen ajankäytön suhteen jokainen kysymys kerrallaan.



KUVA 5. Saman asiakkaan sairaanhoidolliset tehtävät, esim. haavanhoito

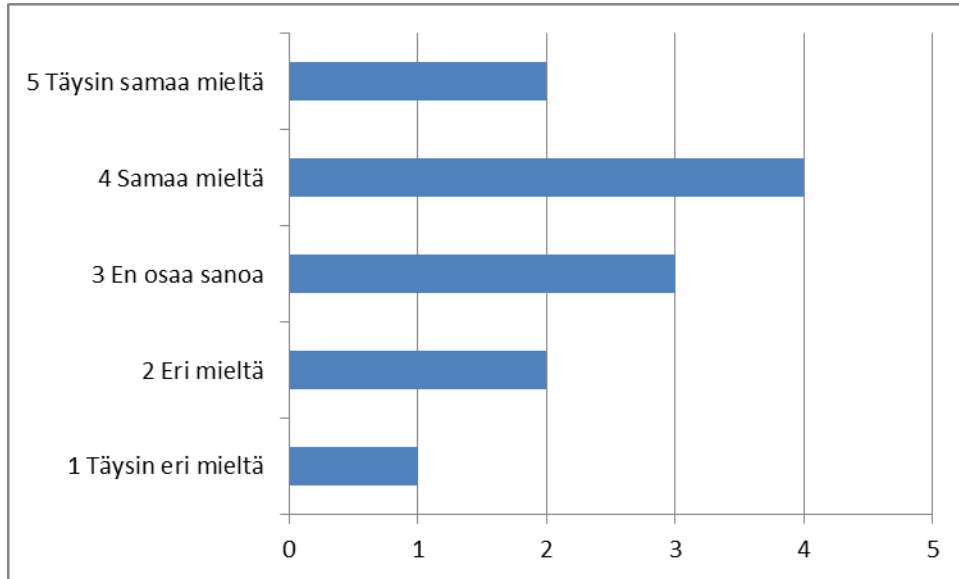
Saman asiakkaan sairaanhoidollisia tehtäviä käsittävään kysymykseen oli vastannut 12 vastaajaa 14:stä. Vastaajista kukaan ei ollut täysin samaa mieltä siitä, että koneellisen annosjakelun myötä olisi löytynyt enemmän aikaa saman asiakkaan sairaanhoidollisiin tehtäviin. Samaa mieltä vastaajista oli viisi, kaksi ei osannut sanoa. Kaksi vastaajaa olivat eri mieltä ja kolme vastaajaa täysin eri mieltä, että aikaa olisi löytynyt enemmän sairaanhoidollisiin tehtäviin samalle asiakkaalle. (Kuva 5.)



KUVA 6. Saman asiakkaan perushoidolliset tehtävät, esim. peseytyminen

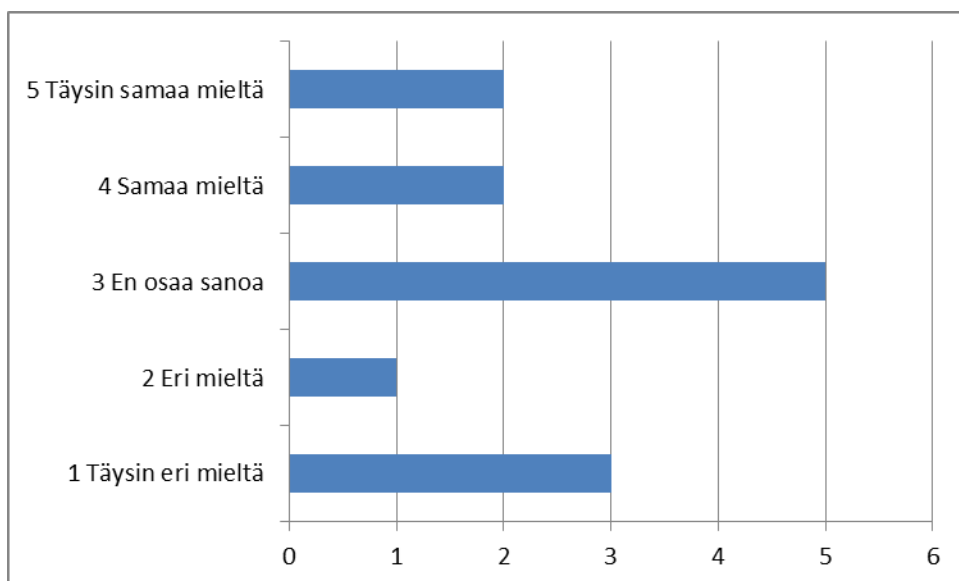
Kuvassa 6 nähdään 12 vastaajan mielipiteiden jakautuminen ajankäytöstä saman asiakkaan perushoidollisiin tehtäviin. Täysin samaa mieltä oli kaksi vastaajaa, samoin

kaksi samaa mieltä. Viisi vastaajaa ei osannut sanoa, oliko aikaa löytynyt enemmän saman asiakkaan perushoitoon. Kaksi vastaajaa olivat eri mieltä ja täysin eri mieltä yksi.



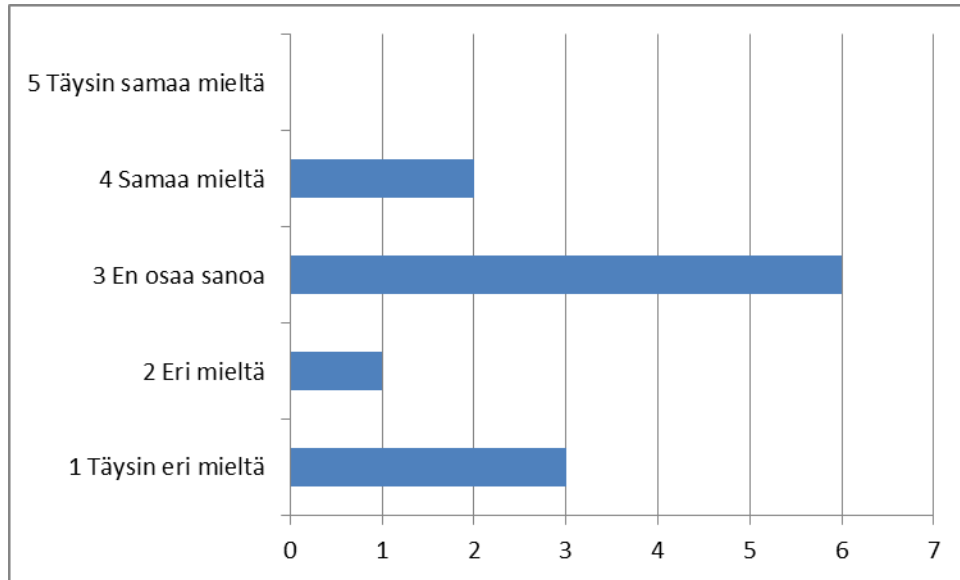
KUVA 7. Saman asiakkaan kodinhoitolliset tehtävät, esim. pieni siistiminen

Saman asiakkaan kodinhoitoon lisää aikaa oli löytänyt 12 vastaajasta kaksi, jotka olivat täysin samaa mieltä, sekä neljä vastaajaa samaa mieltä. Kolme vastaajaa olivat vastanneet ”en osaa sanoa”. Kaksi vastaajaa oli eri mieltä, ja yksi täysin eri mieltä, että saman asiakkaan kodinhoitoon olisi löytynyt lisää aikaa. (Kuva 7.)



