

KOTIPALVELUHENKILÖSTÖ VANHUSTEN LÄÄKEHOIDON
TOTEUTTAJANA KUOPION KAUPUNGISSA

Apteekifarmasian
erikoistumisopinnot
proviisoreille, PD
Projektityö
Kuopion yliopisto
Koulutus- ja
kehittämiskeskus
proviisori
Eija Ojala
Maaliskuu 2004

Julkaisua voi tilata osoitteesta:

Eija Ojala
Mansikkatie 6
70280 KUOPIO

ojala.eija@pp.inet.fi

ISBN 951-781-188-8
ISBN 951-27-1042-1 (PDF)
ISSN 0789-4317

KUOPION YLIOPISTO, Koulutus- ja kehittämiskeskus
Apteekifarmasian erikoistumisopinnot proviisoreille, PD
OJALA EIJA, S.: Kotipalveluhenkilöstö vanhusten lääkehoidon toteuttajana Kuopion kaupungissa
Projektityö, 36s. 3 liitettä (5 s.)
ISBN 951-781-188-8
ISBN 951-27-1042-1 (PDF)
ISSN 0789-4317
Ohjaaja: Katri Hämeen-Anttila
Maaliskuu 2004

Väestö ikääntyy ja ikääntymisen myötä sairauksien määrä lisääntyy ja siksi myös lääkkeiden tarve kasvaa. Käytännössä usein havaitaan tarpeettomien lääkitysten kasaantumista. Monilääkitys voi olla monien yhtäaikaisten sairauksien kanssa tarpeen, mutta lääkkeiden tarpeellisuus ja annostus on arvioitava yksilöllisesti. Monilääkitys lisää haitta- ja yhteisvaikutusten riskiä, mitkä johtavat toisinaan sairaalahoitoihin. Näistä osa on vältettävissä huomioimalla yhteisvaikutukset ja korjaamalla annoksia. Vanhusten monet sairauden yhdessä ikääntyvän elimistön kanssa aiheuttavat sen, että heidän hoidossaan on katsottava enemmän lääkehoidon kokonaisuutta kuin yksittäisiä lääkkeitä. Tavoitteena tulee olla toimintakyvyn ylläpitäminen.

Työn tavoitteena oli selvittää kotihoitohenkilöstön tietoja lääkehoitojen käytännön toteuttamisesta ja koulutuksen avulla mahdollisesti lisätä niitä. Käsityksiä ja tietoja selvitettiin ryhmähaastattelulla ja kyselyllä. Työn aikana järjestettiin kahden tunnin mittainen luentokoulutus.

Jokaisella kotihoidon työntekijällä on useita vanhuksia, joiden hoidosta he kantavat kokonaisvastuuta. Lääkehoito on yksi osa-alue, joka vaikuttaa merkittävästi asiakkaan toimintakykyyn. Haastattelussa muistamattomuus ja liikuntaongelmat sekä lääkehoidoissa lisäksi nielemisvaikeudet ilmoitettiin eniten toimintakykyä haittaaviksi tekijöiksi. Särky- ja kipulääkkeet, unilääkkeet, mielialalääkkeet, astmasuihkeet ja psyykenlääkkeet ovat lääkeryhmiä, joiden kanssa koetaan eniten ongelmia. Toisaalta liian suuret tabletit ja jauhettaessa esiin tuleva paha maku haittaavat lääkkeiden käyttöä. Kyselyn mukaan apua kotihoidon työntekijät hakevat oman tiimensä sairaanhoitajalta, apteekista, lääkäriltä ja työtovereilta. Kotipalveluhenkilöstöllä on kohtuullisesti tietoa lääkkeistä ja lääkehoitojen käytännön toteuttamisesta. Kuitenkin myös selkeitä puutteita ja vääriä tietoja nousi esiin. Esimerkiksi 28 % vastaajista tiputtaa kaksi silmätippaa asiakkaansa silmään peräjälkeen, vaikka ne eivät sinne edes teoreettisesti kerralla sovi. Vastaajista 3 % tiesi silmänurkan painamisen kuuluvan tähän antotapaan.

