



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA LÄÄKKEIDEN KONEELLISESTA ANNOSJAKELUSTA KOTIHOIDOSSA

Meri Rujala

Sini Virtanen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajien monimuotokoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

RUJALA MERI & VIRTANEN SINI
Sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta kotihoidossa

Opinnäytetyö 49 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Huhtikuu 2018

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta kotihoidossa. Työ toteutettiin kahdessa erillisessä kotihoidon yksikössä Pirkanmaan alueella. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta kotihoidossa sekä kuinka lääkkeiden koneellinen annosjakelu on vaikuttanut lääkehoidon turvallisuuteen ja haittatahtumien kirjauksiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kotihoidon lääkehoidon turvallisuutta sekä löytää samalla uusia kehittämistä ja koulutustarpeita.

Opinnäytetyön tulosten mukaan lääkehoidon turvallisuutta sairaanhoitajien kokemusten mukaan lisäsivät hyvä yhteistyö sekä ajantasainen tiedonkulku kaikkien asiakkaan hoitotyöhön osallistuvien kesken. Tärkeimmiksi kohteiksi nousivat kotihoidon yhteistyö apteekin sekä asiakkaita kotiuttavan tahon lääkärin kanssa. Haittatapahtumien perusteella kehittämistarpeeksi koettiin annosjakelun ulkopuolinen lääkitys sekä lääkeannosten tarkastaminen asiakasta koskevien kirjausten mukaiseksi. Myös kotihoidon muun henkilöstön kouluttamisen lisääminen lääketunnistukseen sekä lääkesovelluksen asennus kotihoidon työpuhelimiiin koettiin asiaksi joka parantaisi lääkehoidon turvallisuutta sekä vähentäisi sairaanhoitajien kuormitusta.

Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon lääkehoidon turvallisuutta kehitettäessä sekä määriteltäessä lääkehoidon toteutumisen ongelmiakohtia. Myös henkilöstön koulutustarvetta pohdittaessa tulokset antavat selkeästi suuntaa. Lääkehoidon turvallisuuden toteutumiseksi olisi tärkeää hyvä yhteistyö kaikkien asiakkaan lääkehoitoon osallistuvien tahojen kesken. Haittatapahtumien säännöllinen ajantasainen käsittely kotihoitoyksiköiden sisäisissä palavereissa lisäisi myös lääkehoidon turvallisuutta.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

RUJALA MERI & VIRTANEN SINI
Nurses' Experiences of Automated Dose Dispensing (ADD) of Medicine in Home Care

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 5 pages
April 2018

The aim of the study was to investigate nurses' experiences of automated dose dispensing (ADD) of medicine in home care, and its impact on the safety of pharmacotherapy and adverse event reporting. The purpose of the study was to gather information from nurses regarding the manual delivery of medicines and the ADD of medicines in home care, in order to improve the safety of pharmacotherapy, and identify training and development needs.

The study was conducted at two separate home care units in the Pirkanmaa region. This study revealed that close cooperation and proactive communication between key stakeholders involved in the care delivery (home care units, pharmacies, and medical staff responsible for discharging patients) have a positive impact on the safety of pharmacotherapy. Nurses suggested that the adverse event reporting process could be improved by holding regular meetings to review adverse event reports, and accessing patient records to ensure the proper administration of medicine.

Furthermore, providing additional training in medicine administration, and adoption and utilisation of health apps could reduce nurses' workload and improve the safety of pharmacotherapy. In conclusion, by improving communication between those involved in patient pharmacotherapy administration and adverse event reporting, the safety of drug treatments in home care may be improved. The results of this study may be used to increase the safety and identify issues in pharmacotherapy in home care.

Key words: home care, dosing, adverse events, medication safety

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa.....	9
	3.2 Lääkkeiden koneellinen annosjakelu	10
	3.3 Kotihoito Suomessa	13
	3.4 HaiPro – haittailmoitukset	18
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	20
	4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä	20
	4.2 Aineiston keruu	20
	4.3 Aineiston analysointi	21
5	TULOKSET.....	23
	5.1 Lääkehoito kotihoidossa	23
	5.2 Koneellinen annosjakelu.....	25
	5.3 Lääkehoidon turvallisuus	28
	5.4 HaiPro-haittailmoitusten teko ja muutokset kotihoidossa	31
	5.5 Annosjakelun vaikutus HaiPro ilmoituksiin tutkittavan kotihoidon yksikössä.....	33
	6 POHDINTA.....	35
	6.1 Tulosten tarkastelu.....	35
	6.2 Eetisyyden ja luotettavuuden tarkastelu	37
	6.3 Kehittämisehdotukset	38
	6.4 Opinnäytetyön prosessi.....	39
	LIITTEET.....	45
	Liite 1: Tiedote.....	45
	Liite 2: Suostumus.....	46
	Liite 3: Teemahaastattelurunko	47
	Liite 4. Sisällönanalyysi.....	48

1 JOHDANTO

Anja, koneellinen annosjakelupalvelu on käytössä lähes 300 apteekista Suomessa. Palvelun käyttäjiä ovat yksityiset henkilöt, kotisairaanhoido sekä palveluasuntojen asiakkaat. Vuonna 2016 annosjakelun piirissä oli yli 45 000 potilasta ja Anja-annosjakelupusseja tehtiin 25 miljoonaa kappaletta. (Anja 2017). Markkinoilla on myös toinen koneellista annosjakelua tuottavia apteekkiyritys, joka tarjoaa palvelua Oma-annospalvelu nimellä. Molempien lääkepussien tuottajien annosrullat sopivat Evondos- tuotemerkin lääkerobottiin (Evondos 2017).

Lääkkeiden koneellinen annosjakelu on kokonaisvaltainen apteekkien tarjoama lääkehoito palvelu asiakkailleen. Lääkepussit käyvät läpi useita tarkastusprosesseja sekä annosjakeluyksiköissä että apteekeissa. Koneellinen lääkehoito on erityisesti vanhuksille suunnattu palvelu, jonka tarkoituksena on edistää lääkkeiden oikeaa ja tarkoituksenmukaista käyttöä, vähentää lääkehoidon kustannuksia sekä ehkäistä lääkityspoikkeamia. (Valtioneuvosto 2017.)

Koneellisessa lääkehoidossa lääkkeet jaetaan suoraan päiväkohtaisiin lääkeannospusseihin. Asiakas voi itse ottaa lääkkeet tai hoitaja voi käydä antamassa ne. Asiakkaan kotiin voidaan myös sijoittaa lääkeannostelurobotti, joka ilmoittaa joko äänimerkillä tai puheella asiakkaalle, kun on aika ottaa lääkitys. Koneellinen annosjakelu vapauttaa hoitajan aikaa muun muassa varsinaiseen hoitotyöhön. (Anja 2017.)

Lahden kaupungin teettämässä kotihoidon hoitajien työaikaa käsittävässä tutkimuksessa vuonna 2011 todettiin hoitajien lääkkeiden käsittelytehtäviin kuluneen työajan vähentyneen noin 17,5% . Tutkimus osoitti myös lääkevirheiden vähentyneen sekä potilasturvallisuuden parantuneen. Hankaluutta aiheutti joidenkin lääkkeiden sopimattomuus annosjakeluun sekä lääkemuutosten ja lääkkeiden tunnistamisen vaikeus. (Vitikka 2011.)

Pohjoismaista vuonna 2013 tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin annosjakeluun siirtymisen vaikutuksia muun muassa perusterveydenhuollon ja Kotihoidon välisiin asiakkaiden-

lääkitysten epäselvyyksiin. Vertailussa olivat Norja, Ruotsi, Suomi ja Tanska. Tutkimuksessa todettiin esimerkiksi Norjassa annosjakelun käyttöönoton jälkeen perusterveydenhuollon ja Kotihoidon välisten lääkehoidon poikkeamien vähentyneen 34 %. (Sinnemäki, Sihvo, Isojärvi, Blom, Airaksinen & Mäntylä 2013.)

Lääkkeiden koneellisen annosjakelun vaikutusta kotihoidon työntekijöiden ajankäyttöön on tutkittu viime vuosina. Itä-Suomen yliopiston asiantuntijaproviisori Saija Leikolan johtamassa tutkimuksessa todettiin lääkkeiden koneellisen annosjakelun muun muassa vapauttaneen kotihoidon työntekijöiden työaika enemmän hoitotyöhön. Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä, johon vastasi 1108 lähi- ja perushoitajaa sekä 245 sairaanhoitajaa. Vastanneista yli 85 % kokee koneellisen lääkejakelun helpottavan työtään ja 80 %:n mielestä se vapauttaa aikaa hoitotyöhön. Hoitotyöhön tarvitaan tulevaisuudessa yhä enenemässä määrin resursseja ja varsinkin asiakkaiden kotona tehtävään hoitotyöhön. Vanhainkoteja suljetaan ja uusia iäkkäiden asumispalveluyksiköitä avataan. Paine kotihoitoa kohtaan kasvaa ja kotihoidon on pystyttävä vastaamaan haasteeseen. (Leikola 2016.)

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia koneellisesta annosjake-
lusta kahdessa Tampereen kaupungin kotihoiton yksikössä sekä palvelun toimivuudesta
henkilökunnan näkökulmasta sekä lääketurvallisuuden toteutumisesta kotihoidossa.

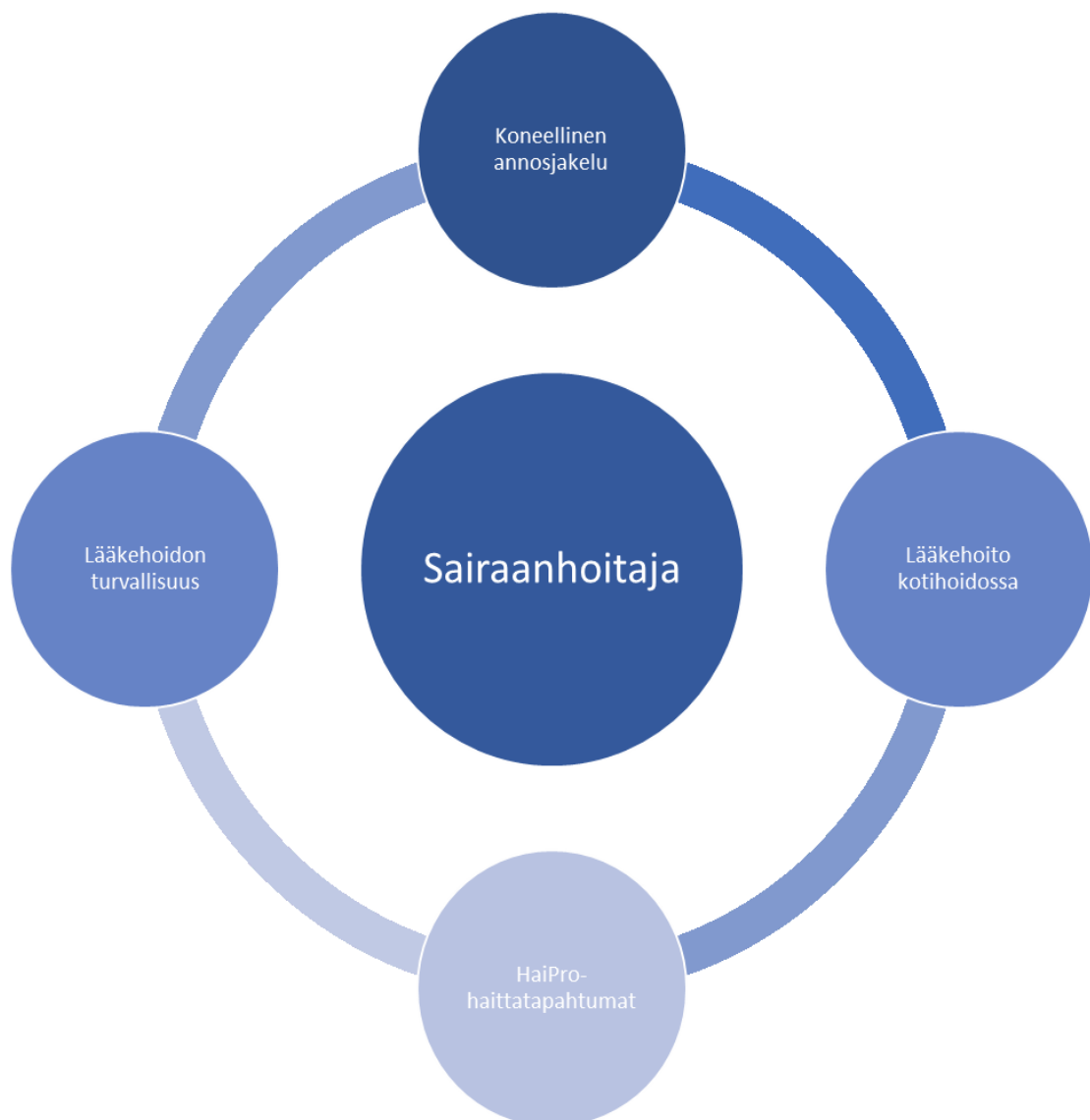
Opinnäytetyömme tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on koneellisesta annosjake-
lusta?
2. Miten kotihoiton asiakkaiden lääketurvallisuus toteutuu koneellisessa annosjake-
lussa?
3. Miten koneellinen annosjakelu on muuttanut haittatapahtumien kirjauksia?