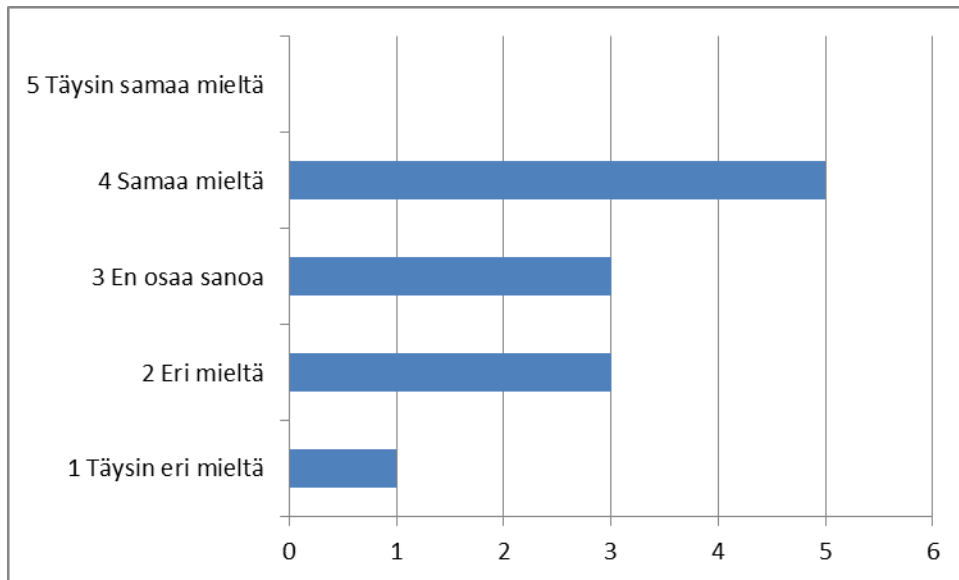
KUVA 8. Saman asiakkaan viriketoiminta, esim. ulkoilu

13 vastaajaa oli vastannut kysymykseen saman asiakkaan viriketoiminnasta (kuva8). Koneellinen annosjakelu oli tuonut lisää aikaa saman asiakkaan viriketoimintaan kahden vastaajan mielestä, jotka olivat täysin samaa mieltä, sekä kaksi olivat samaa mieltä. Viidellä ei ollut mielipidettä kumpaankaan suuntaan, yksi vastaaja oli eri mieltä ja täysin eri mieltä oli kolme vastaajaa.



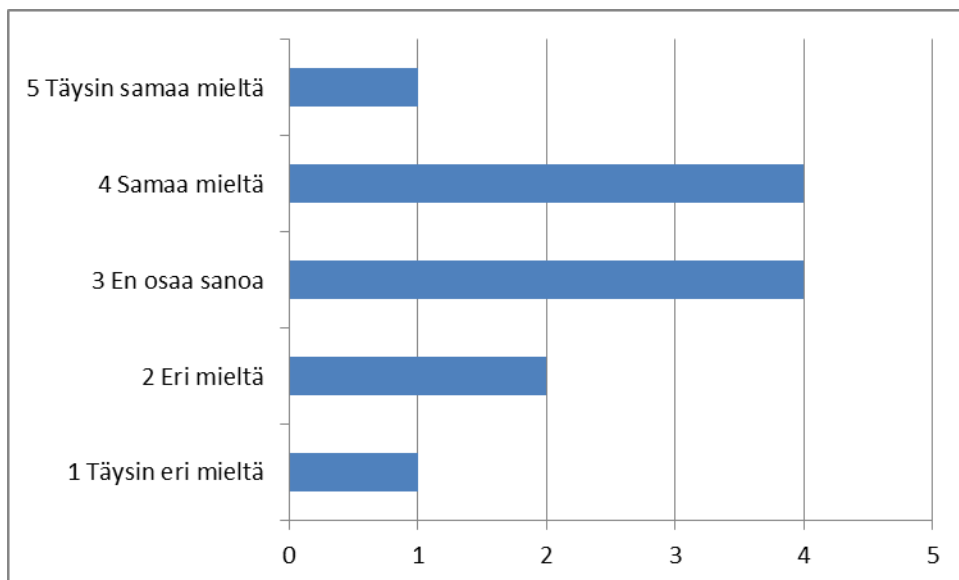
KUVA 9. Saman asiakkaan lääkitykseen tutustuminen ennakkoon

Kuvassa 9 nähdään mielipiteet lisäntyneen ajankäytön suuntaamisesta saman asiakkaan lääkitykseen tutustumiseen. Tähänkin kysymykseen oli vastannut 12. Täysin samaa mieltä ei ollut kukaan, samaa mieltä oli kaksi. Puolet vastaajista ei osannut sanoa. Yksi vastaajista oli eri mieltä ja kolme täysin eri mieltä, että annosjakelu olisi vapauttanut aikaa lääkitykseen ennalta tutustumiseen.



KUVA 10. Saman asiakkaan lääkityksen vaikutusten havainnointi ja haastattelu

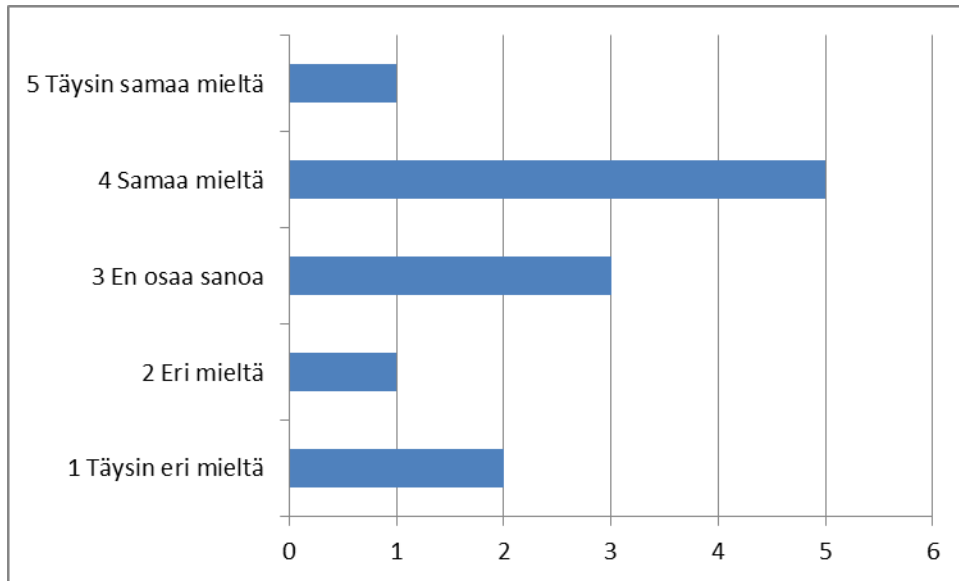
Onko annosjakelu vapauttanut aikaa saman asiakkaan lääkityksen vaikutusten havainnointiin ja haastatteluun, kysymykseen oli vastannut 12. Täysin samaa mieltä ei ollut kukaan vastaajista, samaa mieltä oli viisi. Neljäsosa kysymykseen vastanneista ei osannut sanoa, toinen neljäsosa oli eri mieltä ja yksi vastaaja oli täysin eri mieltä. (Kuva 10.)



KUVA 11. Usealle eri asiakkaalle perus- ja sairaanhoitoon

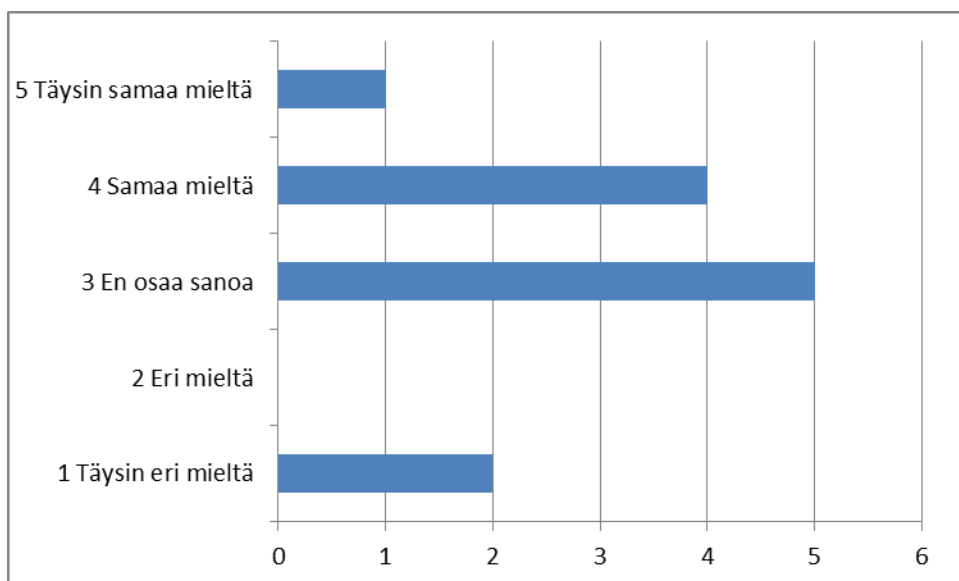
Kaksitoista vastaajaa oli vastannut kysymykseen ajankäytöstä usean eri asiakkaan perus- ja sairaanhoitoon (kuva 11). Täysin samaa mieltä oli yksi vastaajista, neljä oli samaa mieltä. Kolmasosa ei osannut sanoa, onko aikaa löytynyt lisää usealle eri

asiakkaalle perus- ja sairaanhoitoon. Kaksi vastaajaa oli eri mieltä ja yksi täysin eri mieltä.