Farmasian ammattilaisten velvollisuus on varmistaa lääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö. Tähän kuuluu lääkeneuvonnan ohella niin lääkkeistä johtuvien oireiden kuin yhteisvaikutustenkin havaitseminen. Proviisoreilla ja farmaseuteilla on selkeä asema myös muiden lääkkeiden kanssa toimivien ammattilaisten kouluttajana. Asemamme terveydenhuollon ketjun osana vahvistuu edelleen, kun keskitämme voimamme laadukkaan farmaseuttisen hoidon toteuttamiseen.

Avainsanat: kotihoito, vanhukset, lääke

ESIPUHE

Haluan kiittää projektityöni ohjaajaa proviisori Katri Hämeen-Anttilaa saamastani käytännöllisteoreettisesta ohjauksesta sekä kannustuksesta projektityöni aikana.

Lisäksi haluan kiittää proviisori, koulutussuunnittelija Lea Tuomaista arvokkaista ja kannustavista neuvoista projektityöni aikana sekä apteekkari, FaT Eeva Savelaa innostavasta elinikäisen oppimisen opettamisesta.

Kiitokseni esitän myös Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen ylihoitaja Pirjo Varjorannalle sekä hänen kotihoidon ja vanhustyön henkilöstölleen, nimeltä mainiten lääkehoidon oppimistehtäviä tehneet Minna- ja Mäntylä- tiimit.

Lämpimät kiitokset kärsivällisyydestä perheelleni, jolle tämänkin myötä elinikäisen oppimisen ajatus on sisäistynyt jo varhain.

Eija Ojala

SISÄLLYS

1 Johdanto.....	9
2 Vanheneminen.....	10
3 Geriatria näkökohtia.....	10
4 Vanhus ja lääkkeet.....	12
5 Yhteiskunnallisia näkökohtia.....	14
6 Kuopion kaupungin kotihoito ja vanhustyö	16
7 Apteekin rooli vanhusten lääkehoidon seurannassa.....	17
8 Kotipalveluhenkilöstö vanhusten lääkehoidon toteuttajana.....	20
8.1 Tausta ja tavoitteet.....	20
8.2 Toteutus ja aikataulu.....	20
8.3 Tulokset ja pohdinta.....	21
8.3.1 Kotiavustajien haastattelu.....	21
8.3.2 Alkukysely kotihoidon henkilöstölle.....	22
8.3.3 Omahoitaja vanhusten lääkehoidon toteuttajana -koulutus.....	31
8.3.4 Loppukysely kotihoidon henkilöstölle.....	31
9 Yhteenveto.....	32
KIRJALLISUUS.....	34

LIITTEET

Kotipalveluhenkilöstön haastattelurunko

Alkukysely

Loppukysely

1 JOHDANTO

Vuonna 2010 Suomessa ennustetaan asuvan 226 600 yli 80-vuotiaasta henkilöä (Huttunen 2003). Mikäli palveluasumista tarvitsee 5 % yli 75-vuotiaista, palveluasumisen tarvitsijoita vuonna 2010 Suomessa on 19 885. Vastaavasti yli 65-vuotiaista pitkäaikaishoidon paikkoja silloin tarvitsee 30 377 henkilöä, kun erikoissairaanhoidon tarvetta ei ole huomioitu. Suurin osa vanhuksista kuitenkin asuu kotona. He tulevat toimeen omillaan, omaisten ja naapureiden avulla tai kotipalvelun tuella. Kotihoito tukee vanhusten selviytymistä kotona mahdollisimman pitkään.

Ikääntyminen lisää lääkitystä vaativien sairauksien ilmaantumista ja siksi myös monilääkitys on lisääntynyt vanhimmassa ikäluokassa. Perustiedot lääkkeistä ja lääkehoidoista ovat lääkkeiden oikean käytön ja lääkehoitojen seurannan onnistumisen ehdottomat edellytykset ja siten kansalaistaitoon kuuluva elementti. Kuntien vanhustyön ja kotihoidon palvelujen piirissä olevien vanhusten lääkehoitojen toteuttamisessa ja seurannassa mukana olevien työntekijöiden tietoisuus lääkkeiden käytössä huomioitavista seikoista auttaa heitä asiakkaidensa terveyden ja toimintakyvyn maksimoinnissa.