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kotihoiton lää-
kehoidon turvallisuutta sekä omaksua uusia kehittämis- ja koulutustarpeita. Tutkimuk-
sesta saatua tietoa voidaan hyödyntää muun muassa kotihoiton asiakastyössä paranta-
malla lääketurvallisuutta sekä hoitajien ajankäytön suunnittelua asiakkaan luona. HaiPro-
vaaratapahtuma ilmoitusten käsittelyssä ilmeneviin lääkehoidon ongelmakohtiin tutki-
mus toisi uusia ratkaisumalleja.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme teoreettiset lähtökohdat ovat, lääkehoito kotihoidossa, koneellinen annosjakelu, lääkehoidon turvallisuus sekä HaiPro – haittapahtumat. Nämä käsitteet muodostavat alla olevan kaavion, josta ilmenee pohja teoriaosuudelle.



KUVA 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa

Kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä on oltava toimiva lääkehoitosuunnitelma, jolla parannetaan lääkehoidon turvallisuutta kyseisessä toimipaikassa. Lääkehoidon turvallisuutta säätelee asetus. (Finlex 1088/2010, 25 §.) Asetusta noudattamalla voidaan saavuttaa paras mahdollinen lopputulos, lääkkeiden turvallisessa käytössä ja käsittelyssä.

Kaikkien lääkehoitoa toteuttavien sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden tulee tehdä lääkehoitosuunnitelma osana lakisääteistä laatu ja potilasturvallisuussuunnitelmaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Lääkehoitosuunnitelma on työyksikkökohtainen ja sen laatimisesta vastaa yksikön esimies. Suunnitelman tarkoituksena on määrittää ja huomioida tarvittava henkilöstön määrä, yksikön lääkehoidon erityispiirteet ja riskit sekä samalla sen tulee olla linjassa Sosiaali – ja terveydenhuollon toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman kanssa. (Julkari 2017.)

Aluehallintovirasto AVI, ohjaa ja valvoo hyvän lääkehoidon toteuttamista sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa ja sosiaalihuollon hoivapaikoissa (Aluehallintovirasto 2018). Lähinnä asiakasta lääkehoitoa toteuttavat lääkehoidon koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt, joilla on myös lääkehoidon toteuttamisen kokonaisvastuu. Terveydenhuoltoyksiköiden esimiehillä on vastuu lääkehoidon toteuttamisesta lääkehoitosuunnitelman mukaan. Sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikön johto puolestaan vastaa lääkehoitosuunnitelman laatimisesta, toteuttamisesta ja seuraamisesta. (Aluehallintovirasto 2017.)

Aluehallintovirasto AVI suoritti vuonna 2010 kuntakyselyn. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa kuntien lääkehoitosuunnitelmien ajantasaisuus sekä määritellä lääkehoidon vastuut. Myös työntekijöiden lääkehoidon osaaminen sekä hoitajien omat kokemukset lääkehoidon toteuttamisesta hoivayksiköissään selvitettiin tutkimuksessa. Vajaa kolmannes työntekijöistä kertoi kunnan varmistavan asumis- ja hoivayksikön lääkehoitosuunnitelman, 69 prosenttia ei tiennyt miten kunnassa menetellään. Suurin osa, noin 88 prosenttia vastaajista ilmoitti, että lääkehoidon toteuttamistapa kuuluu henkilökunnan täydennyskoulutussuunnitelmaan. Yli kymmenesosa vastaajista ilmoitti, että suunnitelma ei kuitenkaan toteudu. (Aluehallintovirasto 2017.)

Tutkimus osoitti, että kuntien lääkehoitoon osallistuvista työntekijöistä noin 54 prosenttia eivät olleet terveydenhuollon ammattihenkilöitä, vaan heillä oli sosiaalihuollon ammatillinen tutkinto. Toiseksi eniten oli ilman ammatillista koulutusta lääkehoidon tehtäviä tekevät työntekijät. Lääkkeiden annosjakelu koettiin kunnissa kuitenkin toimivaksi ratkaisuksi. Annosjakelun todettiin lisäävän lääkehoidon turvallisuutta sekä säästävän hoitajien työaika. Annosjakelun koettiin myös heikentävän hoitajien lääkehoidon osaamista sekä vaikeuttavan lääkkeiden tunnistamista. Asiakkaan annosjakeluun tehtävien lääkemutosten koettiin lisäävän hoitajien työ määrää.. (Aluehallintovirasto 2018.)

3.2 Lääkkeiden koneellinen annosjakelu

Koneellinen annosjakelu Anja on apteekkien tarjoama palvelu, jossa apteekki toimittaa lääketabletit ja kapselit kerta-annospusseissa asiakkaalle. Pussista käy ilmi asiakkaan nimi, päivämäärä, annosteluohje, lääkkeen nimi sekä lääkkeen ottoaika. Näin vähennetään mahdollisia päällekkäisiä lääkityksiä sekä haitallisia lääkeyhdistelmiä. Annosjakelun piirissä olevat asiakkaat maksavat vain toimitetuista lääkkeistä. Lääkkeet jaellaan paketista, jossa tabletin tai kapselin yksikköhinta on edullisin. (Anja 2017.)

Annosjakelun tarkoituksena on vapauttaa kotihoidon työntekijöiden aikaa muihin tehtäviin, saada aikaan kustannussäästöjä sekä pienentää lääkehävikin määrää lääkemutosten yhteydessä. Saadut säästöt koskettavat yhteiskunnallisesti kaikkia, sillä lääkehoitojen taloudelliset kustannukset tulisivat vanhusten lisäksi yhteiskunnan maksettaviksi. (Viikilä & Janna 2009.) Koneellisen lääkejake-lun käyttö vaihtelee paljon alueittain. Kainuussa kaikki, mutta Varsinais-Suomessa vasta viidennes ja Satakunnassa 40 prosenttia kotihoidon asiakkaista saa palvelunsa toimintayksiköstä, jossa annosjakelu on ainakin osalla asiakkaista koneellista (Julkari 2017).

Suomessa on tällä hetkellä neljä yritystä, jotka tuottavat lääkkeiden koneellista annosjakelua. Haastattelimme näistä suurimman toimittajan PharmaService Oy:n laatu – ja tuotantojohtaja Outi Honkasta. Hänen mukaansa Suomessa oli annosjakeluasiakkaita vuonna 2017 noin 45 000, joista PharmaService Oy tuotti lääkityksen noin 20 000 asiakkaalle. Lääkepussina PharmaService Oy toimitti viime vuonna noin 25 miljoonaa pussia, joka lääkerulliksi muutettuna oli noin 550 000 kappaletta. Virheprosentti on rullien osalta

0,004% luokkaa, mikä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että niissä tapauksissa lääke olisi jaettu väärin. Yleisin esiintyvä virhe on lääkkeen rikkoutuminen, mikä on syynä noin 90% tapauksissa. Lääke on useimmiten ollut jo valmiiksi rikki, sillä annostelijakone ei Honkasen mukaan voi rikkoa lääkettä. (Honkanen 2017.)

PharmaService Oy on alkujaan Suomen apteekkariliiton vuonna 2001 perustama yritys, jonka ensimmäiset avopalveluasiakkaat aloittivat palvelun vuonna 2002. Yritys on saanut alkunsa hoitajien sekä apteekkihenkilökunnan tarpeesta vähentää käsin tapahtuvaa lääkkeiden jakoa. Koneellinen annosjakelu lisää lääketurvallisuutta sekä poistaa inhimillisen lääkejakovirheen mahdollisuuden. (Honkanen 2017.)

Apteekeissa kaksi eniten annosjakeluun virhetapahtumia lisäävää tapahtumaa automatisoituun annosjakeluun liittyneessä raportointimenetelmä-tutkimuksessa, olivat reseptien syöttö apteekin järjestelmään sekä annospussien koneellinen täyttö. Välitön seuraus näistä virhetapahtumista oli luonnollisesti asiakkaan virheellinen lääkehoito. Tutkimus suoritettiin Alankomaissa yhden vuoden aikana, tammikuusta 2012 helmikuuhun 2013. Osallisina laajaan tutkimukseen olivat 1997 apteekkia ja 93 sairaalaa. (Cheung, Van den Bemt, Bouvy, Wensing & De Smet 2014.)

Evondos lääkerobotti

Lääkepussirullia varten on olemassa myös asiakkaan kotiin toimitettava lääkeannostelijarobotti (Kuva 2). Robotti annostelee lääkepussin asiakkaalle määrättyyn aikaan. Laite ilmoittaa vilkkuvalla valolla ja puheella, milloin on aika ottaa lääkeannos. Jos asiakas ei ota lääkepussia tietyn ajan kuluessa, pussia ei ole enää mahdollista saada ulos ja laite ilmoittaa samalla kotihoitoon, että lääke on jäänyt ottamatta. Lääkerobotin avulla on kyetty vähentämään hoitajien tekemiä lääkkeenantokäyntejä, asiakkaan turvallisuutta vaarantamatta. (Evondos 2017.)



KUVA 2. Evondos lääkerobotti

Evondos-lääkeannostelurobotin toiminta perustuu lääkkeiden koneelliseen annosjakelupalveluun. Robotti käyttää internetyhteyttä tiedonsiirtoon hoitajan käyttämän etähoitojärjestelmän kautta. Hoitaja noutaa lääkkeet apteekista ja lataa lääkeannostelurobotin säännöllisesti asiakkaan kotona. Lääkeautomaatti varmistaa lääkkeiden virheettömän annostelun asiakkaalle ja tarvittaessa informoi hoitajaa etähoitojärjestelmän kautta. (Evondos 2017.)

Fixu- annosjakeludosetti

Annosjakelumarkkinoille on lanseerattu uusi, myöskin kotona asuville säännöllistä lääkehoitoa tarvitseville asiakkaille suunnattu dosettimuotoinen annosjakeluvaihtoehto (Kuva 3).

Lääkkeet on pakattu läpipainomuoviliuskaan, johon on merkitty viikonpäivät otettavien lääkkeiden kohdalle. Muoviliuskassa on viikon lääkkeet. Jos asiakkaalla on heikot käsi-voimat, eikä hän siksi kykene poistamaan lääkkeitä liuskasta, on tarkoitukseen saatavissa oma työkalunsa. NewIcon-annosjakelu soveltuu kaikenkokoisiin lääkemääriin ja kertakäyttöiset annospakkaukset ovat täysin kierrätettävää materiaalia. (NewIcon 2018.)



KUVA 3. Fixu-lääkeannostelija

3.3 Kotihoito Suomessa

Sosiaali- ja terveydenhuoltolait määrittelevät maamme kuntien vanhuspalvelujen tarjonnan (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, terveydenhuoltolaki 1326/2010). Kotihoito on yhdistelmä lain edellyttämää kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa, johon ikääntyvillä on oikeus tiettyjen kriteerien täytyessä. Kotiin tuotavia palveluja voivat saada ikääntyneiden lisäksi, vammaiset ja sairaat sekä henkilöt, jotka muista syistä alentuneen toimintakykynsä vuoksi tarvitsevat apua arjen askareihin. Lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi on lapsiperheilläkin oikeus saada kotihoidon palveluja välttämättömään tarpeeseen. Kotihoidon palveluja voi tarvittaessa saada esimerkiksi sairauden, vamman, uupumuksen tai muun erityisen perhetilanteen vuoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Kotihoito tarjoaa useita eri palveluita kotona asuville iäkkäille henkilöille ja tukee näin kotona asumista. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut muun muassa ”Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Kotihoidon kriisi

Vanhustenhoito on siirtynyt viime vuosina koko ajan enemmän kotihoitopainotteiseksi, vanhainkoteja on muutettu tuetuksi palveluasumiseksi samalla paikkamääriä pienentäen. (Martiskainen 2015). Sosiaali- ja terveysministeriön tekemässä suunnitelmassa vuodelle 2019 onkin tavoitteena lisätä yhä edelleen iäkkäiden kotona asumista, koska paine kotihoidon uudistamiselle on suuri (Valvira 2018).