KUVA 12. Usealle eri asiakkaalle viriketoimintaan

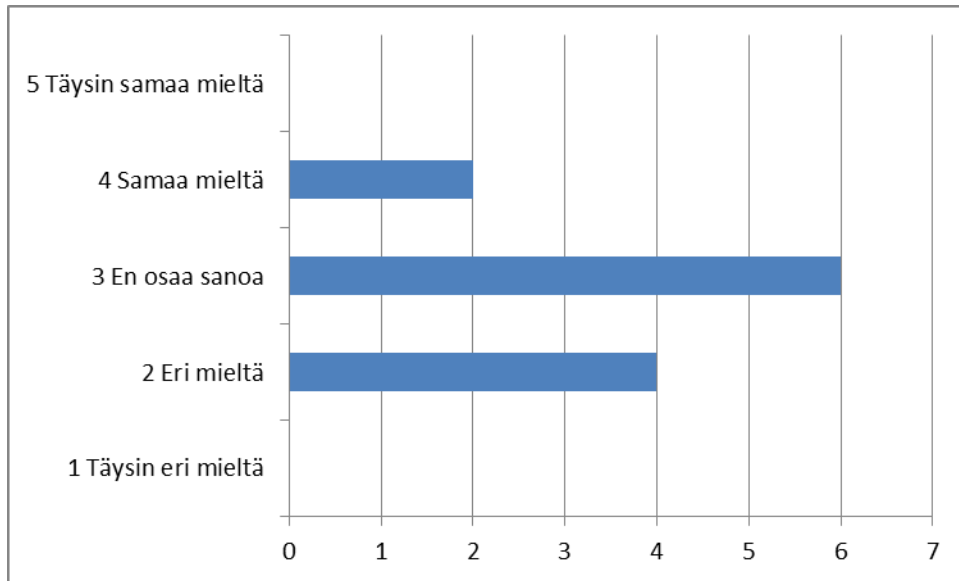
Yksi vastaaja kahdestatoista oli täysin samaa mieltä, että annosjakelu on vapauttanut aikaa usealle eri asiakkaalle viriketoimintaan (kuva 12). Samaa mieltä oli viisi vastaajaa. Neljäsosa vastanneista ei osannut sanoa, yksi oli eri mieltä ja kaksi täysin eri mieltä.



KUVA 13. Usealle eri asiakkaalle kodinhoitoon

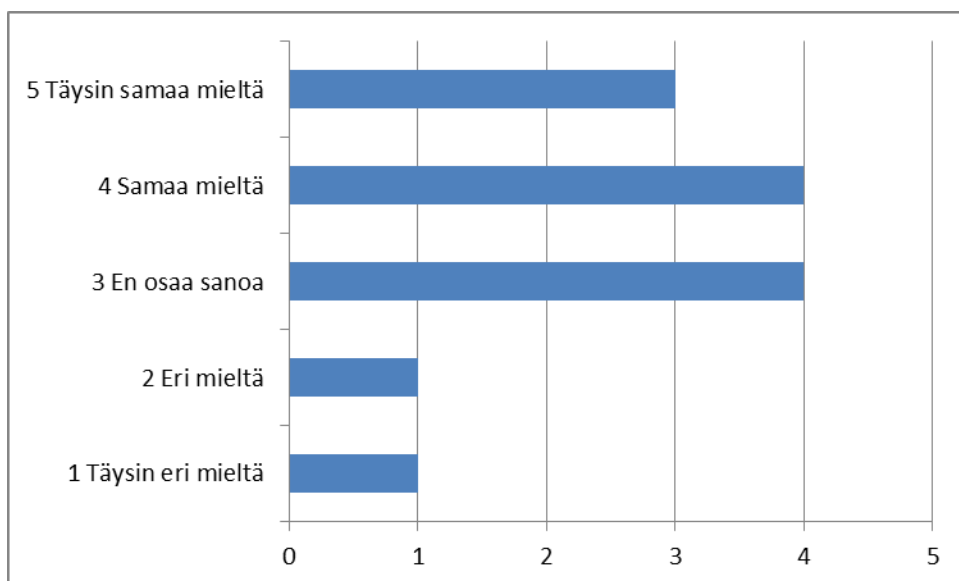
Kuvassa 13 on kuvattu mielipiteitä annosjakelusta vapautuneen ajan käytöstä usean eri asiakkaan kodinhoitoon. Kysymykseen oli vastannut 12, joista täysin samaa mieltä oli

yksi, samaa mieltä kolmasosa. Viisi vastaajista valitsi neutraalin vaihtoehdon. Kukaan vastaajista ei ollut vastannut olevansa eri mieltä, mutta täysin eri mieltä oli kaksi.



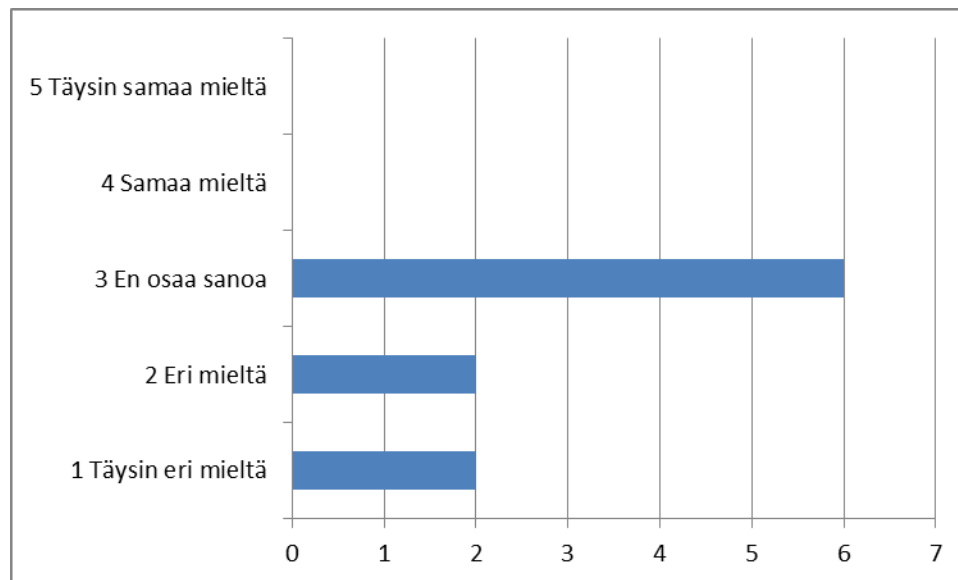
KUVA 14. Välimatkoihin

Annosjakelun vapauttaman ajan käyttöä välimatkoihin on kuvattu kuvassa 14. Kahdestatoista vastaajasta täysin samaa mieltä ei ollut kukaan, samaa mieltä oli kaksi. Puolet vastaajista ei osannut sanoa, onko välimatkoihin löytynyt lisää aikaa annosjakelun myötä. Kolmasosa oli eri mieltä ja täysin eri mieltä ei ollut kukaan.



KUVA 15. Kirjaamiseen ja muihin toimistotöihin

Kolmetoista vastaajaa oli vastannut kysymykseen ajankäytöstä kirjaamiseen ja muihin toimistotöihin (kuva 15). Kolme vastaajaa oli täysin samaa mieltä, samaa mieltä neljä. ”En osaa sanoa” -vaihtoehtoa oli käyttänyt neljä vastaajaa. Eri mieltä oli yksi ja täysin eri mieltä samoin yksi vastaaja.