Farmasian ammattilaisten velvollisuus on varmistaa lääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö lääkkeitä apteekista toimitettaessa. Mikäli omaiset hoitavat apteekkiasioita ja kotipalvelun työntekijät huoltavat lääkkeiden annostelua, ei apteekissa saada suoraa kontaktia lääkkeen käyttäjään tai edes lääkkeitä annosteleviin henkilöihin. Kotipalveluhenkilöstö seuraa lähes päivittäin vanhuksen vointia ja voi näin nähdä lääkehoitojen onnistumisen. Farmasian ammattilainen voi havaita lääkkeitä toimittaessaan yksittäisten potilaiden lääkitysriskejä ja informoida niistä potilasta, hoitajaa tai lääkäriä. Lisäksi farmasian ammattilainen voi myös kouluttaa muita terveydenhoidon ja hoivan antajia.

2 VANHENEMINEN

Vanheneminen ja vanhenemisnopeus riippuvat selvästi sekä perinnöllisistä että ulkoisista tekijöistä (Tilvis ym. 2002). Toistaiseksi ikäennätys naisilla on 121 vuotta ja miehillä 113 vuotta. Näitä vanhuustutkijat eivät pidä mitenkään ylärajoina. Viime vuosina suhteellisesti suurinta on ollut yli 80-vuotiaiden elinajan piteneminen (Terveys 2015, 2001). Suomessa vanhuuden alkamisen on katsottu kytkeytyvän yleisen eläkeiän rajaun. Tällöin voidaan pitää esimerkiksi 65 - 74-vuotiaita "nuorina vanhuksina", yli 75-vuotiaita "varsinaisina vanhuksina" ja yli 85-vuotiaita "vanhoina vanhuksina".

Vanheneminen on luonnollinen osa elämänsäkaarta. Elimistön eri osien vanhenemismuutokset ilmenevät hyvinkin vaihtelevalla nopeudella. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että ikääntyvällä ihmisellä voi näkyä selviä vanhenemisoireita vain joissakin elintoiminnoissa. Luonnolliset vanhenemismuutokset tapahtuvat suhteellisen hitaasti, ilmenevät kaikissa ihmisissä ennemmin tai myöhemmin, ovat palautumattomia ja johtavat toimintakyvyn heikentymiseen sekä lisäävät haavoittuvuutta (Tilvis ym. 2002). Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä hänelle asetetuista vaatimuksista (Ikä ja työ 2003, 2003). Terveys ja toimintakyky voivat säilyä hyvänä pitkälle vanhuusikään.

Elimistön rasva-neste tasapaino muuttuu vanhetessa ja useimpien vanhusten paino alkaa laskea 75-ikävuoden jälkeen. Energiankulutus vähenee perusaineenvaihdunnan hidastuessa ja lihasmassan vähetessä (Tilvis ym. 2002). Ruokahalun ja janontunteen heikentyminen ovat syitä vanhusten ravitsemushäiriöille. Ruokahalua heikentävät maku- ja hajuaistin heikkeneminen sekä sairaudet ja lääkehoidot.

3 GERIATRISIA NÄKÖKOHTIA

Geriatrissa yhdistyvät vanhenemistutkimuksen ja lääketieteen eri erikoisalojen tietämys sairaiden vanhusten hoidossa (Tilvis ym. 2002). Alusta pitäen yhdeksi tärkeimmistä haasteista on nähty liian varhaisen, pysyvän laitoshoidon ehkäisy.

Käytännössä geriatria on monella tavoin saumakohtiin sijoitettavaa sairaanhoitoa (Tilvis ym. 2002). Sen tulisi olla ennen kaikkia jatkuvaa pohdiskelua siitä, mikä on potilaalle parasta. Vanhuusiässä sairauksien ehkäisyn tavoitteena ei ehkä niinkään pidä nähdä kuoleman, vaan toimintakyvyn heikkenemisen välttäminen. Ajatuksena on, että invalidisoivien sairauksien puhkeaminen voitaisiin estää joko kokonaan luonnollisen eliniän aikana tai ainakin siirtää myöhemmäksi. Onnistuessaan tämä merkitsee sitä, että sairaat ovat yhä vanhempia. Tällöin vanhusten itsenäisyyden tukeminen, elämän laadun parantaminen sekä monien rappeuttavien sairauksien ja sosiaalisten syiden aiheuttamien haittojen minimointi ovat selkeitä haasteita.