Pohjoismaista teetetyssä vanhustyön tutkimuksessa ”Hoivatyö muutoksessa- Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa” peilataan Suomen hoivatyön tilaa muiden pohjoismaiden tilanteeseen. Kyselyt on toteutettu vuosina 2005 ja 2015. Tutkimuksen mukaan suomalaisen kotihoidon työpaine ja laatuongelmat ovat Pohjoismaiden korkeimmalla tasolla. Huolestuttavimpana muutoksena todetaan väkivallan ja muun häirinnän lisääntyneen viime vuosina jyrkästi suomalaisessa hoivatyössä. Muutos koskee sekä koti- että laitoshoidon. (Kröger, Van Aerschot & Puthenparambil 2018.)

Suomalaisen hoivatyön ja vanhuspalvelujärjestelmän todetaan olevan jonkin asteisessa kriisissä juuri nyt, kun olisi tärkeää pystyä nopeasti vastaamaan vanhenevan väestön hoivatarpeiden kasvuun. Asiakkaiden tarpeiden lisääntyminen ja nopea kasvu kotihoidon asiakasmäärissä, ovat nostaneet työpainetta sekä samalla johtaneet laadun heikkenemiseen yleisesti kotihoitotyössä. Tästä aiheutuneet riskit niin asiakkaille kuin työntekijöille, ovat johtamassa työntekijöiden pakenemiseen hoitoalalta. Tähän ilmiöön täytyisi pikaisesti löytyä ratkaisu. (Kröger ym. 2018.)

Kotihoitoon painetta lisäävä suuntaus on ollut Suomessa jo pitkään tiedossa. Sairaaloista ja terveyskeskuksista kotiutuvat iäkkäät ovat entistä huonokuntoisempia ja monisairaita. Vuosien 1994-2009 välisenä aikana Kuopion kotihoidossa tehdyn seurantatutkimuksen

mukaan kotihoidon asiakkaiden tarve iltakäynneille kello 16-19 välillä kohosi noin 42 prosenttia. Samalla aikavälillä yöhön sijoittuva avuntarpeen nousu oli noin 14%, muutos voi tosin osittain johtua myös palvelutarjonnan paranemisesta. Hoitajien tarve saada lisäkoulutusta vaativien sairauksien hoidoista kasvaa. Lääkkeiden jako on yksi kohde, jota vähentämällä hoitajat voisivat saada enemmän aikaa koulutukseen ja lisääntyvään hoitotyöhön. (Paljärvi 2012.)

Kotihoidon toimintaa kehittämällä on pyritty saamaan aikaan säästöjä, niin rahallisesti kuin ajallisesti. Kotihoidon työntekijöiden välittömän ja välillisen työajan seuranta mobiililaitteilla mahdollistaa tarkan seurannan siitä, minne työpäivän tunnit sijoittuvat. Pyrkimys on välittömän työajan lisäämiseen, johon liittyvät työtehtävät Sosiaali ja terveysministeriö määrittelee seuraavasti :

TAULUKKO 1. Sosiaali -ja terveysministeriön määritelmää kotihoidon välittömän työajan muodostumisesta (Sosiaali – ja terveysministeriö 2018).

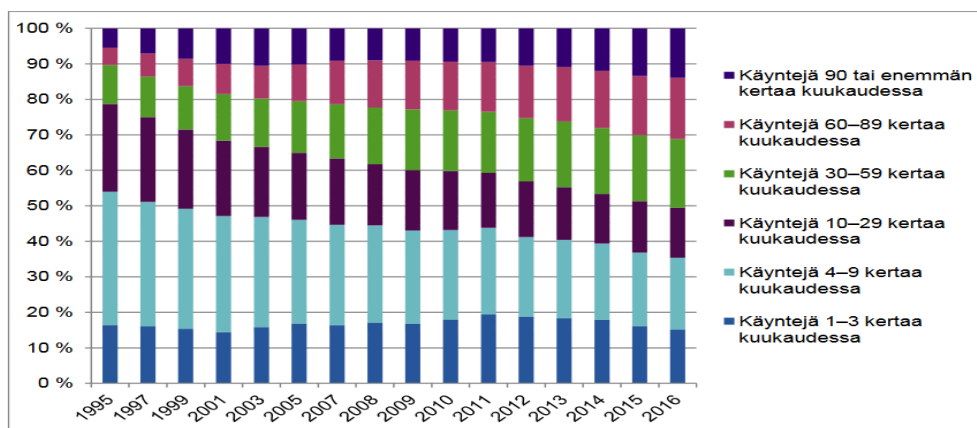
- Asiakaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi
- Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja päivittäminen
- Hoitotoimenpiteiden ja lääkehoidon toteutus
- Asiakaan tukeminen kuntoutumista edistävää työtä käyttäen
- Asiakaan asioiden hoitaminen kodin ulkopuolella
- Asiakaan omaisen / läheisen tukeminen
- Asiakastietojen kirjaaminen yhdessä asiakkaan kanssa
- Yhteydenpito asiakkaan kanssa puhelimitse tai muuten teknisesti

Välilliseen työaikaan kuuluvaksi toiminnaksi lasketaan kotihoidon asiakkaiden väliset matka-ajat, toimistolla tehtävä kirjaaminen ja muut asiakastyöt, työpaikkakokoukset, palaverit sekä koulutukset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 45). Näihin tehtäviin ei sovelleta aikaseurantaa.

Etelä-Karjalassa Lappeenrannan kotihoidon eräässä yksikössä teetetyin kyselyn mukaan koneellisen annosjakelun todettiin nopeuttaneen kotihoitotöiden tekemistä vapauttaen samalla työaika muihin työtehtäviin. Tosin saman verran eli yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että työvuorossa käytävien asiakkaiden lukumäärä hoitajaa kohti oli samalla lisääntynyt. Osa työntekijöistä oli sitä mieltä, että asiakkaan luona jäi käytettäväksi enemmän aikaa kuin ennen. Joidenkin mielestä asiakkaalle varattu aika oli vähentynyt lääkkeiden koneellisen annosjakeluun siirtymisen jälkeen, samoin apteekkikäyntien poistuminen oli saanut aikaan työajan säästöä. (Kimari & Matikainen 2016.)

THL:n ylläpitämä kuntien HILMO - tilasto kertoo säännöllisten kotihoidon asiakkaiden käyntimääristä ja juuri useita käyntejä päivässä vaativien asiakkaiden kasvun lisääntymisestä viime vuosina. HILMO - tilastotaulukosta käy ilmi, miten esimerkiksi viimeisen kymmenen vuoden aikana on säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden määrä käynneillä yhdestä kolmeen kertaa vuorokaudessa lisääntynyt niin, että ne kattavat nyt jo yli 50% kaikista käynneistä. Kymmenen vuotta aiemmin prosenttiluku oli noin 35. Asiakkaat ovat siis enemmän hoidon tarpeessa kuin aiemmin ja asuvat kotona pidempään kotihoidon turvin, mihin vanhustenhoidossa on tietoisesti pyrittykin. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

TAULUKKO 2 . HILMO - tilasto kotihoidon säännöllisten käyntien asiakkaista 1995 - 2016 (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018).



Suomessa oli vuonna 2016 noin 73 500 kotihoidon säännöllistä asiakasta, joista noin 45 000 oli lääkkeiden koneellisen annosjakelun piirissä. Koneellista annosjakelua ei voi

käyttää niillä asiakkailta, joilla ei ole suostumusta geneeriseen substituutioon, sillä lääkitys jaetaan pusseihin aina halvimman mahdollisen tuotteen mukaan. Yleensä myöskään Marevan-antikoagulanttia käyttävät eivät sovellu lääkepussien käyttäjiksi, muuttuvan annostuksen takia. Joillakin myös Marevan voidaan jakaa pusseihin, jos veren hyytymistä mittaavat INR-arvot ovat pysyneet hyvin vakaina lääkityksen pysyessä pitkään samana. (Honkanen 2017.)

Teknologian kehittyessä ja edistyessä, tulee terveydenhuollon ammattilaisille jatkuvasti eteen uusia haasteita. Hoitotyö saa uusia ulottuvuuksia ja vaatii jatkuvaa kouluttautumista sekä uudenlaista osaamista. Turvallisuuden lisäksi teknologiaa käytetään kotihoidossa asiakkaiden omatoimisuuden ja hyvinvoinnin tukemiseen. Sovelluksia sekä erilaisia kommunikointia ja vuorovaikutusta edistäviä laitteita kehitetään nopealla tahdilla. (Salanterä, Mieronkoski, Suhonen & Terävä 2016.)

Kotihoidon työntekijät käyttävät muun muassa sosiaalista vuorovaikutusta ja mielen ja kehon hyvinvointia edistäviä sekä omatoimisen liikkumisen mahdollistavia laitteita ja palveluja. Videopuhelinyhteys, palvelu - TV sekä ateria-automaatti ovat jo osa kotihoidon arkea, niiden käyttö tosin vaihtelee suuresti maakunnittain ja on vielä suhteellisen vähäistä. Laajimmin teknologiat on otettu käyttöön Etelä-Karjalassa ja Uudellamaalla (Julkari 2017).

Älykkään kodin hyödyntäminen kotihoidossa on yksi tulevaisuuden sairaanhoitajan osaamisalueista. Älykkäässä kodissa sinne sijoitetun teknologian turvin tapahtuu asioita asiakkaan ehkä tietämättä niistä, varsinkin jos on kyse muistisairaasta. Koti voi esimerkiksi muistuttaa unohtuneesta lääkkeestä lisäten näin lääketurvallisuutta. Koti voi myös havaita asiakkaan nousseen yöllä sängystä ja päättelee hänen lähteneen vessaan, joten koti valaisee reitin sinne turvallisesti. (Salanterä ym. 2016.)

3.4 HaiPro – haittailmoitukset

HaiPro-työkalu on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä kautta maan, kokonaiskäyttäjämäärän ollessa yli 144 000. Käyttäjäyksiköiden koko vaihtelee terveyskeskuksesta sairaanhoitopiiriin. HaiPro-raportointijärjestelmä on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. Järjestelmään on liitettävissä myös henkilöstöön kohdistuvien työturvallisuusvaaratapahtumien raportointi. Järjestelmällisen ja helppokäyttöisen raportointimenettelyn avulla käyttäjät voivat hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit ja terveydenhuollon johto saa tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista. (HaiPro 2017.)

HaiPro raportointimenettely ja työkalu ovat lääkelaituksen, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen, VTT:n rahoittama ja kehittämä järjestelmä, joka toimii yhteistyössä terveydenhuollon eri yksiköiden kanssa. Järjestelmään kirjataan potilas - ja asiakasturvallisuutta vaarantavat tapahtumat. Järjestelmällisen ja helppokäyttöisen menetelmän avulla käyttäjät voivat hyödyntää vaaratapahtumista saatavaa tietoa. Terveydenhuollon johto saa järjestelmän kautta myös tietoa toimenpiteiden vaikutuksista. Raportointi perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. (HaiPro 2017.) HaiPron jatkokehitys ja ylläpito on Awanic Oy:n toteuttamaa.

Vuosina 2008-2010 Suomessa kirjattiin yhteensä 4869 HaiPro- vaaratapahtumaa, joista 2139 koski lääke - ja nestehoitoa sekä verensiirtoa. Lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat ovat siis merkityksellinen osa hoitotyötä, sillä laskennallisesti kolmen vuoden aikajaksolla ilmoituksia tehtiin noin neljä ja puoli kappaletta vuorokaudessa. (Härkönen 2012.) HaiPro- tutkimusten mukaan potilasturvallisuus vaarantuu useimmiten juuri lääkkeiden jakamisen, antamisen ja kirjaamisen yhteydessä. Tyypillisin ilmoitettu lääkityspoikkeama on kuitenkin lääkkeiden jakovirhe, kuten sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksessa vuodelta 2008 todetaan. Vähentämällä lääkkeiden jakovirheitä, vähennetään tehokkaimmin myös lääkitysvirheiden määrää. Samassa tutkimuksessa havaittiin myös, että joka viides lääkkeenanto on virheellinen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017.)