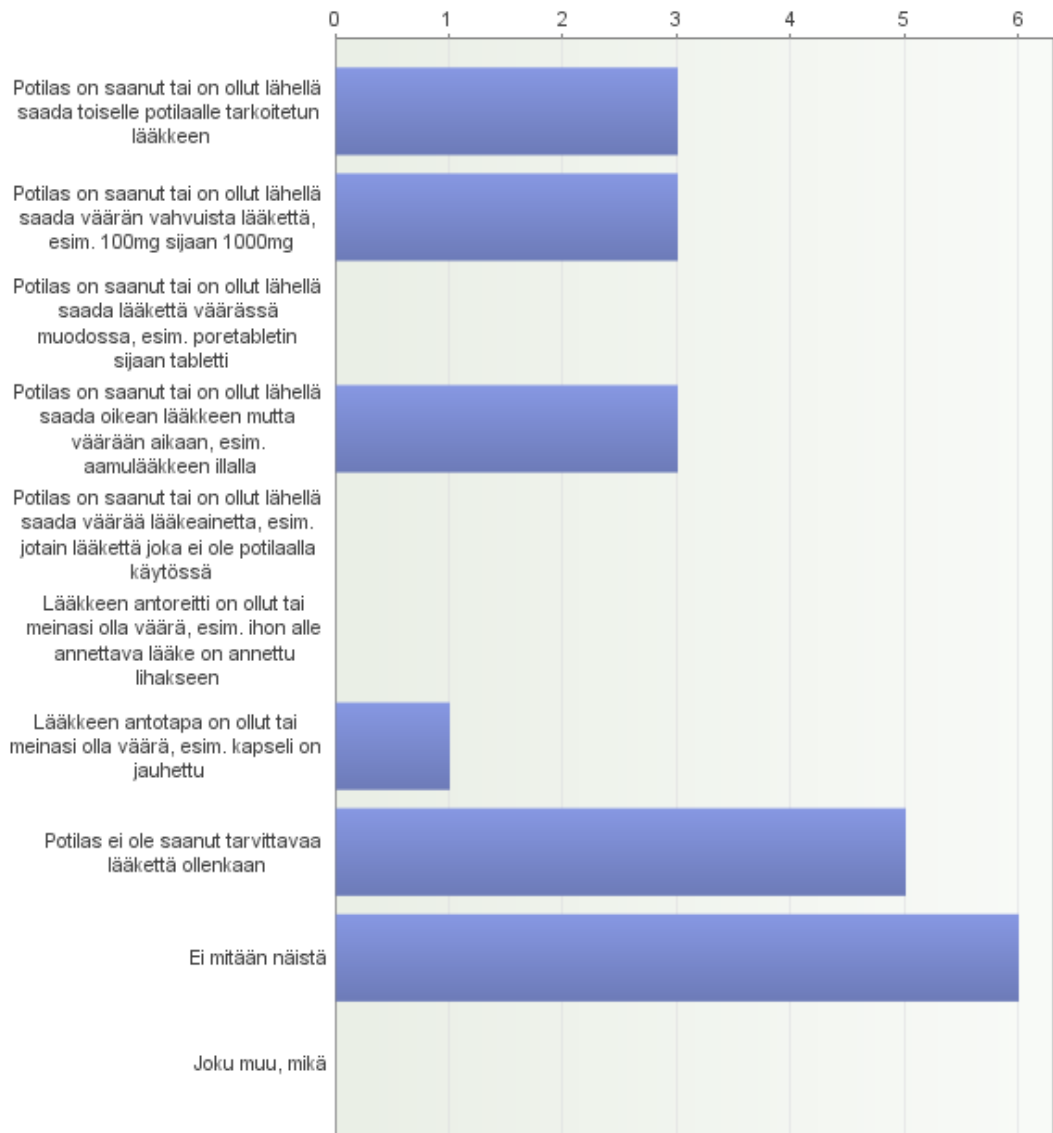


KUVA 16. Omiin taukoihin

Kymmenen vastaajaa oli vastannut kysymykseen annosjakelun vapauttaman ajan käytöstä omiin taukoihin (kuva 16). Täysin samaa mieltä eikä samaa mieltä ollut kukaan. Kuusi vastaajaa oli vastannut ”en osaa sanoa”, ja kaksi oli eri mieltä ja kaksi täysin eri mieltä.

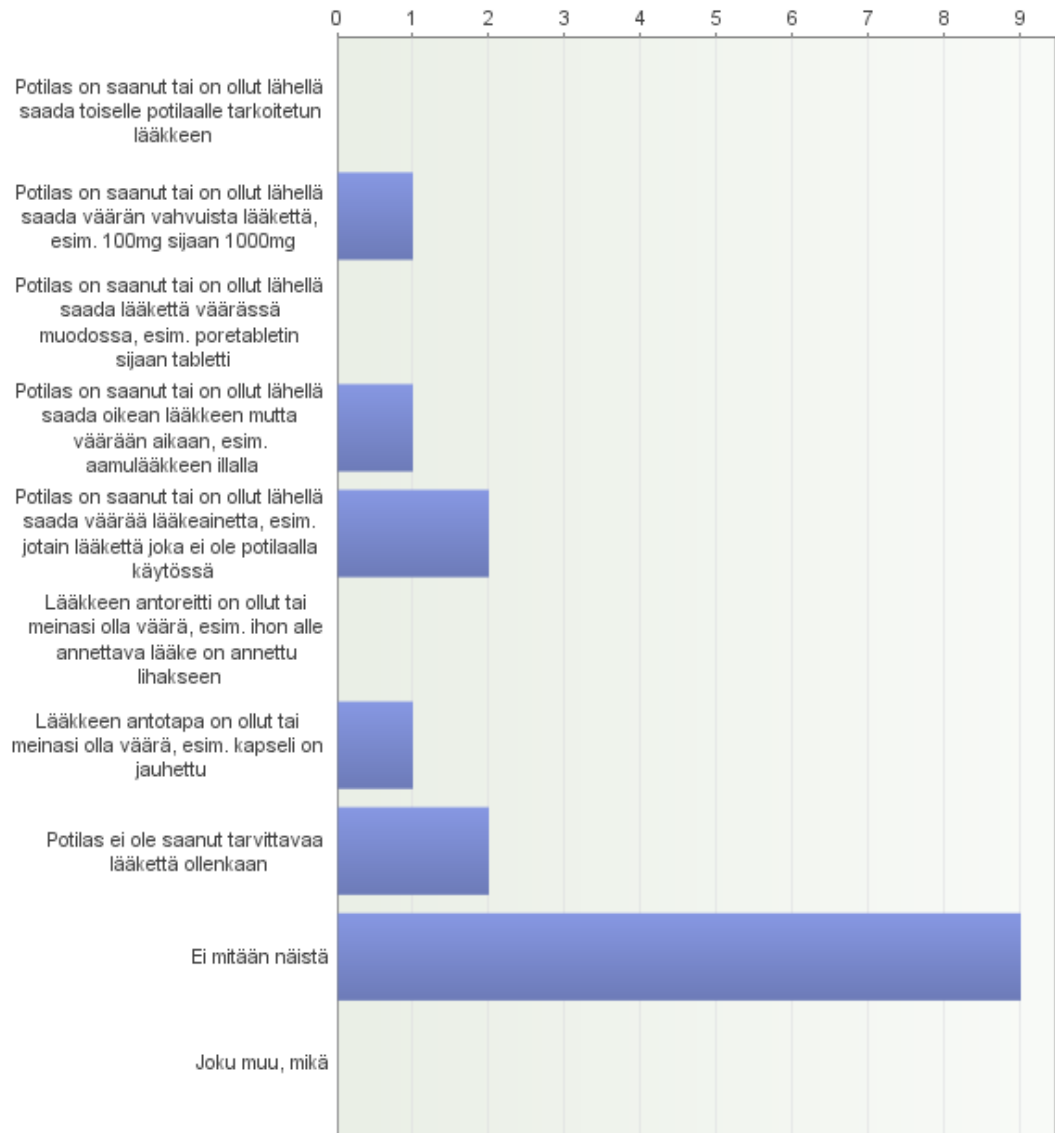
Viimeisenä alakysymyksenä kysymykseen ”mihin mielestäsi on löytynyt enemmän aikaa annosjakelun myötä?” oli annettu vaihtoehto ja vapaa vastauskenttä ”johonkin muuhun, mihin?”. Tähän oli vastannut vain neljä vastaajaa kaiken kaikkiaan. Vapaaseen viestikenttään oli vastattu ”saman asiakkaan kanssa sosiaaliseen kanssakäymiseen”, ja tämä vastaaja oli myös vastannut olevansa samaa mieltä. Kaksi vastaajaa oli valinnut neutraalin vaihtoehdon ja yksi oli täysin eri mieltä, mutta he eivät olleet kirjoittaneet vapaata tekstiä, mitä tämä joku muu tekeminen on.