Varsinaisia vanhusten sairauksia ei ole, mutta lähes kaikkien sairauksien riski kasvaa vanhetessa. Sairauksien oireiden kirjo on täysin erilainen laitoksissa kuin valvotussa kotisairaanhoidossa olevilla vanhuksilla (Tilvis ym. 2002). Kivut ja säryt, nivelkulumat ja yleinen kömpelöityminen ovat avohoidossa tavallisimpia syistä, jotka tuovat vanhuksen lääkärin vastaanotolle. Muita vastaanotolle hakeutumisen syitä ovat usein toistuvat virtsatietulehdukset, huonolta tuntuva suolentoiminta sekä kohonneen verenpaineen ja oireisten sydänsairauksien hoito-ongelmat. Muistin huonontuminen on monesti merkki piilevästä masennuksesta - oireesta, josta vanhukset kärsivät hyvin usein, mutta joka jää helposti vaille tarpeellista huomiota.

Kotipalvelun asiakkaat käyttävät Lithoviuksen työryhmän (1998) tutkimuksen mukaan keskimäärin vähemmän lääkkeitä kuin kotisairaanhoidollisia palveluja saavat. Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä käytetään eniten, näistä 37 % on sydänglykosideja. Kotipalvelun asiakkaista 35 % käyttää antikogulantti-valmisteita. Unilääkkeiden käyttäjiin kuuluu 14 % asiakkaista ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien lääkkeiden käyttäjien osuus on noin viidennes. Tutkituista potilaista 46 %:a huolehtii itse lääkkeiden annostelusta ja ottamisesta, 37 %:a tarvitsee apua annostelussa (dosettiin jakaminen) ja 17 %:a tarvitsee valvontaa lääkkeiden ottamiseen.

Vanhuksen monista ongelmista tulisi löytää ensisijaisesti ne, joihin on saatavissa konkreettista apua (Tilvis ym. 2002). Ne eivät ole käytännössä aina samoja kuin potilaan eniten valittamat vaivat. Vanhuksen sairauksien laadun ja luonteen

selvittäminen on usein hankalaa myös sen vuoksi, että monien sairauksien taudinkuva saattaa vanhuksilla olla tavanomaisesta poikkeava.

Lääkärit kokevat ongelmallisimmaksi itsenäisesti asuvien ikäihmisten hoitamisen (Kaufmann 1995). Ongelmana on tällöin se, miten tasapainoilla ennaltaehkäisy, hoidon ja potilaan itsenäisyyden välillä. Ihmisen omaa vastuutaan terveydestään ja toimintakyvystään korostetaan myös tulevaisuudessa (Lumme-Sandt 2002). Vanhusten hoitoon pätevät osin toisenlaiset periaatteet kuin keski-ikäisten hoidossa (Pitkälä ja Strandberg 2003). Vanhukselle ilmaantuviin oireisiin tulisi aina tarttua hanakasti, diagnosoida ja hoitaa ne nopeasti. Vanhusta ei myöskään auta yhteen tautiin keskittyminen, vaan häntä hoidettaessa tulisi aina miettiä muita samanaikaisia sairauksia ja pohtia myös ehkäisyn mahdollisuuksia. Kotona asuvien monisairaiden ryhmässä hoito on usein liian konservatiivista, ehkäisytyö on satunnaista ja ylipäätään kaikissa näyttöön perustuvissa hoidoissa on vajetta.

4 VANHUS JA LÄÄKKEET

Vanhukset tarvitsevat lääkkeitä ja käyttävät niitä paljon enemmän kuin nuoremmat (Tilvis ym. 2002). Sairauksien kasaantumisen takia heille joudutaan määräämään usein monia lääkevalmisteita. Reseptilääkkeiden käyttö ja monilääkitys ovat lisääntyneet vanhimpien ikäluokkien joukossa. Esimerkiksi Lounais-Suomen yli 80 -vuotiaista joka kolmannella on käytössä sedatiiveja kolme tai enemmän (Linjakumpu 2003).