Porvoon kaupungin vanhuspalveluissa toteutettiin hoitajien haastatteluja, liittyen opin- näytetyöhön, joka käsitteli aihetta ” Hoitohenkilökunnan kokemuksia lääkkeiden koneel- lisen annosjakelun käytöstä ja lääkitysturvallisuuden toteutumisesta palveluasumisen yk- siköissä. ” Lähes kaikki haastatellut hoitajat kokivat lääkkeiden koneellisen annosjakelun heikentävän heidän lääkeosaamistaan. Säännöllisellä täydennyskoulutuksella osaamista voitaisiin vastaajien mielestä kuitenkin ylläpitää. Myös oman ammattitaidon itsenäinen ylläpito nähtiin tärkeänä. Lääkehoidon täydennyskoulutus nykyisellään koettiin riittämät- tömäksi ja sitä toivottiin enemmän. Lääkkeiden koneellisen annosjakelun nähtiin lisäävän lääkitysturvallisuutta. (Valli & Lönnqvist 2013.)

Ongelmakohtia ovat lääkitysmuutokset, joiden yhteydessä virheitä voi sattua. Haipro- il- moitukset koskien lääkkeiden koneellista annosjakelua ovat kuitenkin varsin harvinaisia. kotioidossa tapahtuvassa lääkehoidossa ohjaus ja neuvonta toteutuvat vastaajien mu- kaan hyvin ja tarpeen mukaan. Ongelmia on muistisairaiden kohdalla. Läähoidon vastuu- kysymykset olivat vastaajien mukaan kotioidossa pääosin selviä. Lääkehoidon kirjaa- misen toteutuminen vaihtelee, suuri osa näki kirjaamisessa kuitenkin parantamisen varaa. (Valli & Lönnqvist 2013.)

Alankomaissa kolmessa hoitolaitoksessa suoritetuissa tutkimuksissa vuonna 2007, todet- tiin asukkaiden lääkehoidon olevan altis monille virheille. Lääkkeiden koneelliseen an- nosjakeluun liittyneisiin virheraportointimääriin todettiin osaltaan vaikuttaneen, lääkkei- den käsittely annosjakelupussien avaamisen jälkeen. Lääkevirheitä voitaisiin tutkimuk- sen mukaan vähentää muun muassa sairaanhoitajien koulutuksella ja vähentämällä työ- määriä. (Van den Bemt, Idzinga, Robertz, Kormelink & Pels 2009.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Käytimme tutkimuksessa laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineiston avulla tuotamme uutta tietoa ja teoriaa tutkimuskysymyksiin. Laadullista tutkimusmenetelmään käytetään yleensä silloin, kun tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä on olemassa vähän tutkittua tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavan henkilökohtainen kokemus ja yleinen käsitys eivät välttämättä kohtaa ja juuri se ominaisuus korostuu laadullista tutkimusta tehdessä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavaa aineistoa voidaan kerätä monella tavalla. (Kylmä & Juvakka 2012.)

Usein ihmisten kokemukset halutaan puheen muodossa, jolloin tutkimusaineisto kerätään haastatteluina, käyttämällä lomake- tai teemahaastattelua ja avointa haastattelua. Aineistoksi soveltuvat esimerkiksi ihmisen nauhoitetut puheet, kuva- ja tekstiaineistot, kuten kirjeet, kirjoitelmat sekä elämäkerrat. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä tehdään yksilöhaastatteluja, jolloin tutkitaan henkilön omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta asiasta. (Vilka 2015, 118.) Sairaanhoidajien haastatteluilla keräsimme hoitajien henkilökohtaiset kokemukset tutkittavasta asiasta. Valitsimme tutkimusmenetelmäksemme laadullisen tutkimuksen, koska halusimme saada mahdollisimman omakohtaisen kokemuksen haastateltavilta.

4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytimme haastattelua ja keruumuotona teemahaastattelua (Liite 1). Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, jotka ovat nousseet tutkimuskysymyksiensä pohjalta. Ennen teemahaastattelua tehdään taustatyöt ja suunnitellaan tulevaa tutkimusta. Haastattelu toteutetaan tiettyä haastattelurunkoa apuna käyttäen. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Haastattelimme viittä sairaanhoitajaa kahdesta Tampereen kaupungin kotihoidon yksiköstä. Kotihoidon yksikön esimies oli valinnut haastateltavat sairaanhoitajat. Haastateltavat saivat etukäteen haastattelurungon sekä tiedotteen, josta kävi ilmi opinnäytetyömme

aihe. Aineistoa keräsimme kahtena eri päivänä. Haastattelimme ensin kolmea sairaanhoitajaa ja myöhemmin kahta sairaanhoitajaa hoitajien omissa työpisteissä. Opinnäytetyöntekijät esittivät haastattelukysymykset sekä ohjasivat keskustelua apukysymyksien avulla, jos siihen oli tarvetta. Yhteen haastatteluun olimme varanneet aikaa yhden tunnin. Nauhoitimme keskustelut yhteistyökumppanimme luvalla.

4.3 Aineiston analysointi

Haastattelujen analysointi tapahtui aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla, jossa yhdistelemällä käsitteitä saimme vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla saatu aineisto puretaan osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset aineistot yhdistetään.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaotellaan kolmeen osaan. Ensin aineisto pelkistetään tiivistämällä ja pilkkomalla osiin eli redusoidaan. Pelkistämällä etsitään yksittäisiä sanoja, ilmaisuja ja lauseita, jotka vastaavat tutkimusongelman kannalta oleellisiin kysymyksiin. Sen jälkeen aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavuuksia kuvaavia käsitteitä eli klusteroidaan. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään sekä nimetään sisältöä kuvaavalla nimikkeellä. Viimeiseksi erotellaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto eli abstrahoidaan. Abstrahointia jatketaan niin kauan kun se on aineiston kannalta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Analysoinnin aloitimme aineiston kuuntelulla ja haastattelujen kirjoittamisella tekstimuotoon sanasta sanaan eli litteroinnilla. Luimme haastattelut ja perehdyimme saatuun aineistoon. Etsimme tekstistä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia pelkistetyistä ilmaisuista. Ryhmittelimme samaa asiaa tarkoittavat ja yhdistimme ne yhdeksi luokaksi. Nimesimme luokan sen sisältöä kuvaavalla nimellä. Alaluokista tiivistyivät yläluokat joista puolestaan muodostuivat pääluokat (Liite 4). Etenimme analysoinnissa järjestelmällisen kaavan mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Analysoimme lääkkeiden toimituksessa tapahtuneita virheitä ennen ja jälkeen koneellisen annosjakelun käyttöönottoa tutkimalla HaiPro-ilmoituksia. Teimme tuloksista tilaston ja laskimme koneellisen annosjakelun prosentuaalisen vaikutuksen HaiPro-ilmoituk-

siin. Jotta voimme tehdä vertailevaa tutkimusta, saimme käyttöömmme HaiPro rekisteritutkimusaineistoa kotihoidosta. Vertailemalla näitä tilastoja, saimme tietoa siitä, ovatko lääkevahingot vähentyneet koneellisen annosjakelun myötä ja lääketurvallisuus siten parantunut.

Rekisteritutkimus on yleensä elektronisessa muodossa oleva tietoaaineisto, jota säännöllisesti päivitetään ja pidetään ajan tasalla. Rekisteritutkimuksella saadaan esimerkiksi hoitotyössä ajankohtaista tietoa niin yksilöistä, erilaisista potilasryhmistä kuin väestötasollakin. Rekisteritutkimuksen vahvuutena ovat nopeus ja edullisuus sekä laajan väestöjoukon tarkastelemisen helppous. (Räisänen & Gissler 2011.) Kohdejoukon yksiköt ovat yksikäsitteisesti tunnistettava kokonaisuus, kuten HaiPro on (Notkola 2010). Erittelimme ja laskimme HaiPro-haittailmoituksia ennen- ja jälkeen koneelliseen annosjakeluun siirtymistä kotihoidon yksikössä.

5 TULOKSET

5.1 Lääkehoito kotihoidossa

Kotihoidon asiakkaan lääkehoito on keskeinen osa kotihoidon työtä. Reseptien ajantasaisuus, lääketilaukset, lääkkeiden haku ja vienti, lääkkeiden jako sekä niiden annostelu asiakkaalle vievät suuren osan asiakastyöstä. Myös lääkemuutosten teko, lääkkeisiin liittyvä asiakasohjaus sekä lääkehoidon vaikutusten seuranta kuuluvat työhön.

Lääkehoidon neuvonta ja ohjaus

Kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutuksessa asiakasohjaus ja – neuvonta ovat tärkeä tekijä. Asiakas tai hänen läheisensä voivat kysellä ja toivoa tietoa lääkityksistä, jolloin hoitajan on osattava kertoa tarpeelliset tiedot. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja sen kunnioittaminen myös lääkehoidossa

Samalla lailla asiakasta ohjataan lääkehoidossa kuin ennenkin ja kerrotaan hänen lääkityksestä ja sen vaikutuksista oli ne sitten dosetissa tai pussissa.

Lähdetään siitä, että asiakkaalle luodaan se annosjakelusopimus ja hänen kanssaan keskustellaan asiasta, mahdollisesti myös omaisten kanssa tarpeen mukaan keskustellaan siitä.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Lääkehoito kotihoidossa	Lääkehoidon neuvonta ja ohjaus	asiakkaan ohjaus ja neuvonta -kotikäynnillä kerrotaan lääkkeiden ja niiden vaikutuksesta -aina kun tulee uusi lääke niin siitä keskustellaan -asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen -asiakas- ja omaisohjauksen toteutus -vastavuoroinen keskustelu asiakkaan asioissa

Lääkemuutosten teko

Toisinaan asiakkaiden lääkityksiä joudutaan muuttamaan kesken annosjakelujakson, joka on kaksi viikkoa. Jos muutos on lääkkeen poistaminen se toteutetaan avaamalla annospussi. Lääke poistetaan, pussiin merkitään muutos ja pussi suljetaan uudelleen teipillä. Asiakasta tiedotetaan muutoksesta ja seuraavassa annosjakelujaksossa lääke poistuu lääkelistan mukaan pussijaosta automaattisesti. Lääkkeiden tunnistamista varten on olemassa myös mobiilisovellus, jota hyödynnetään asiakastyössä lääkemutoksia tehdessä.

Eli ne muutokset mitä asiakkaan kotona tehdään, niin ne on sitten haastavampaa tehdä.

*että pusseja sitten leikataan auki ja niihin joutuu sitten laittamaan merkin-
nät, että jotain lääkkeitä on lisätty tai poistettu.*

Ja teipata kiinni ja sitten siinä on se hankaluus, että pitää tunnistaa ne lääkkeet tietyksi, että mihin se muutos tehdään.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Lääkehoito kotihoidossa	Lääkemuutosten teko	<ul style="list-style-type: none"> -lääkemuutosten määrä vaikuttaa lääkkeiden poistotapaan -lääkemuutosten teko riippuu käytimmäärästä -lääkepussi suljetaan teipillä -avattuun lääkepussiin päiväys ja nimikirjaimet -poistetut lääkkeet yliviivataan pussista -lääkemuutokset kirjataan - lääkkeiden tunnistus muutoksissa

Lääkkeiden vienti asiakkaalle

Asiakkaan lääkitys toteutetaan kotiin vietävällä lääkityksellä joko annosrullissa, erillisissä pusseissa tai dosetissa. Lääkkeiden vientipäiviä porrastetaan lääkkeiden toimitta

misen helpottamiseksi, sillä yhdellä hoitajalla saattaa olla useita rullia toimitettavanaan saman päivän aikana.

Asiakas jolle voi viedä koko rullan me viedään koko rulla kerrallaan ja kotona joko hän ottaa itse siitä rullasta tai hoitaja antaa hänelle siitä rullasta annokset.