8.3 Hoitajien työssään kohtaamat lääkityspoikkeamat



KUVA 17. Lääkityspoikkeamat ennen koneellisen annosjakelun aloittamista

Kuvassa 17 on kuvattu hoitajien työssään kohtaamia lääkityspoikkeamia esimerkkeineen ennen lääkkeiden koneellisen annosjakelun aloittamista. Kuvassa 18 on taasen kuvattu samaa ilmiötä koneellisen annosjakelun aikana. Painotettakoon, että hoitajien työssään kohtaamien lääkityspoikkeamien määrä ei välttämättä ole sama kuin HaiPro-ilmoitetut lääkityspoikkeamat koska osa niistä voi olla samoja tapauksia. Tämän tutkimuksen lääkityspoikkeamista puhuttaessa tarkoitetaan hoitajien työssään kohtaamia lääkityspoikkeamia, ei HaiPro-tilastoista tarkistettuja poikkeamia.

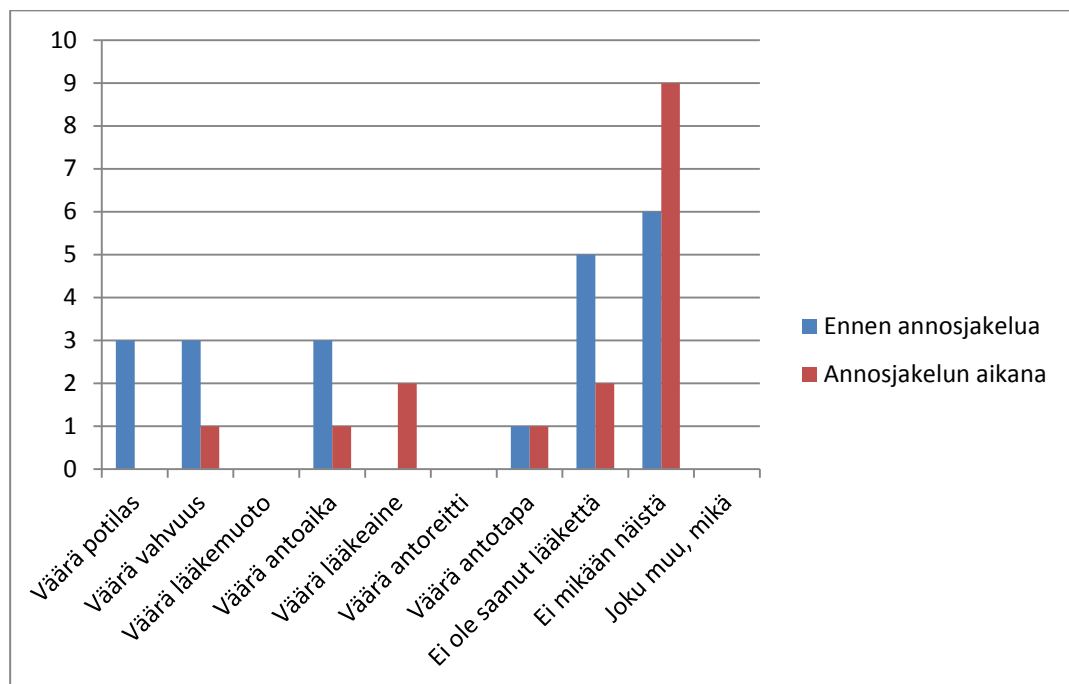


KUVA 18. Lääkityspoikkeamat koneellisen annosjakelun aikana

Kuvassa 19 on sekä ennen koneellista annosjakelua hoitajien työssään kohtaamat lääkityspoikkeamat että koneellisen annosjakelun aikana vastaan tulleet esitetty vertailevaan diagrammiin. Sininen pylväs kuvaa ennen koneellista annosjakelua hoitajien kohtamia lääkityspoikkeamia ja punainen pylväs kuvaa koneellisen annosjakelun aikana vastaan tulleita poikkeamia.

Ennen annosjakelua kolme neljästätoista hoitajasta olivat törmänneet tilanteeseen, että väärä potilas oli saanut tai meinannut saada toiselle potilaalle tarkoitetun lääkkeen. Annosjakelun aikana vastaavaa tilannetta ei ollut tapahtunut kenellekään vastaajista. Väärää vahvuutta koskevaan lääkityspoikkeamaan oli törmännyt ennen annosjakelua kolme hoitajaa, sen jälkeen yksi. Väärää lääkemuotoa

lääkityspoikkeamana ei ollut tavannut kukaan vastaajista ennen annosjakelua eikä sen aikana. Kolme hoitajaa oli vastannut tavanneensa ennen annosjakelua lääkityspoikkeaman, jossa lääkkeellä oli ollut väärä antoaika. Samaa tilannetta annosjakelun aikana oli tavannut yksi. Annosjakelun aikana oli kaksi hoitajaa tavannut väärän lääkeaineen lääkityspoikkeamana, kun taas ennen annosjakelua sitä ei ollut tapahtunut kenellekään vastaajista. Väärää lääkkeenantoreittiä ei myöskään ollut tavattu kumpanakaan kysyttynä ajankohtana. Väärää lääkkeen antotapaa oli tavoitettu sekä ennen että jälkeen annosjakelun aloittamisen, molemmissa yksi vastaajista. Viisi hoitajaa oli vastannut ennen koneellista annosjakelua tavanneensa lääkityspoikkeaman, ettei potilas ole saanut tarvittavaa lääkettä ollenkaan, kun vastaava määrä annosjakelun aikana on kaksi. Ennen annosjakelua neljästätoista vastanneesta kuudelle hoitajalle ei ollut tullut vastausta minkäänlaista lääkityspoikkeamaa, kun taas annosjakelun aikana yhdeksän oli tätä mieltä. ”Joku muu, mikä” -vastausvaihtoehto oli jätetty kokonaan vastaamatta.



KUVA 19. Lääkityspoikkeamien vertailu ennen koneellista annosjakelua ja sen aikana

8.4 Koulutus lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun liittyen

Kuvassa 20. nähdään, että 14:sta vastaajasta 13 ei ole saanut koulutusta lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun, yksi on vastannut saaneensa koulutusta.



KUVA 20. Oletko saanut koulutusta lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun liittyen?

Kuvassa 21 on kuvattu vastaajien mielipidettä siitä, toivovatko he lisää koulutusta annosjakelusta. Neljästätoista vastanneesta lisää koulutusta ei toivo saavansa 11. Kolme vastaajista toivoisi saavansa lisää koulutusta ja lisää infoa annosjakelusta ylipäätään sekä annosjakelun luotettavuudesta.



”ylipäätän annosjakelusta, jos sitä suunnitellaan jatkettavaksi ja lisätään”

”lisää infoA ASIASTA”

”voiko luottaa annosjakeluun, vai pitääkö tarkistaa lääkelistasta”

KUVA 21. Toivotko saavasi lisää koulutusta lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun liittyen?

9 POHDINTA

9.1 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Kysely oli lähetetty 24:lle länsi-alueella työskentelevälle perus-, lähi-, tai sairaanhoitajalle, joista vastasi 14. Tutkimuksen luotettavuutta tukee se, että vastaajia on yli puolet kohderyhmästä. Tutkimuksessa ei ole selvitetty vastaajan ammattinimikettä erikseen, koska en nähnyt olennaiseksi rajata kohderyhmää pelkkiin sairaanhoitajiin, vaan tärkeämpää oli saada käyttökokemuksia mahdollisimman monelta annosjakelupalvelua käyttäneeltä hoitajalta. Koska ammattia ei ole tiedossa, ei myöskään pysty vertailemaan, olisiko lähihoitajien ja sairaanhoitajien vastauksissa ollut eroja.