Barat ym. (2000) julkaisi raportin, jonka mukaan Tanskan Århusin vanhusten reseptilääkkeistä neljännes oli sellaisia, joista ”oma lääkäri” ei tiennyt mitään ja 3/4:n käyttämistä itsehoitovalmisteiden nimistä tai annoksista ei lääkäriellä ollut mitään tietoa. Ikäihmisten määrä kasvaa ja heidän joukossaan on entistä enemmän myös omassa kodissaan asuvia, kriittisiä ja koulutettuja ikäihmisiä (Lumme-Sandt 2002). Ihmiset, myös ikäihmiset, käyttävät lääkkeitä oikein, liikaa, liian vähän tai jättävät lääkkeen käyttämättä omien päätöstensä perusteella. Päätöksiin vaikuttaa paitsi lääkärin määräys, myös sosiaalinen ja kulttuurinen ympäristö. Päätökset ovat aina rationaalisia potilaan omasta näkökulmasta.

Vanhusten lääkkeiden käytön keskeisimpiä ongelmia ovat potilaan alentunut lääkkeen sietokyky, monilääkitykseen liittyvä lisääntynyt haitta- ja yhteisvaikutusriski sekä tarkkojen käyttöohjeiden noudattamisen vaikeudet (Tilvis ym. 2002). Lääkkeiden vaikutukset voivat muuttua sekä iän että sairauksien takia. Vanhuspotilailla yksilölliset vaihtelut ovat paljon suurempia kuin iän aiheuttamat muutokset. Ikääntymiseen liittyen monien lääkkeiden farmakokinetiikka ja -dynamiikka voivat muuttua hyvin monella eri tavalla. Elimistön vanhenemismuutokset pienentävät lääkkeiden annostarvetta. Lääkkeiden poistuman hidastuminen vanhuksilla vaikuttaa vanhenemistakin voimakkaammin lääkkeiden vaikutukseen. Muutoksia voi ilmetä myös kohde-elinten herkkyydessä lääkeaineille.

Polyfarmasia lisää haitta- ja yhteisvaikutusten riskiä. Maailman terveysjärjestö on asettanut suositukseksi korkeintaan 3-4 lääkettä vanhusta kohti (Caird 1987). Riihimäellä ja Lopella 1994 tutkituista potilaista WHO:n normisuositus ylittyi viidesosalla (Lithovius ym. 1998). Kansainvälisesti on raportoitu yhdellä kuudesta sairaalahoitoon joutuneesta vanhuksesta yhteisvaikutuksia ja vakavia näistä oli 24 % (Mannesse ym. 1997, Mannesse ym. 2000). Vanhukset itse tunnistivat lievät reaktiot lääkehaitoiksi, mutta eivät vakavimpia (Lumme-Sandt 2002).

Jotkut sairaalahoitoon johtaneista haitoista johtuvat lääkkeiden keskinäisistä yhteisvaikutuksista (Björkman ym. 2002). Tutkijaryhmä arvioi, että 90 % mahdollisista yhteisvaikutuksista olisi voitu välttää annoksia korjaamalla. Ehdottomasti vältettävien yhteisvaikutusten ryhmään kuului 10 % havainnoista. Yleisin vältettävistä yhteisvaikutuksista oli ipratropium ja β 2-agonistit, toisena tuli kalium kaliumia säästävien aineiden kanssa ja antitromboottiset aineet tulehduskipulääkkeiden kanssa. Voisi olettaa, että Suomessakin saavutettaisiin merkittävää kansantaloudellista säästöä arvioimalla iäkkäiden lääkityksen asianmukaisuus säännöllisesti osana hoitokäytäntöjä (Hartikainen 2002).

Monilääkityskään ei ole ongelma, jos jokaiselle lääkkeelle on selkeä käyttöaihe ja hoitava lääkäri hallitsee käytettyjen lääkkeiden interaktiot, haittavaikutukset ja lääkkeiden kulun muutokset monien sairauksien vaivaamassa iäkkäässä

elimistössä (Hartikainen 2002). Ongelmaksi monilääkitys muodostuu vain, kun potilaalla ei ole lääkäriä, joka ottaisi vastuun hoidon ja lääkityksen kokonaisuudesta. Lääkemäärän väheneminen on ollut keskeisiä löydöksiä geriatrisen toiminnan vaikuttavuutta selvittelevissä tutkimuksissa. On kuitenkin todettu, että lääkkeiden määrä palaa pääosin ennallaan kolmen kuukauden – puolen vuoden kuluttua (Gerety ym. 1993, Pitkälä ym. 2001). Monilääkitys on usein hoitojen kertymä vuosien varrelta. Vanhukset tarvitsevat lääkitysten vähentämisen yhteydessä paljon tukea lääkäriltään omaisilta ja kotihoidon hoitajilta. He saattavat tarvita myös muuta toimintaa ja virikettä lääkkeiden kanssa puuhaamisen tilalle (Hartikainen 2002).