Sitten on asiakkaita joille ei voi viedä kotiin koko rullaa vaan täältä viedään esim. pätkä tai yksi pussi kerrallaan, annos kerrallaan. se vaihtelee asiakkaasta riippuen.

jos niitä rullia on paljon samalla hoitajalla, niin kyllähän se reppu on aika täynnä, kun monta rullaa kerrallaan pitää samana päivänäkin kantaa.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Lääkehoito kotihoidossa	Lääkkeiden vienti asiakkaalle	-asiakkaalle lääkerullat kotiin kahden viikon välein -osa lääkkeitä viedään rullina, osa dosetissa -lääkkeiden vienti riippuu käyntimääristä

5.2 Koneellinen annosjakelu

Annosjakelua aloitettaessa pyritään kartoittamaan mahdollisimman tarkkaan onko asiakas kykynevä siirtymään annosjakeluasiakkaaksi. Kaikilla ei ole tarvittavaa kognitiota palvelun aloittamiseksi, eivätkä kaikki asiakkaat halua siirtyä dosettijaosta annospusseihin. Toisilla kyse on myös itsenäisyyden säilyttämisestä ja lääkkeiden hallinta itsenäisesti on merkki vielä jäljellä olevasta omatoimisuudesta.

Annosjakelun aloitukseen vaikuttavat tekijät

Vaikka annosjakelu on käytössä jo kattavasti, eivät aivan kaikki lääkkeet sovellu annosjakeluun. Annosjakelu ei myöskään sovellu kaikille asiakkaille. Uusille asiakkaille aloit

etaan aina ensin dosettijako, josta siirrytään mahdollisimman nopeasti annosjakeluun, jos se osittautuu mahdolliseksi.

Meillä lähdetään siitä, että mietitään asiakkaan soveltuvuus annosjakeluun. Ihan kognition kautta, mutta myös sitten lääkkeellisesti terveydentilan mukaan.

Et soveltuuko hänen lääkkeet ylipäätään annosjakeluun ? onko se hänelle taloudellisesti järkevä ratkaisu.

Joo se on kilpailutuksessa alkujaankin laitettu ehdoksi, että asiakkaalle ei saa tulla ylimääräisiä kustannuksia annosjakelusta.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Koneellinen annosjakelu	Annosjakelun aloitukseen vaikuttavat tekijät	<ul style="list-style-type: none"> - asiakkaat joilla lääkitys pysyy samana, niin annosjakelu toimii -hyötyykö asiakas annosjakelusta -lääkevaihtokielto ei sovellu annosjakeluun -onko annosjakeluun soveltuvat lääkkeet - annosjakelu reagoi lääkemuutoksiin hitaasti

Annosjakelu vai dosettijako ?

Dosettijako tulee kyseeseen, jos asiakkaan lääkemäärä on vähäinen, asiakas itse vielä osaa dosetin käytön ja dosettikäyttö tukee asiakkaan omatoimisuuden säilyttämistä. Useimmille annosjakelu on kuitenkin hyvä ja suositeltava vaihtoehto. Antikoagulanttilääkitys Marevan ei sovellu annosjakeluun tiheän seurannan ja siitä seuraavien mahdollisten lääkemuu-
tosten takia.

Et jos dosetin kanssa pärjätään kerta päivässä käynneillä, mutta pusseilla käynnit tarkoittais kolmee kertaa päivässä, niin silloin se ei käy.

Ja sittenhän tosiaan apteekki tarkistaa sen, sen lääkelistan siinä vaiheessa jos me ollaan arvioitu että tota sopis annosjakeluun, niin vielä apteekki

tarkistaa ne lääkitykset sitten että ne on kans annosjakeluun sopivia.

Niin se piti sanoo, että mulla ainakin yhden asiakkaan kohdalla on jouduttu sitten palaamaan siihen dosetin käyttöön. Ensin on siirrytty annosjakeluun, on yritetty sitä ja todettu, että se ei onnistu, että hän ei osannut niistä pusseista oikein ottaa.

noi annosjakelupussiasiat on mennyt kyl tosi hyvin mä en ole edes elänyt kotihoidossa pelkkää dosettiaikaa, annosjakelu on ollut jo olemassa, kun minä olen kotihoitoon tullut- mut tuskinpa palaisin

Asiakkaan kognition vaikutus annosjakeluun

Joskus asiakkaan fyysiset taidot eivät riitä toimimaan annosjakelun edellyttämällä tavalla. Vaikka annosjakelupussit ovat suhteellisen ohutta ja helposti avattavaa materiaalia, eivät kaikki asiakkaat kykene avaamaan pusseja tai sitten pussi aukeaa liikaa, ja lääkkeet putoavat lattialle. Annosjakelu voidaan kyllä silloinkin toteuttaa, mutta ei asiakkaan itsensä hoitamana, vaan omaisen tai kotihoidon työntekijän avustuksella.

onko se hänelle taloudellisesti järkevä ratkaisu ja onko hänellä riittävä kognitio selviytyä annosjakeluasiakkaana.

Ihan kognition kautta, mutta myös sitten lääkkeellisesti terveydentilan mukaan

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Koneellinen annosjakelu	Annosjakelu vai dosettijako	<ul style="list-style-type: none"> - uusilla asiakkailla aina ensin dosettijako -annosjakeluun siirtyminen niin, että kotona olisi mahdollisimman vähän lääkkeitä -osa lääkkeistä siirtyy annosjakeluun ja osa lääkkeistä dosetissa -asiakas hallitsee vielä dosetin käytön

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Koneellinen annosjakelu	Asiakkaan kognition vaikutus annosjakeluun	-seurataan asiakkaan toimintakykyä -Pussit aukeaa huonosti, osa lääkkeitä tippuu lattialle -sairauksien tuomat haasteet annosjakelun toimivuuteen

5.3 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus on parantunut lääkkeiden koneellisen annosjakelun myötä, eikä kukaan haastatelluista palaisi takaisin pelkkään dosettijakoon. Vaikka annospusseihin joudutaan usein tekemään muutoksia ja toisinaan asiakkaan lääkitys toteutuu sekä lääke-dosetin, että annospussien avulla, koettiin lääketurvallisuuden silti parantuneen verrattuna dosettiaikaan.

Lääkkeiden turvallinen säilytys ja jako

Asiakkaiden lääkkeitä säilytetään pääasiassa asiakkaiden kotona sijaitsevilla lukituilla kaapeilla. Lääkkeet toimitetaan asiakkaille kahden viikon annosrullina, joista asiakas ottaa ne itse tai kotihoidon työntekijä antaa ne käynneillä. Joitain lääkkeitä jaetaan vielä dosetteihin

Apteekki toimittaa meille lääkkeet joka toinen viikko valmiisiin annoksiin jaettuna , rullina ja ne säilytetään meillä lukollisessa kaapissa, siihen asti , että ne sijoitetaan asiakkaan kotiin... yleensä.

ei tarvi niitä lääkejakoja tehdä sinne dosettiin kotona hämärissä valaistuksessa ja siinä asiakas voi puhua vieressä ja voi olla, että lääkkeet loppuu kesken kaiken.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa	Lääkkeiden turvallinen säilytys ja jakaminen	- asiakkaiden lääkkeet säilytetään asiakkaan kotona - lukollinen lääkekaappi kotona - asiakkaiden lääkkeitä ei säilytetä kotihoidon tiloissa - asiakkaille omat lääkekaapit kotiin - tiimitilassa asiakkaiden lääkkeitä

Moniammatillinen yhteistyö osana lääkehoidon turvallisuutta

Sairaanhoitajat kokivat hyvän yhteistyön sopimusapteekkinsa kanssa olevan edellytys turvalliselle lääkehoidolle. Molemminpuolinen luottamus ja asioiden sujuvuus vapauttivat sairaanhoitajat keskittymään muihin töihinsä. Jos apteekkiyhteistyössä koettiin olevan ongelmia, vaikeutti se sairaanhoitajien työtä viemällä aikaa pois heidän muista tehtävistään.

Haastatteluissa kävi ilmi, että yhteistyöhön sairaalalääkärien kanssa toivottiin parannusta. Erityisesti reseptiasiat asiakkaan kotiutuessa tuottivat usein ongelmia ja reseptit saattoivat olla myöhässä, vaikka niistä olisi erikseen muistutettu osastoa. Reseptien puuttumiset aiheuttivat taas viivästymisiä annosjakelupussien tilaamiseen ja näin ollen asiakas saattoi jäädä ilman lääketoimitusta annosjakelusta.

apteekki tekee tosi paljon meidän kanssa yhteistyötä

ne tuntee meijät ja tota ...ja on sillai niinku, se on jotenkin sellast helppoo

ollaan oltu puolin ja toisin tosi tyytyväisiä toimintaan

kuluu aikaa semmoseen ylimääräiseen säätämiseen apteekin kanssa

riskikohta on varmaan aina se kun asiakas on sairaalassa ja kotiutuu sieltä ja sitten odotetaan, että se lääkelista tarkentuu semmoksiks mikä se on sit ten kotiutumisvaiheessakin

että saadaan ne annospussit tilattua ajoissa

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa	Moniammatillinen yhteistyö osana lääkehoidon turvallisuutta	-hyvä yhteistyö apteekin kanssa lisää lääkehoidon turvallisuutta -kotiutustilanteissa ongelmia lääkityksen suhteen - reseptien puuttuminen ongelmana -yhteispalaverit tärkeitä -huono yhteistyö apteekin kanssa lisää sairaanhoitajan työtä

Lääkehoidon osaaminen

Lääkehoidon osaaminen kotihoidon työntekijöiden keskuudessa koettiin pääosin riittäväksi. Luottamus koulutuksen myötä saatuun ammattitaitoon ja osaamisen ylläpito koulutuksin takaavat riittävät taidot asiakastyöhön ja lääkehoitoon. Tarvittaessa käydään keskusteluja lääkehoidon ohjaamiseksi esimerkiksi uusien lääkemuotojen aloituksissa asiakkaalle.

Sit me ohjataan lähihoitajia, jos niillä on jotain. Et jos meille tulee vaikka asiakas jolla on jokin erikoinen lääke tai jotain.

Niin siinä ihan hyvät valmiudet saa siihen lääkehoitoon, niinkun tietysti sen hoitotyön koulutuksen lisäksi niin.

joo, Ja sit huomaa, ett Jonkin verran tän annosjakelun myötä hoitajien se lääkehoidon osaaminen on heikentynyt sitä myötä, et ei niitä lääkkeitä itse jaa ja ei tarvitse niinkun niitä lääkkeitä samalla tavalla käsitellä kun aikaisemmin.

Jokainen meistä on omalta osaltaan vastuussa eli se joka antaa sen (lääkkeen), hänen velvollisuutensa on tarkistaa se, mutta voi olla , että hän ei löydä sitä virhettä.

Me ollaa koulut käyty, meill on tietty ammattinimike, jonka alla me tehdään töitä.

Pääluokka	Alaluokka	Lääkehoidon osaaminen
Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa	Lääkehoidon osaaminen	<ul style="list-style-type: none"> - hoitajien lääkkeiden tunnistamistaidon väheneminen - lääkesovelluksen puuttuminen työpuhelimesta - lääkemutoksien ennakointi - lääkehoidon koulutus - riittävä ammattitaito - koulutuksia vähän - hoitajien osaamisessa yksilöllisiä eroja

5.4 HaiPro-haittailmoitusten teko ja muutokset kotihoidossa

Haittailmoitusten teossa osoittautui olevan puutoksia ja niiden käsittely ja hyödyntäminen kotihoidon lääkehoidossa olivat jääneet vähäisiksi toisessa kotihoidon yksikössä. Toisesta yksiköstä pystyimme tekemään vertailevia tuloksia kahden eri vuoden HaiPro-ilmoituksista ja heillä HaiProt olivat jatkuvasti käytössä. Vuosi 2014 oli kokonaan aikaa ilman lääkkeiden koneellista annosjakelua haastatteluyksikössämme. Vuonna 2017 kaikki ne joiden oli mahdollista siirtyä annosjakeluun olivat ehtineet olla jo noin vuoden annosjakeluasiakkaina.

Milloin tehdä HaiPro-haittailmoitus

kyllähän noita virheitä sattuu dosettijaossa edelleenkin

mä oon nykyisin saanu tosi vähän tietoo tehdyistä Haiproista, niit ei nyt oo ilmeisesti kauheesti tehtykään ja mä luulen et osa jää ihan tekemättäki.

Et sieltä johtuvia virheitä ei nyt oo ollu kuin se yks kalkkitabletti...ei oo ollu muita.

Eihän se tarvii olla välttämättä se joka sen virheen on tehnyt, siis senhän voi tehdä kuka vaan että!