Kyselyn tuloksissa käy ilmi, että hoitajat ovat tekemisissä koneellisesti annosjaettujen lääkkeiden kanssa pääsääntöisesti päivittäin, 1 - 4 kertaa viikossa tai 1 - 4 kertaa kuukaudessa. Tästä voidaan päätellä, että kaikilla vastanneilla kuitenkin on kokemusta lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta, mikä tekee vastauksista luotettavia. Innasen ja Mielosen (2013), Roposen (2011) sekä Vallin ja Lönnqvistin (2013) tutkimuksissa koneellisen annosjakelun haittapuoliksi oli mainittu joidenkin lääkkeiden sopimattomuus annosjakeluun. Tässä tutkimuksessa puolet vastaajista kertoi jakavansa annosjakeluasiakkaalle koneelliseen annosjakeluun sopimattomia lääkkeitä, esimerkiksi kuurilääkkeitä, harvemmin kuin kerran kuukaudessa.

Useassa eri lähteessä koneellisen annosjakelun hyödyiksi on kerrottu muun muassa ajansäästö. Tutkimuksen vastaajista puolet jakaa lääkkeitä 1 - 4 kertaa viikossa asiakkaalle, joka ei ole annosjakelun asiakas. Kyselyyn vastanneilla hoitajilla lääkedosettien täyttämiseen kahden viikon ajaksi kuluu aikaa 15 minuutista yli 35 minuuttiin, puolella vastaajista tähän kuitenkin kuluu aikaa keskimäärin 20–25 minuuttia. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että hoitajilta pitäisi vapautua aikaa muihin tehtäviin koneellisen annosjakelun myötä. Tässä tutkimuksessa oli annettu Likertin asteikolla olevia useita eri vaihtoehtoja, mihin aikaa on löytynyt lisää koneellisen annosjakelun myötä. Valitettavasti 14 vastaajasta kaikki eivät olleet vastanneet jokaiseen kohtaan, joten se hieman vähentää tulosten luotettavuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) mukaan lääkehoidosta huolehtivan henkilön on tiedettävä, mitä lääkettä annetaan ja miksi, tutkimuksessani selvisi, että lääkkeenjaosta vapautuneen ajan käytöstä asiakkaan lääkitykseen tutustumiseen ennakoon ei osattu ottaa kantaa. Sosterin kotihoiton piiri kattaa alueen Kerimäen rajalta Sulkavan ja Rantasalmen rajalle saakka (Seppänen 2014), mutta myöskään ajankäytöstä välimatkoihin suurin osa ei osannut ottaa kantaa. Omiin taukoihin aikaa ei myöskään ollut käytetty.

Asiakkaan hoiva ja huolenpito, sairaanhoito sekä joissain tapauksissa kodinhoito ovat kotihoiton tehtäviä (Sosteri 2003; Sosteri 2010). Tuloksista voidaan nähdä muutaman vastaajan enemmistöllä aikaa löytyneen enemmän saman asiakkaan tai usean eri asiakkaan sairaanhoidollisiin, perushoidollisiin tai kodinhoidollisiin tehtäviin. Asianmukaiset dokumentoinnit edistävät potilasturvallisuutta ja ovat myös hoitajan oma oikeusturva (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006; Tokola 2009, 10). Kirjaamiseen

ja muihin toimistotöihin tuntui enemmistön mielestä löytyneen lisää aikaa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) mukaan terveydenhuollon ammattilaisen tehtäviin kuuluu potilaan lääkityksen vaikutusten havainnointi ja tarkkailu sekä voinnin seuranta. Muutaman vastaajan enemmistöllä asiakkaan lääkityksen vaikutusten havainnointiin tuntui jääneen enemmän aikaa lääkkeiden koneellisen annosjakelun johdosta.

Laadukkaaseen kotona asumiseen kuuluu myös mielekäs toiminta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Vastaajat olivat enimmäkseen sitä mieltä, että asiakkaiden viriketoimintaan tuntui jääneen enemmän aikaa. Ajankäyttökysymykseen oli myös vapaa tekstikenttä ”johonkin muuhun, mihin?”, johon yksi vastaajista oli kommentoinut ”saman asiakkaan kanssa sosiaaliseen kanssakäymiseen” ja käyttänyt Likertin asteikosta vaihtoehtoa samaa mieltä. Hiltusen ym. (2012) tutkimuksessa annosjakelusta asiakkaan näkökulmasta hoitajien lisääntyneestä ajasta oli tullut eriäviä mielipiteitä. Osan mielestä hoitajilla oli kuitenkin kiire, osa ei ollut kiinnittänyt asiaan huomiota, osan mielestä hoitajilla oli enemmän aikaa asiakkaalle, mutteivät osanneet kertoa kuinka se ilmeni.

Lääkitysturvallisuuden lisääntymisen on mainittu useassa eri lähteessä olevan koneellisen annosjakelun etuna. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä lääkityspoikkeamia seurataan HaiPro-ilmoituksilla. (Seppänen 2014; Kemppanen 2008). Tutkimuksessani selvisi, että kyselyyn vastanneista hoitajista kuusi ei ollut kohdannut ollenkaan lääkityspoikkeamia ennen koneellisen annosjakelun aloittamista. Ennen koneellista annosjakelua vastaan tulleet 15 lääkityspoikkeamaa liittyivät väärään potilaaseen, väärään lääkkeen vahvuuteen, väärään antoaikaan tai -tapaan, tai siihen, ettei potilas ollut saanut tarvittavaa lääkettä ollenkaan. Koneellisen annosjakelun aikana yhdeksän hoitajaa vastanneista ei ole kohdannut lääkityspoikkeamaa ollenkaan. Tämä siis jo omalta osaltaan osoittaa lääkitysturvallisuuden parantumista. Annosjakelun aikana havaitut seitsemän lääkityspoikkeamaa liittyivät samoin väärään lääkeaineeseen, väärään lääkkeenantoaikaan, väärään lääkeaineeseen tai antotapaan sekä siihen, ettei potilas ole saanut lääkettä ollenkaan. Tuloksista voidaan todeta, että lääkityspoikkeamat ovat vähentyneet puolella. Yhtäläisyyksiä poikkeamissa ovat väärä lääkkeen vahvuus, väärä antoaika tai -tapa sekä lääkkeen kokonaan saamattomuus. Tutkimuksessa ei selviä, ovatko poikkeamat olleet dosetteihin jaetuissa lääkkeissä vai koneellisesti annosjaetuissa lääkkeissä. Väärät lääkkeenantoajat ja -

tavat sekä se, ettei tarvittavaa lääkettä saa ollenkaan, ovat suurimmaksi osaksi lääkkeen antajasta riippuvaisia, eivätkä liity koneellisen annosjakelun käyttöön tai sen käyttämättä jättämiseen.

Tutkimukseni tarkoituksena oli myös selvittää, kokevatko kotihoidon hoitajat tarvitsevansa lisää koulutusta annosjakeluun liittyen. Lähes kaikki vastaajista yhtä lukuun ottamatta eivät olleet saaneet koulutusta annosjakelusta. Suurin osa vastaajista oli myös sitä mieltä, etteivät koe tarvitsevansa lisää koulutusta. Muutama hoitajista toivoi lisää koulutusta: ”ylipäätän annosjakelusta, jos sitä suunnitellaan jatkettavaksi ja lisätään”, ”lisää infoa ASIASTA” sekä ”voiko luottaa annosjakeluun, vai pitääkö tarkistaa lääkelistasta”. Tästä päättelen, että vaikka koulutusta ei ole saatu, koneellinen annosjakelu on kuitenkin käytännössä sujunut hyvin, koska enemmistö ei ole toivonut lisää koulutusta.

Tulosten perusteella keskeistä on, että koneellinen annosjakelu vapauttaa hoitajien aikaa 20 – 35 minuuttia muihin tehtäviin. Tämän kyselyn perusteella ne olivat asiakkaiden sairaanhoidolliset, perushoidolliset ja kodinhoidolliset tehtävät sekä kirjaaminen ja muut toimistotyöt.

9.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi syksyllä 2012, jolloin tutustuimme erilaisiin tutkimusmenetelmiin ja tiedonhakuun. Tällöin tein kirjallisuuskatsauksen tutkimukseeni. Opinnäytetyöni aihe tarkentui ja rajaantui kuitenkin kunnolla vasta keväällä 2013. Taustatiedon keruuta tapahtui kevästä 2013 maaliskuuhun 2014 saakka. Tämän vaiheen koin hankalaksi, koska tein työtäni yksin, enkä näin ollen saanut muita mielipiteitä esimerkiksi aineiston rajaamisessa. Myös tiedonetsinnän ja kirjoitustyön jakaminen toisen henkilön kanssa olisi jouduttanut opinnäytetyön etenemistä. Esitin opinnäytetyön suunnitelman 6.3.2014. Aineistonkeruumenetelmänä tutkimukseeni käytin kyselyä, jonka lähetin kohderyhmälle 31.3.14 ja kysely sulkeutui 14.4.14. Aluksi ajattelin, että kahden viikon vastausaika olisi hyvä, jotta mahdollisimman moni kohderyhmästä ehtisi vastata kyselyyn. Myöhemmin kuitenkin tulin siihen tulokseen, että kyselyaikaa olisi riittänyt yksi viikko, koska kaikki 24:stä kyselyn saaneesta 14 vastanneista olivat vastanneet ensimmäisen viikon aikana. Tämä lyhyempi vastausaika olisi jouduttanut muuta prosessin etenemistä. Koen saaneeni

tutkimuskysymyksiini vastauksia ja uskon, että Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotihoidon yksikkö voi tutkimukseni tuloksia hyödyntää toimintansa kehittämiseen.

9.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksen aiheiksi esittäisin saman tyylisen tutkimuksen kotihoidon asiakkaan näkökulmasta, miten hoitajan lääkkeenjaosta vapautunut aika ilmenee asiakkaan kokemana. Voisi myös tutkia hoitajien mielipiteitä esimerkiksi laadullisena tutkimuksena haastatteluna, mihin heidän mielestään ihan oikeasti työpäivän aikana tunnit kuluu.

LÄHTEET

Aaltola, Juhani & Valli, Raine 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: WS Bookwell Oy.

Annosjakelupalvelu 2013. Pharmac Oy. WWW-dokumentti.
<http://www.pharmac.fi/fi/annosjakelupalvelu/edut-kunnille-hoitokodeille-ja-kotihoidolle/>. Ei päivitystietoja. Luettu 17.8.2013.

Anttila, Kyllikki, Kaila-Mattila, Tuulikki, Kan, Suvi, Puska, Eeva-Liisa & Vihunen, Riitta 2007. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.

Fimea 2013. Iäkkäiden lääkityksen tietokanta. WWW-dokumentti.
http://www.fimea.fi/laaketieto/laakehoitojen_arviointi/iakkaiden_laakityksen_tietokanta. Ei päivitystietoja. Luettu 14.11.2013.

Hiltunen, Mari, Kananen, Saana & Ovaskainen, Virpi 2012. Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Savonia - ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-julkaisu.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/39066/Kananen_Saana.pdf?sequence=1. Luettu 17.8.2013.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2012. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino oy.

Hospira 2014. Potilasturvallisuus. WWW-dokumentti.
<http://www.hospira.fi/finnish/patientsafety.aspx>. Ei päivitystietoja. Luettu 10.2.2014.

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2010. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Innanen, Marjo & Mielonen, Tiina 2013. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Liiketalouden koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-julkaisu.
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56643/Opinaytetyo.pdf?sequence=1>. Luettu 17.8.2013.

Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampereen yliopistopaino oy.

Kemppanen, Kirsti 2008. Sosterin kotihoito. Lääkehoitosuunnitelma. Päivitetty 23.1.2013. Tarja Seppäsen sähköpostin 14.1.14 liitetiedosto.

Kemppanen, Kirsti 2.5.2013. Yksiportainen hoitomalli. Alustava suunnitelma kotihoito -osion kehittämiskohteista. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Tarja Seppäsen sähköpostin 14.1.14 liitetiedosto.

Kliinisen Farmasian Seura Ry. Turvallinen lääkehoito – lääketurvallisuus ja lääkitysturvallisuus. WWW-dokumentti.
<http://www.kliinisenfarmasianseura.fi/index.php?pinc=10>. Ei päivitystietoja. Luettu 13.9.13.

Laine, Kari 2005. Lääkkeiden yhteisvaikutukset. Tampere: Tammi.

Lääketeollisuus ry 2010. Lääkitysturvallisuus ja inhimillinen tekijä – lääkehoidon onnistumisen ratkaisijat. WWW-dokumentti.

http://www.laaketeollisuus.fi/etusivu/toimiala/laakkeiden_kaytto/laakitysturvallisuus. Päivitetty 2010. Luettu 14.11.2013.

Mustajoki, Marianne, Alila, Anja, Matilainen, Elina & Rasimus, Mirja 2012. Sairaanhoidajan käsikirja 2010. Helsinki: Duodecim.

Pharma Service 2013. Pharma Service Oy. WWW-dokumentti.

<http://www.pharmaservice.fi/apteekit>. Päivitetty 2013. Luettu 17.8.2013.

Ritmala-Castrén, Marita 2009. Lääkehuollon suuret muutokset. Sairaanhoidajaliitto. WWW-dokumentti.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/5_2009/teema_potilasturvallisuus/laakehuollon_suuret_muutokset/. Päivitetty 2009. Luettu 16.11.2013.

Roponen, Satu 2011. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu Kotkan kaupungin kotihoidon sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemana. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-julkaisu.

<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38315/opinnenayte.pdf?sequence=1>. Luettu 17.8.2013.

Sairaanhoitajaliitto 2009. Sairaanhoitajat laadukkaan lääkehoidon turvaajina. PDF-dokumentti.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/8432773/Esite_Sairaanhoitajat+laadukkaan+%C3%A4%C3%A4kehoidon+turvaajina.pdf. Päivitetty 12.5.2009. Luettu 14.11.2013.

Seppänen, Tarja 2014. Sähköpostiviesti 14.1.2014. Kotihoidon esimies. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. PDF-dokumentti.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf. Päivitetty 2006. Luettu 17.8.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Avohuollon apteekkitoiminnan kehittämistarpeet. PDF-dokumentti.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-15318.pdf. Päivitetty 2011. Luettu 17.8.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Kuntien järjestämä lääkejakelu. WWW-

dokumentti. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1864826#fi>. Päivitetty 2.10.2013. Luettu 29.1.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus tukee ikääntyneiden hyvinvoinnin ja palvelujen parantamista. WWW-dokumentti. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1860540>. Päivitetty 17.7.2013. Luettu 20.2.14.

Sosteri 2003. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Kotihoito. WWW-dokumentti. <http://www.isshp.fi/index.asp>. Päivitetty 2003. Luettu 19.8.2013.

Sosteri 2010. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Kotihoidon saamisen perusteet. PDF-dokumentti. <http://www.isshp.fi/index.asp>. Päivitetty 26.2.2010. Luettu 19.8.2013.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. PDF-dokumentti. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>. Päivitetty 2006. Luettu 13.9.13.

Suominen, Risto 2011. Potilasturvallisuus lääkkeiden koneellisessa annosjakelussa. PDF-dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/16e9768b-f0a6-4792-821f-1ba82e000b30>. Päivitetty 9.9.2011. Luettu 17.8.2013.

Tokola, Eeva 2009. Lääkehoito kotona – opas lähihoitajille. Sastamala: Tammi.

Valli, Anne-Mari & Lönnqvist Heidi 2013. Hoitohenkilökunnan kokemuksia lääkkeiden koneellisen annosjakelun käytöstä ja lääkitysturvallisuuden toteutumisesta palveluasumisen yksiköissä. Laurea -ammattikorkeakoulu, Porvoo. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäyteyö. WWW-julkaisu. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/60253/Lonnqvist_Heidi.pdf?sequence=1. Luettu 17.8.2013.

Vitikka, Sari, Simonen, Pirjo, Tolkinen, Tuula, Marttala, Pirjo, Kaattari, Anne, Väisänen, Ritva & Syrjäpalo, Kyllikki 2011. Koneellisen lääkkeenjaon selvitystyön raportti 2011. PDF-dokumentti. <http://www.oulunkaari.org/iinseutu/kokous/2012356-10-597.PDF>. Päivitetty 2011. Luettu 17.8.2013.