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
HaiPro – haitta tapahtumien kirjaaminen kotihoidossa	Milloin tehdä HaiPro-haittailmoitus	-joitain väärä lääkityksiä päässyt läpi asiakkaalle mm. insuliineja -dosettijaoissa vielä virheitä -lääkevirheitä puutteellisen tiedottamisen takia

HaiPro-haittatapahtumakirjaamisen tietous kotihoidossa

Haittatapahtumailmoitusten teko ja käsittely tutkittavissa kotihoidon yksiköissä erosi toisistaan merkittävästi. Toisessa yksikössä Haiprot olivat ajantasalla ja niitä hyödynnettiin oppimistarkoituksessa palaverissa. Toisessa haittatapahtumien teko ja käsittely olivat jääneet organisaatiomuutosten takia vähemmälle huomiolle.

Poikkeamathan menee anonymisti sen ohjelman kautta yksikössä määrä tellylle käsittelijälle, meillä se on meidän esimies...

Meillä käytetään lääkepoikkeaman ilmoitukseen HaiPro-ohjelmaa, eli se joka havaitsee poikkeaman hän on velvollinen tekemään HaiPro -ilmoituksen ja kirjaamaan sen asiakkaan tietoihin.

Ja käytännössä se tarkoittaa se jatkoseuranta, että tää asia käsitellään tiimissä

Kyl ne pitäis varmaan puolivuositain varmaan käydä läpi jossain palaverissa? Nii, tai ihan mielellään kuukausittain, et se, sitä varten ne ensisijaisesti on kuitenkin, et me ite mietittäis täällä ne, et miten me toimitaan

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
HaiPro – haitta tapahtumien kirjaaminen kotihoidossa	HaiPro-haittatapahtumien kirjaamisen tietous kotihoidossa	- tosi vähän tietoa HaiProsta -HaiProja ei ilmeisesti ole tehty -HaiProt pitäisi käydä läpi työpaikoilla -HaiPron voi tehdä nimettömänä -omaiset voi soittaa lääkevirheistä - HaiProt kirjataan asiakastietoihin - Haiprot käsitellään tiimissä

Hai-Pro haittatapahtumien hyödyntämisen tarve kotihoidossa

HaiProja oli aiemmin käyty aktiivisemmin läpi yksiköiden palavereissa ja niiden käsittely oli koettu merkityksellisiksi hoitotyön lääkehoidon turvallisuuden kannalta. Sairaanhoidajat toivovatkin haittailmoitusten hyödyntämistä ja niiden käsittelyä vähintään kuukausittain. Haittailmoitusten teon koettiin olevan kaikkien vastuulla ja kuka vaan voisi tehdä ilmoituksen nimettömänä niin halutessaan. Kiire, organisaatiomuutokset ja henkilökunnan suuri vaihtuvuus koettiin osasyiksi haittatapahtumien vähäiseen tekoon ja hyödyntämiseen.

käyn ne lävitse... koska mä haluan saada kiinni ne asiakkaat, joilla joku tietty lääkevirhe toistuu.

Niin, mut se et meil on menny, sanotaan nyt näin et meill on menny monessa asiassa pakka vähän sekaisin nyt näitten organisaatio muutosten ja henkilökunnan muutosten takia ja on paljon niin ku täss on parannettavaa.

Esitettiin toive et niit ois tärkeä käydä läpi, nyt käytiin vuoden sisään, hänen sijainen kesällä kävi tässä muutamat HaiProt läpi, jotka on todella hedelmällisiä keskusteluja sit niinku. Meillä, meillä vasta toivon mukaan nyt käynnistyy,

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
HaiPro – haitta tapahtumien kirjaaminen kotihoidossa	HaiPro -haittatapahtumien hyödyntämisen tarve kotihoidossa	-HaiProt käydään läpi -organisaatiomuutokset hidastaneet HaiProjen käsittelyä -HaiProjen teossa paljon parannettavaa -HaiPro keskustelut olleet hedelmällisiä -toive käydä HaiProt läpi kuukausittain

5.5 Annosjakelun vaikutus HaiPro ilmoituksiin tutkittavan kotihoidon yksikössä

Opinnäytetyömme työelämäyhteytenä toimivan kotihoidon yksikön asiakkaat siirtyivät annosjakeluun portaittain vuoden 2015 aikana. Vuonna 2014 ei kukaan asiakkaista ollut

vielä annosjakelun piirissä ja vuonna 2017 kaikki he, joiden oli mahdollista siirtyä annosjakeluun olivat jo sen piirissä. Teemme vertailua HaiPro-ilmoituksista vuosien 2014 ja 2017 välillä.

TAULUKKO 3. Yhden Pirkanmaalaisen kotihoitoyksikön HaiPro-vertailu 2014 ja 2017

HaiPro -ilmoitukset	Vuosi 2014	Vuosi 2017	Muutos
Haittailmoitukset	76 kpl	62 kpl	- 18,4%
Tapahtumapaikkana koti	72	55	- 23,6%
Lääkehoitoon liittyvä	63	58	- 7,9%
Jakovirhe	27	28	+ 3,7%
Antovirhe	20	40	+ 100,0%
Eniten virheitä	Keskiviikko	keskiviikko ja torstai	
Vähiten virheitä	Sunnuntai	Sunnuntai	

HaiPro vertailu osoitti, että yleisin virhetapahtuma ennen annosjakeluun siirtymistä oli kotona tapahtuva lääkkeiden jakovirhe. Yllättävää vertailussa oli kuitenkin se, että vuonna 2017 yleisin virhetapahtuma oli edelleen kotona tapahtuva antovirhe sekä myös se, että annosjakelun myötä näiden tapahtumien määrä oli kaksinkertaistunut vuodesta 2014. Annosjakelu ei siis ollutkaan tuonut pudotusta antovirheisiin, vaikka kokonaisuutena kotona tapahtuvat haittatapahtumat olivat vähentyneet.

Eniten haittatapahtumia vuonna 2017 tapahtui keskiviikkona ja torstaina ja vähiten sunnuntaina. Suurimpana haittatapahtumatyyppinä oli antovirhe 69 % ja niistä yleisimmän oli väärä lääkeannos. Myös vuonna 2014 eniten virheitä ilmeni keskiviikkoisin ja vähiten sunnuntaisin, tuolloin suurimpana yksittäisenä haittatapahtumana oli jakovirhe 42,9 % ja niissä lääke oli jäänyt jakamatta 44,4 prosentissa.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tulokset osoittivat, että sairaanhoitajien kokemukset lääkkeiden koneellisen annosjakelun toteutumisesta kotihoiossa olivat hyvin samansuuntaisia kaikilla haastatelluilla. Annosjakelu ja siihen liittyvät työtehtävät koettiin pääosin onnistuneiksi ratkaisuksiksi, ja vanhaan dosettijakoon ei kukaan haastatelluista olisi enää halukas palaamaan. Lääkehoidon turvallisuuden koettiin lisääntyneen annosjakelun myötä, vaikka haittatapahtumakirjauksia olikin vielä liittyen lääkemuutoksiin ja annosjakelun ulkopuolisiin lääkityksiin liittyen. Lääkevahinkoja sattui yhä edelleen, ja osasyynä olivatkin nyt tiedonkulun ongelmat ja niistä lähinnä se, ettei ollut luettu aikaisempia kirjattuja lääkemuutoksia.

Puolet haastatelluista koki sairaanhoitajan työmäärän kotihoiossa lisääntyneen annosjakelun myötä. Kyselyt lääkkeiden tunnistamisesta ja muut lääkeasioiden selvittelyt puhelimitse kuormittavat sairaanhoitajien työpäivää muiden hoidettavien töiden lisäksi. Myös Kotihoitoasiakkaiden kotiutuminen sairaalasta koettiin ongelmakohdaksi asiakkaiden lääkityksen kannalta ja erityisesti annosjakelun vuoksi. Asiakkaiden reseptit olivat usein joko kokonaan tekemättä tai sitten niitä ei muusta syystä löytynyt. Reseptejä joutui soittelemaan ja kyselemään kotiuttavalta taholta ja joskus asiakkaan lääkityksen toteutuminen vaikeutui niin, ettei annosrullatilauksia voitu tehdä ajoissa.

Kotiuttavien tahojen ja kotioidon kesken on käyty keskusteluja ja kerrattu reseptien ja lääkemuutosten ajantasaisen tiedottamisen tärkeyttä. Yhteistyön koetaan silti yhä olevan puutteellista. Hyvä yhteistyö oman apteekin kanssa taas vastaavasti helpotti sairaanhoitajan arkea ja auttoi jaksamaan työssä. Luottamus oman apteekkihenkilöstön ammattitaitoon sekä molemminpuolinen hyvä vuorovaikutus vahvistivat tunnetta lääkehoidon turvallisuuden toteutumisesta. Yhdistelmänä huono apteekkiyhteistyö, asiakkaiden puuttuvat reseptit ja suuri päivittäinen puheluiden määrä oli huonoin vaihtoehto sairaanhoitajan työhön keskittymisen kannalta. Useat keskeytykset joko puheluina tai ovensuukyselyinä vaikeuttavat sairaanhoitajan keskittymistä muihin töihin.

HaiPro-haittailmoitusten tekeminen ja niiden hyödyntäminen kotihoidossa nähtiin tulosten perusteella osittain puutteellisiksi. Ilmoituksia ei ollut käsitelty molempien yksiköiden palavereissa ja näin ollen niitä ei voitu hyödyntää oppimisen kannalta. HaiPro- ilmoitusten teko on tarpeetonta, jos niitä ei työyhteisössä käsitellä ja pohdita miten voisi jatkossa estää kyseiset lääkevirheet. Työntekijöistä voi tuntua myös tarpeettomalta tehdä HaiPro-ilmoituksia, jos niitä ei käsitellä.

Lääkkeiden annosjakeluun siirtymisestä toivottiin tiedotettavan enemmän asiakkaille heti asiakkuuden alkuvaiheessa. Koko hoitohenkilöstön aktiivinen osallistuminen annosjakelun tiedottamiseen olisi tarpeen, jotta annosjakeluun siirtyminen voitaisiin aloittaa niin pian kuin mahdollista. Annosjakelun koettiin tuoneen turvallisuutta lääkehoitoon eikä annospusseihin ollut päätynyt jakelukoneesta johtuvan virheen takia vääriä lääkkeitä. Lääkelistoissa olleiden virheiden takia sen sijaan pusseissa saattoi olla lääkepoikkeamia suhteessa asiakkaan oikeaan lääkitykseen.

Asiakkaan toimintakyky ohjasi annosjakeluun siirtymistä ja jos asiakkaan kognitiossa oli puutteita, ei annosjakelua ehkä voitu toteuttaa ilman kotihoidosta saatavaa tukea. Jos asiakkaan käsivoimat ovat riittämättömät tai motoriikan kanssa on ongelmia, ei pienten muovisten pussien käsittely välttämättä suju toivotulla tavalla. Pussit voivat rikkoutua väärästä kohdasta ja lääkkeet saattavat pudota lattialle. Kumartelu lääkkeitä nostellessa taas lisää asiakkaan kaatumisriskiä.

Saamamme tulokset annosjakelun vaikutuksista hoitajien lääkehoidon osaamiseen, olivat hyvin samanlaisia kuin Aluehallintoviraston teettämässä kuntatutkimuksessa vuonna 2010. Lääkkeiden tunnistamisessa oli ilmennyt vaikeuksia annosjakelun myötä. Annosjakelun vaikutuksia muun muassa hoitajien ajankäyttöön Kotihoidossa, tutkittiin Itä-Suomen yliopistossa 2016 sekä Lahden kaupungin teettämässä hoitajille suunnatussa kyselyssä vuonna 2011. Tutkimuksien mukaan hoitajille oli vapautunut lisää aikaa hoitotyöhön lääkejakojen vähennyttyä, kuten tutkittavan kotihoitoyksikkömmekin tulokset osoittivat.

Lääkehoidonturvallisuutta koskevien tulostemme perusteella, voimme todeta niiden olevan yhtäläisiä muun muassa pohjoismaisen, vuonna 2013 tehdyn lääkityspoikkeatutkimuksen kanssa. Lääkitysvirheet olivat vähentyneet annosjakelun myötä lisäten siis lääketurvallisuutta.

6.2 Eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu

Yksi laadullisen tutkimuksen tärkeimpiä eettisiä periaatteita on tutkimustulosten luotettavuuden tarkistaminen ja yleistäminen (Mäkinen 2006, 102).

Henkilöhaastatteluilla suoritettu tutkimusmenetelmä laadullisen tutkimuksen perustana asettaa opinnäytetyön tekijöille paljon paineita. Miten kohdata haastateltavat niin, ettei itse johdattele keskustelua toivomaansa suuntaan? Vaikka haastattelijalla olisi pitkä kokemus käsiteltävästä asiasta tulee hänen säilyttää objektiivisuus ja pysyä tietoinensa taustalla. Luotettavuuden osatekijöinä huolellisuus, rehellisyys ja tarkkuus ohjaavat työn etenemistä, jolloin lopputulos on mahdollisimman todenmukainen. Haastateltavia kunnioittava asenne, avoimuus ja vastuullisuus näkyvät tiedottamisessa, haastattelutilanteissa sekä tiedon jälkikäsitelyssä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa luotettavaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on siten olennainen osa tutkimusprosessia. (Kylmä & Juvakka 2007.) Työemme luotettavuus ilmenee sen eri vaiheiden ilmaisuina, vahvistettavuus, siirrettävyys, uskottavuus sekä luotettavuus ovat kaikki näkyvissä ja työ on toteutettu eettisten periaatteiden mukaisesti (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013). Vahvistettavuuden toteutuminen voidaan todeta muun muassa seuraamalla opinnäyteytöprosessin etenemistä.

Haastateltavilla on aina mahdollisuus kieltäytyä haastatteluista sekä milloin tahansa kesken opinnäytetyön prosessin ilmoittaa haluavansa poistaa haastattelumateriaalinsa työstä. Tutkimusmateriaalia ei luovuteta ulkopuolisten käyttöön ja ne säilytetään määriteltyjen vaatimusten mukaisesti. Nauhoitukset poistetaan heti niiden käytyä tarpeettomiksi. (Mäkinen 2006,147.) Tiedonhankinnassa noudatetaan eettisesti ja tieteellisesti soveltuvia menetelmiä.

Opinnäytetyömme aiheesta löytyy tutkimustuloksia ja opinnäytetöitä, mutta ei varsinaista kirjallisuutta. Etsimme tietoa luotettavista suomalaisista sekä kansainvälisistä lähteistä, verkkopalveluista löysimme molempia ja tutkimustulokset osoittautuivat hyvin paljon omia tuloksiamme vastaaviksi. Haastattelujen litterointia tehdessä, halusimme päästä mahdollisimman rehelliseen ja luotettavaan lopputulokseen, joten teimme litteroinnin ja pelkistykset ristiin. Molemmat pelkistivät toistensa litteroinnin. Työmme edetessä kävimme tarvittaessa hakemassa uutta suuntaa työskentelyymme ohjaavalta opettajaltamme.

Haastattelimme tutkittavien yksiköiden kaikki sairaanhoitajat. Haastattelut etenivät suunnitelmien mukaan ja saimme paljon nauhoitettua materiaalia. Haastattelutulosten luotavuuteen on voinut vaikuttaa monikin asia, mutta olemme työssämme pyrkineet avoimuuteen sekä rehellisyyteen ja luottaneet myös haastateltavien rehellisyyteen.

6.3 Kehittämisehdotukset

Sairaanhoitajien haastatteluissa ilmeni ongelmakohtia asiakkaiden asioiden hoitamisessa moniammatillisessa yhteistyössä. Asiakkaan kotiutuessa esimerkiksi sairaalasta oli lääkereseptien kanssa usein ongelmia. Reseptit saattoivat olla myöhässä, ja sen seurauksena asiakkaan lääketilasta ei saatu lähetettyä ajoissa apteekkiin, joten seuraavan kahden viikon tilasta annosrullista ei voitu tehdä. Asiakkaan tiedoissa saattoi lukea lääkemutoksia, mutta reseptejä ei ollut tehty tai sitten niitä ei löytynyt. Säännölliset palaverit kaikkien asiakkaan lääkityksestä vastaavien kanssa, vaikkapa pari kertaa vuodessa, toisi ymmärrystä toisen hoitavan tahon tilannetta kohtaan. Yhdessä sovitut käytännöt ja perustelut omille toiveille, tuottaisivat asiakkaan kannalta parhaan mahdollisen lopputuloksen.

Hyvä yhteistyö kotihoidon oman apteekin kanssa koettiin ensiarvoisen tärkeäksi ja toimintaa helpottavaksi asiaksi. Kun yhteistyö on toimivaa, säästyy kaikilta aikaa ja huomion voi kiinnittää enemmän hoitotyöhön, lääkehoitoon ja muihin tärkeisiin asioihin. Myös sairaanhoitajien työtaakkaa toimiva apteekkiyhteistyö vähentäisi. Yhteistyötä voisi

parantaa yhteisillä kokoontumisilla, joissa jokainen voisi tuoda esiin omia näkökantojaan lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseksi.

Lääkkeiden tunnistaminen koettiin nykyään hankalaksi, sillä lääkkeiden tullessa valmiissa annosjakelupussissa ei tuntumaa niiden tunnistamiseen ole enää niin kuin dosettijako-aikana. Sairaanhoitajien mainitsema puhelimeen asennettava mobiilisovellus auttaa tunnistamaan lääkkeitä, mutta sitä ei ollut mahdollista asentaa Kotihoidon työpuheliin. Sovelluksen asentaminen kaikkien työntekijöiden puhelimeen vähentäisi sairaanhoitajille tulevien puhelujen määrää lääkemuutoksia tehtäessä, tätä kautta sairaanhoitajien työtehtävät eivät keskeytyisi puhelujen takia.

Osa sairaanhoitajista koki puhelimen keskeyttävän useasti työpäivän aikana työtehtäviä ja se häiritsi keskittymistä sekä uudelleen orientoitumista tehtävään. Soittoajat ja kotihoiton oma keskitetty vuorotteleva sairaanhoitajapäivystäjä antaisi työrauhaa sekä vapauttaisi muut sairaanhoitajat esimerkiksi käymään läpi asiakkaiden lääkityksiä lisäten näin lääketurvallisuutta.

6.4 Opinnäytetyön prosessi

Keväällä 2017 aloitimme opinnäytetyömme hahmottamisen aiheemme valinnalla aihevalintaseminaarissa. ”Kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta kotihoitossa - hyödyt ja haitat” - aihe miellytti meitä molempia, sillä kummallakin oli jo valmiina pitkä työura koskettaen kyseistä aihetta. Kesäkuun alussa, työelämäpalaverin jälkeen, opinnäytetyön tekeminen alkoi hahmottua ja opettajan kanssa käytyjen keskustelujen jälkeen aihe rajautui nimeksi, ”Hoitajien kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta kotihoitossa”. Saimme tutkimusluvan marraskuussa ja oltuamme yhteydessä haastattelujen puitteissa työelämäyhteyteen, muuttui työemme nimi vielä kerran heidän toiveestaan muotoon, ”Sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta kotihoitossa”.

Joulu- tammikuussa teimme haastattelut, litteroimme nauhoitteet ja keskityimme analyysin tekoon. Litterointi oli yllättävän aikaa vievää, ehkä juuri siksi, että pyrimme mahdollisimman tarkkaan kirjaamiseen. Etsimme samalla jatkuvasti teorian tietoa aiheesta ja jaoimme molemmille osuuksia tasapuolisesti, jotta molempien näkemykset tulisivat esiin työssä. Haimme tietoa eri menetelmin ja eri tietokannoista, luottaen vain viimeaikaiseen tutkittuun tietoon, jota löysimme mielestämme riittävästi.

Parityömme oli toimivaa ja saimme sovitettua aikataulumme hyvin yhteen, vaikka olimme molemmat samalla myös töissä. Jaoimme tehtäviä mielenkiinnon mukaan ja niin, että jokaisessa osiossa tulisi molempien kädenjälki esiin. Esimerkiksi pelkistykset teimme toistemme litteroinneista. Olemme opiskeluaikana tehneet paljon tehtäviä yhdessä ja se on varmaankin helpottanut opinnäytetyöprosessiamme.

Opinnäytetyö tehtävänä on ollut hyvin opettavainen projekti ja etsiessämme tietoa siihen, olemme saaneet paljon muutakin uutta tietoa, mikä ei välttämättä liity juuri etsimäämme aiheeseen, mutta on tärkeää hoitotyön tietoa. Aiheemme ja siihen saamamme uusi tieto tulee olemaan tarpeen työssämme sairaanhoitajina, olimme sitten töissä missä vaan terveydenhuollon yksikössä, sillä lääkitykseen liittyvä uusi teknologia tulee jatkossa varmaankin vain lisääntymään. Jo nyt on olemassa robotteja, jotka oppivat tunnistamaan kasvojen perusteella ihmiset ja siten heidän nimensä. Kuullessaan ihmisten puhuvan ja kertovan itsestään robotti tallentaa tietoa itseensä ja kykenee jatkossa myös keskustelemaan tallennettujen tietojen perusteella.

Älykäs koti mukautuu teknologiansa avulla vaikkapa muistisairaana vanhuksen tärkeisiin tarpeisiin, mahdollistaen näin vielä kotona asumisen, mikä ei ilman lisättyä teknologiaa enää ehkä onnistuisi. Pystyykö robotti silti koskaan korvaamaan toisen ihmisen aitoa läsnäoloa, vaikka se olisi kuinka kehittynyt ja ohjelmoitu? Tokihan robotti on kärsivällinen ja tarkka toimiessaan, mutta riittääkö se... sen näemme tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Aluehallintovirasto (AVI), Lääkehoito, Päivitetty 4.9.2014. Viitattu 31.10.2017. https://www.avi.fi/web/avi/laakehoito#.Wkt20Hm_P3g

Aluehallintovirasto, 2010, Lääkehoidon toteuttaminen ikä-ihmisten asumis- ja laitosten osissa. Kevään 7/2010 tulokset, Tampereen yliopistopaino, Viitattu 16.4.2018. <http://www.avi.fi>

Cheung, K-C., Van den Bemt, M., Bouvy, M., Wensing, M & De Smet, P. 2014. Medication Incidents Related to Automated Dose Dispensing in Community Pharmacies and Hospitals - A Reporting System Study. Viitattu 14.04.2018 <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0101686>

Evondos Oy, Lääkerobotti kotiin. Viitattu 18.10.2017. <https://evondos.fi/automaattinen-laakkeiden-annostelupalvelu/evondos-e300-laakeauto-maatti>

Haipro, 2016. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu: 6.10.2017 ht

Hammar, T., Vainio, S & Sarivaara, S., 2017. Kotihoidossa käytettävän teknologian kirjo on laaja, mutta kaikkia mahdollisuuksia ei vielä hyödynnetä. Viitattu 12.04.2018 <https://www.julkari.fi>

Honkanen, O. 2017, puhelinhaastattelu pvm. 18.10.2017. PharmaService Oy. Helsinki.

Härkönen, M. 2012. Potilasturvallisuus tulee näkyväksi vaaratapahtumailmoituksissa. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 23.02.2018 <http://epublications.uef.fi>

Inkinen, R., Volmanen, P., Hakoinen, S., 2016, Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Julkaisija THL. Viitattu 18.10.2017. <http://www.thl.fi/turvallinenlaakehoito>

Julkaisut.valtioneuvosto.fi/Lääkkeiden potilaskohtaisen annosjakelun hyvät toimintatavat, raportteja ja muistioita 2016:1. Viitattu 17.10.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3692-8>

Kimari, R & Matikainen, M. 2016. Hoitajien kokemuksia lääkkeiden koneellisen annosjakelun toteuttamisesta kotihoidossa. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Saimaan ammattikorkeakoulu. Lappeenranta. Viitattu 12.10.2017 <http://www.theseus.fi/handle/10024/117909>

Knuutila, J., Ruuhilehto, K., & Wallenius, J., 2007, Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Yliopistopaino Helsinki. Viitattu 21.3.2018.