Yliopiston apteekki 2013. Lääkejakeluun tehokkuutta ja turvallisuutta. PDF-dokumentti. http://www.yliopistonapteekki.fi/fi/yritystiedot/yritysassiakkaat/annosjakelu/Documents/Annosjakelu_organisaatio.pdf. Ei päivitystietoja. Luettu 17.8.2013.

Yliopiston apteekki 2013. Uudenlainen lääkkeiden annosjakelu alkaa Suomessa. WWW-dokumentti. http://www.yliopistonapteekki.fi/fi/yritystiedot/media/tiedotteetjauutiset/Pages/Uudenlainen_1%C3%A4%C3%A4kkeiden_annosjakelu_alkaa_Suomessa.aspx. Päivitetty 7.3.2013. Luettu 17.8.2013.

Yliopiston apteekki 6.6.2013. Annosjakelupalvelun aloittaminen. Powerpoint- esitys. Tarja Seppäsen sähköpostin 14.1.14 liitetiedosto.

Yritys ja yhteistyö 2013. Pharmac Oy. WWW-dokumentti. <http://www.pharmac.fi/fi/yritys-ja-yhteistyö/>. Eipäivitystietoja. Luettu 17.8.2013.

Lääkkeiden koneellinen annosjakelu kotihoidossa

Arvoisa kotihoidon hoitaja

Opiskelen Mikkelin ammattikorkeakoulussa Savonlinnassa sairaanhoitajaksi, tavoitteenani valmistua toukokuussa 2104. Teen opinnäytetyökseni tutkimusta kotisairaanhoitajien kokemuksista lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta Itä-Savon sairaanhoitopiirissä.

Opinnäytetyössäni useissa lähteissä on mainittu lääkkeiden koneellisen annosjakelun vapauttavan hoitajien aikaa muihin tehtäviin sekä vähentävän lääkityspoikkeamia. Tutkimukseni tarkoituksena ja tavoitteena on tuoda tietoa Sosterin kotihoidon yksikölle, mihin lääkkeenjaosta vapautunut aika käytetään sekä onko lääkityspoikkeamissa tapahtunut muutoksia annosjakelun myötä. Selvitän myös, kokevatko hoitajat tarvitsevansa lisäkoulutusta annosjakelusta. Kotihoidon yksikkö voi hyödyntää kerättyä tietoa toimintansa kehittämiseen.

Kerään aineistoa kyselylomakkeella. Aineistoa käytetään tähän opinnäytetyöhön, jonka jälkeen se hävitetään. Parhaan mahdollisen tutkimushyödyn saamiseksi juuri Sinun vastauksesi on tärkeä, joten ole ystävällinen ja vastaa kysymyksiin ajatuksen kanssa sekä muista lopuksi myös lähettää vastaukset. Kyselyyn vastataan nimettömänä eikä vastauksia pysty yhdistämään kehenkään tiettyyn henkilöön. Vastaaminen vie aikaa noin kymmenen minuuttia. Kyselylinkki on avoinna 14.4.14 klo 24 saakka, joten vastaathan ennen sitä.

Lämpimät kiitokset osallistumisesta!

Terveisin:

Anni Utriainen
sairaanhoitajaopiskelija
Mikkelin ammattikorkeakoulu, Savonlinna

1. Kuinka usein työssäsi olet tekemisissä koneellisesti annosjaettujen lääkkeiden kanssa?
 - Joka päivä
 - 1-4 kertaa viikossa
 - 1-4 kertaa kuukaudessa
 - Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 - En ollenkaan

2. Kuinka usein työssäsi annostelet sellaisen asiakkaan lääkkeitä dosettiin, joka ei ole annosjakelun asiakas?
 - Joka päivä
 - 1-4 kertaa viikossa
 - 1-4 kertaa kuukaudessa
 - Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 - En ollenkaan

3. Kuinka usein työssäsi annostelet annosjakeluasiakkaalle annosjakeluun sopimattomia lääkkeitä, esim. kuurilääkkeet?
 - Joka päivä
 - 1-4 kertaa viikossa
 - 1-4 kertaa kuukaudessa
 - Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 - En ollenkaan

4. Jos jaat yhdelle asiakkaalle lääkkeet dosettiin kahdeksi viikoksi ilman annosjakelua, siihen kuluu aikaa keskimäärin:
 - Alle 15min
 - 15-20min
 - 20-25min
 - 25-30min
 - 30-35min
 - Yli 35min

Vastaa mielestäsi sopivin vaihtoehto. 1 = täysin eri mieltä 2 = eri mieltä 3 = en osaa sanoa 4 = samaa mieltä 5 = täysin samaa mieltä

5. Mihin mielestäsi on löytynyt enemmän aikaa annosjakelun myötä:
 - Saman asiakkaan sairaanhoidollisiin tehtäviin, esim. haavanhoito
 - Saman asiakkaan perushoidollisiin tehtäviin, esim. peseytyminen
 - Saman asiakkaan kodinhoidollisiin tehtäviin, esim. pieni siistiminen
 - Saman asiakkaan viriketoimintaan, esim. ulkoilu
 - Saman asiakkaan lääkitykseen tutustumiseen ennakkoon
 - Saman asiakkaan lääkityksen vaikutusten havainnointiin ja haastatteluun

- Usealle eri asiakkaalle perus- ja sairaanhoitoon
- Usealle eri asiakkaalle viriketoimintaan
- Usealle eri asiakkaalle kodinhoitoon
- Välimatkoihin
- Kirjaamiseen ja muihin toimistotöihin
- Omiin taukoihin
- Johonkin muuhun, mihin?

Vastaa mielestäsi sopivimmat vaihtoehdot, voit valita useampia.

6. ENNEN ANNOSJAKELUN ALOITTAMISTA työssäsi on tullut vastaan seuraavanlaisia lääkityspoikkeamia:
- Potilas on saanut tai on ollut lähellä saada toiselle potilaalle tarkoitetun lääkkeen
 - Potilas on saanut tai on ollut lähellä saada väärän vahvuista lääkettä, esim. 100mg sijaan 1000mg
 - Potilas on saanut tai on ollut lähellä saada lääkettä väärässä muodossa, esim. poretabletin sijaan tabletti
 - Potilas on saanut tai on ollut lähellä saada oikean lääkkeen mutta väärään aikaan, esim. aamulääkkeen illalla
 - Potilas on saanut tai on ollut lähellä saada väärää lääkeainetta, esim. jotain lääkettä joka ei ole potilaalla käytössä
 - Lääkkeen antoreitti on ollut tai meinasi olla väärä, esim. ihon alle annettava lääke on annettu lihakseen
 - Lääkkeen antotapa on ollut tai meinasi olla väärä, esim. kapseli on jauhettu
 - Potilas ei ole saanut tarvittavaa lääkettä ollenkaan
 - Ei mitään näistä
 - Joku muu, mikä
7. ANNOSJAKELUN AIKANA työssäsi on tullut vastaan seuraavanlaisia lääkityspoikkeamia:
- Potilas on saanut tai on ollut lähellä saada toiselle potilaalle tarkoitetun lääkkeen
 - Potilas on saanut tai on ollut lähellä saada väärän vahvuista lääkettä, esim. 100mg sijaan 1000mg
 - Potilas on saanut tai on ollut lähellä saada lääkettä väärässä muodossa, esim. poretabletin sijaan tabletti
 - Potilas on saanut tai on ollut lähellä saada oikean lääkkeen mutta väärään aikaan, esim. aamulääkkeen illalla
 - Potilas on saanut tai on ollut lähellä saada väärää lääkeainetta, esim. jotain lääkettä joka ei ole potilaalla käytössä
 - Lääkkeen antoreitti on ollut tai meinasi olla väärä, esim. ihon alle annettava lääke on annettu lihakseen
 - Lääkkeen antotapa on ollut tai meinasi olla väärä, esim. kapseli on jauhettu
 - Potilas ei ole saanut tarvittavaa lääkettä ollenkaan
 - Ei mitään näistä
 - Joku muu, mikä

LIITE 1(4).
Kyselylomake

8. Oletko saanut koulutusta lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun liittyen

- Ei
- Kyllä

9. Toivotko saavasi lisää koulutusta lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun liittyen

- Ei
- Kyllä, aiheesta