Kröger, T. Van Aerschot, L & Puthenparambil, JM. 2018, Hoivatyö muutoksessa- Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän yliopisto Yfi julkaisuja, Jyväskylä. Viitattu 11.04.2018 <http://alusta.uta.fi/artikkelit/2018/03/20/lean-haluaa-kokopotentialisi-tyopaikan-kaeyttoeoen.html>

Kuisma, P. 2010. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma. Viitattu 23.11.2017 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81979/gradu04601..>

Kylmä & Juvakka (2012) Laadullinen terveystutkimus. Helsinki

Laakkonen, Liisa. 2015. Katsaus kotihoidon kriisiin- Helsinkiläinen näkökulma. Opin- näytetyö. Terveysturvallisuuden kehittäminen. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki. Viitattu 01.04.2018 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100578/Laakkonen_Liisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveys- palveluista. 28.10.2012/980. Viitattu 6.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Leikola, S. 2016. Koneellinen lääkejaku vapauttaa aikaa hoitotyöhön. Viitattu 14.04.2018. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/koneellinen-laakejakelu-vapauttaa-aikaa-hoitotyohon?publisherId=44210226&releaseId=44210238>

Lääkkeiden koneellinen annosjakelu. Mikä on anja? Viitattu 6.10.2017. <http://www.anja.fi>

Lönnqvist, H & Valli, A-M, 2013. Hoitohenkilökunnan kokemuksia lääkkeiden koneellisen annosjakelun käytöstä ja lääkitysturvallisuuden toteutumisesta palveluasumisen yksiköissä. Hoitotyön koulutusohjelma. Laurea AMK. Opin- näytetyö. Viitattu 8.10.2017. <http://publications.theseus.fi>

Martiskainen, T., 2015. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden fyysinen toimintakyky, fyysinen aktiivisuus ja itsearvioitu terveys. Liikuntalääketiede, Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 28.02.2018 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-201511155/

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

NewIcon Oy, Annosjakelutuotteet apteekkeille, Fixu-lääkeannostelija. Viitattu 18.3.2018. <https://newicon.fi/products/product/mts/>

Notkola, Irma-Leena, 2010, Rekisteritutkimuksen toteuttaminen ja lainsäädäntö, Rekisteritutkimuksen tukikeskus. Viitattu 03.01.2018. <https://rekisteritutkimus.files>

Paljärvi, Soili. 2012. Muuttuva kotihoito.15 vuoden seurantalutkimus Kuopion kotihoitoorganisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kopijyvä Oy. Kuopio. Viitattu 14.12.2017 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/

Pharmac Finland Oy, Lääkkeiden koneellinen annosjakelu. Viitattu 18.10.2017 <https://www.oma-annos.fi/>

Räisänen, S., & Gissler, M., 2012, Rekisteritutkimus – mahdollisuus hoitotieteessä, Hoitotiede-lehti, 2012 (24):38-49. Viitattu 21.3.2018. https://www.researchgate.net/publication/258452811_Rekisteritutkimus_-_mahdollisuus_hoitotieteessa

Salanterä S, Mieronkoski R, Suhonen H & Terävä V. 2016. Sairaanhoidon tulevaisuuden ympäristössä-miten työ ja osaaminen muuttuvat? Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Sairaanhoidtajaliitto ry, Bookwell Oy. Porvoo.

Sinnemäki, J., Sihvo, S., Isojärvi, J., Blom, M., Airaksinen, M & Mäntylä, A. 2013. Automated dose dispensing service for primary healthcare patients: a systematic review. Viitattu 14.04.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598731/>.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Viitattu 8.10.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81979/gradu04601.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä. 1088/2010. Viitattu 31.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston tulossopimus vuosille 2016–2019; tulostavoitteet 2017. Viitattu 8.10.2017. <https://www.valvira.fi/>

Tulonen, T. 2016. Robotit ikääntyneiden hoidossa – toiveet ja huolet. Informaatiotieteiden yksikkö Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma. Luettu 8.10.2017.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 10. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Valtioneuvosto, 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Valtioneuvoston julkaisuarkisto. Viitattu 12.04.2018 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80132>

Van den Bemt, P., Idzinga, J., Robertz, H., Kormelink, D & Pels, N. 2009. Medication Administration Errors in Nursing Homes Using an Automated Medication Dispensing System. Journal of the American Medical Informatics Association, 486–492, Viitattu 14.04.2018 <https://doi.org/10.1197/jamia.M2959>

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80132>

Valli, A-M & Lönnqvist, Heidi Hoitohenkilökunnan kokemuksia lääkkeiden koneellisen annosjakelun käytöstä ja lääkitysturvallisuuden toteutumisesta palveluasumisen yksiköissä. Viitattu 17.12.2017 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/60253/Lonnqvist_Heidi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Viikilä, J.2009. Työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia koneellisesta lääkkeiden annosjakelusta Pyhäjärven kotihoidossa ja palvelukeskuksessa. Opinnäytetyö Diakonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 29.11.2017 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/39066/Kananen_Saana.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vilka, H.2015. Tutki ja kehitä. 4.uudistettu painos. PS-kustannus. Jyväskylä.

Vitikka,Sari ym., 2011, Koneellisen lääkkeenjaon selvitystyönraportti 2011, Oulunkaaren vanhuspalvelut.

LIITTEET

Liite 1: Tiedote

Hyvä hoitaja, pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmme, jonka tarkoituksena on selvittää lääkkeiden koneellisen annosjakelun seurauksista eräässä Pirkanmaalaisessa kotihoitoyksikössä. Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta ja keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa. Opinnäytetyön yhteistyötahona toimii Pirkanmaalainen kotihoitoyksikkö. Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla kahdeksaa sairaanhoitajaa kahdessa kotihoitoyksikössä. Nauhoitamme haastattelut luvallanne. Haastattelu vie aikaa noin tunnin. Haastattelut tapahtuvat kotihoitoyksiköiden tiloissa työajalla.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Valmiit opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus-tietokannassa. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Tampereella 7.10.2017 Opinnäytetyön tekijät:

Sini Virtanen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
sini.virtanen@health.tamk.fi

Meri Rujala
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
meri.rujala@health.tamk.fi

Ohjaava opettaja: Sirpa Salin (TAMK), puhelin 050-591 4540 sirpa.salin@tamk.fi

Liite 2: Suostumus

KOKEMUKSIA LÄÄKKEIDEN KONEELLISESTA ANNOSJAKELUSTA KOTIHOIDOSSA

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää hoitajien kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta eräässä Pirkanmaalaisessa kotihoidossa, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä, milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan

Opinnäytetyöhön:

Haastateltavan

allekirjoitus

Nimen selvennys

Suostumuksen vastaanottaja

Opinnäytetyöntekijän

allekirjoitus

Nimen selvennys

Liite 3: Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelun teemat, kysymykset ja apukysymykset
Tutkija haastattelee. Haastattelu nauhoitetaan.

1. Annosjakeluasiakkuuden luominen

apukysymykset: lääkityksen tarkastaminen, sopimuksen tekeminen, hoitajan rooli, aptee-
kin rooli, kehittämistarpeet, työskentelytilat, lääkkeiden säilytys, muut vaikuttavat tekijät

2. Lääkepussien vienti asiakkaalle, yksittäisten lääkepussien käyttäminen tai anta- minen/purkaminen

apukysymykset: lääkkeiden käsittely, lääkkeiden tunnistaminen, lääkkeiden käyttö-
kuntoon saattaminen, kehittämistarpeet

3. Annospussien tarkistus, korjaukset, muutokset

apukysymykset: annospusseihin tehtävät lääkemuutokset, lääkityksiin tehtävät lisäyk-
set, lääkkeiden tunnistaminen, lääkityksen tarkastaminen, muutoksista tiedottaminen,
kehittämistarpeet

4. Konsultointi lääkehoitoon liittyvissä asioissa

apukysymykset: lääkärin tai apteekkihenkilökunnan konsultointi, kehittämistarpeet

5. Asiakkaan ohjaus ja neuvonta lääkehoidossa

apukysymykset: lääkehoidon ohjaus päivittäisessä työssä, esim. lääkeannospussien
käytön opastaminen, uuden lääkkeen käytön ohjaus, kehittämistarpeet

6. Annosjakelun vaikutukset lääkehoidon turvallisuuteen

apukysymykset: prosessiin osallistuvien toimijoiden yhteistyö, toimintatavat

7. Lääkepoikkeamat lääkepoikkeamailmoitus,

apukysymykset: riskikohdat lääkehoidon prosessissa, Lääkehoitoa ja annosjakelua kos-
kevat roolit ja vastuunjaot.

8. Lääkehoidon osaaminen, apukysymykset: omat valmiudet, koulutuskokemus omista lääkehoidon osaamisen taidoista, koulutustarpeet

Liite 4. Sisällönanalyysi

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> - asiakkaiden lääkkeet säilytetään asiakkaan kotona -lukollinen lääkekaappi kotona -asiakkaiden lääkkeitä ei säilytetä kotihoidon tiloissa -asiakkaille omat lääkekaapit kotiin -tiimitilassa asiakkaiden lääkkeitä - 	Lääkkeiden turvallinen säilytys ja jako	Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa
<ul style="list-style-type: none"> -hoitajien lääkkeiden tunnistamistaidon väheneminen -lääkesovelluksen puuttuminen työpuhelimesta -lääkemuutoksien ennakointi -lääkehoidon koulutus -riittävä ammattitaito - koulutuksia vähän -hoitajien osaamisessa yksilöllisiä eroja 	Lääkehoidon osaaminen	
<ul style="list-style-type: none"> -hyvä yhteistyö apteekin kanssa lisää lääkehoidon turvallisuutta -kotiutustilanteissa ongelmia lääkityksen suhteen - reseptien puuttuminen ongelmana -yhteispalaverit tärkeitä -huono yhteistyö apteekin kanssa lisää sairaanhoitajan työtä 	Moniammatillinen yhteistyö osana lääkehoidon turvallisuutta	
<ul style="list-style-type: none"> -joitain vääriä lääkityksiä päässyt läpi asiakkaalle mm. insuliineja -dosettijaoissa vielä virheitä -lääkevirheitä puutteellisen tiedottamisen takia 	Milloin tehdä HaiPro-haittailmoitus	HaiPro- haittatapahtumien kirjaaminen kotihoidossa
<ul style="list-style-type: none"> -tosi vähän tietoa HaiProsta -HaiProja ei ilmeisesti ole tehty -HaiProt pitäisi käydä läpi työpajoilla -HaiPron voi tehdä nimettömänä -omaiset voi soittaa lääkevirheistä 	HaiPro- haittatapahtumien kirjaamisen tietous kotihoidossa	
<ul style="list-style-type: none"> -esimies ei ole tuonut HaiProja nähtäväksi -organisaatiomuutokset hidastaneet HaiProjen käsittelyä -HaiProjen teossa paljon parannettavaa - HaiProja pyydetty nähtäväksi -HaiPro keskustelut olleet hedelmällisiä -aiemmin jokaisesta Haiprosta tuli viesti -toive käydä HaiProt läpi kuukausittain 	HaiPro -haittatapahtumien hyödyntämisen tarve kotihoidossa	

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> - asiakkaat joilla lääkitys pysyy samana, niin annosjakelu toimii -hyötykö asiakas annosjake- lusta -lääkevaihtokielto ei sovellu an- nosjakeluun -onko annosjakeluun soveltu- vat lääkkeet - annosjakelu reagoi lääkemu- toksiin hitaasti 	Annosjakelun aloitukseen vaikuttavat tekijät	Koneellinen annosjakelu
<ul style="list-style-type: none"> -uusilla asiakkailla aina ensin dosettijako -annosjakeluun siirtyminen niin, että kotona olisi mahdoli- simman vähän lääkkeitä -osa lääkkeistä siirtyy annosja- keluun ja osa lääkkeistä dose- tissa -asiakas hallitsee vielä dosetin käytön 	Annosjakelu vai dosettijako	
<ul style="list-style-type: none"> -seurataan asiakkaan toiminta- kykyä -Pussit aukeaa huonosti, osa lääkkeistä tippuu lattialle -sairauksien tuomat haasteet annosjakelun toimivuuteen 	Asiakkaan kognition vaikutus annosjakeluun	
<ul style="list-style-type: none"> -asiakkaan ohjaus ja neuvonta -kotikäynnillä kerrotaan lääk- keiden ja niiden vaikutuksesta -aina kun tulee uusi lääke niin siitä keskustellaan -asiakkaan itsemääräämisoikeu- den kunnioittaminen -asiakas- ja omaisohjauksen to- teutus -vastavuoroinen keskustelu asi- akkaan asioissa 	Lääkehoidon neuvonta ja ohjaus	Lääkehoito kotihoitossa
<ul style="list-style-type: none"> -lääkemuutosten määrä vaikut- taa poistotapaan -lääkemuutosten teko riippuu käyntimäärästä -lääkepussi suljetaan teipillä -avattuun lääkepussiin päiväys ja nimikirjaimet -poistetut lääkkeet yliviivataan pussista -lääkemuutokset kirjataan 	Lääkemuutosten teko	
<ul style="list-style-type: none"> -asiakkaalle lääkerullat kotiin kahden viikon välein -osa lääkkeitä viedään rullina, osa dosetissa -lääkkeiden vienti riippuu käyn- timäärästä 	Lääkkeiden vienti asiakkaalle	