Kaatumiset lisäävät pitkäaikaiseen laitoshoitoon siirtymisen vaaraa ja toistuva kaatuminen ennustaa myös ylikuolleisuutta (Donald ja Bulpitt 1999, Mannesse 2000). Kaatumisvaara on suurin vanhuksilla, jotka kärsivät huonosta lihasvoimasta ja tasapainosta tai näön heikkoudesta. Lääkkeistä riskiä nostavat monilääkitys ja psyykenlääkkeet (Leipzig ym. 1999a, Hartikainen ym. 2000). Myös digoksiini, 1A ryhmän rytmihäiriölääkkeet ja diureetit ovat yhdistetty kaatumisiin (Leipzig ym. 1999b).

Kokonaislääkityksessä on tärkeämpää tarkastella lääkehoidon kokonaisuutta kuin yksittäisten lääkkeiden vaikutuksia (Agostini ja Tinetti 2002). Ei-toivottujen vaikutusten minimointi sekä terveyden ja toimintakyvyn maksimointi ovat käytännön työn reaalin tavoite. Tässä työssä myös farmasian ammattilaisilla on oma roolinsa paitsi yksittäisen potilaan lääkitysriskien havaitsemisessa, myös muiden terveydenhoidon ja hoivan antajien kouluttamisessa (Keller ja Slattum 2003).

5 YHTEISKUNNALLISIA NÄKÖKOHTIA

Kelan vuonna 2001 korvaamien lääkkeiden kustannuksista 65-vuotta täyttäneiden osuus oli 39 %, vaikka heidän osuutensa väestöstä oli vain 15 % (Klaukka 2002). Kuopion yliopistollisen sairaalan vastuualueen 65-vuotta täyttäneistä 90 % sai avohoidossa käyttämistään lääkkeistä Kelan korvausta vuonna 2001 (Suomen

lääketilasto 2001). Tällä joukolla oli keskimäärin 15,9 reseptiä korvauksien perusteena. Kun jokainen käy apteekissa ainakin neljä kertaa vuodessa, jää keskimääräiseksi pysyvästi käytössä olevaksi lääkkeiden määräksi neljä valmistetta henkeä kohden. Keskimääräinen saatu lääkekorvaus kasvoi aina 80 ikävuoteen asti. Väestön vanhenemisen merkitys lääkekustannusten kasvussa ei kuitenkaan Klaukan (2001) mukaan ole kovin merkittävä, enemmän kustannuksia nostaa uusien, kalliimpien lääkkeiden käyttöönotto.

Terveys 2015 kansanterveysohjelman painotus kohdistuu terveyden edistämiseen, ei niinkään terveystalouden kehittämiseen (Terveys 2015, 2001). Yksi ohjelman tavoitteista on, että yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan.

Myös ikääntyneiden sairauksia voidaan ehkäistä, toimintakykyä edistää ja heitä kuntouttaa (Terveys 2015, 2001). Siten voidaan tukea autonomisen elämän edellytyksiä. Vanhimmissa ikäryhmissä toiminnanvajavuuksien lisääntyminen vaikeuttaa itsenäistä selviytymistä ja alentaa elämän laatua. Tällöinkin voidaan parantaa arjessa selviytymistä ehkäisemällä toiminnanvajavuuksien ja sairauksien pahenemista ja järjestämällä asianmukaista kuntoutusta. Huolenpidon ja hoivan tarve kasvaa erityisesti yli 85 -vuotiailla, jotka tarvitsevat myös erilaisia pitkäaikaishoitopalveluja. Väestön vanhetessa nopeasti on suuri haaste järjestää toimintakykyisyyttään menettäneiden ikääntyneiden, myös kaikkein vanhimpien, tarvitsema arjessa selviytymistä tukeva kuntoutus, huolenpito ja hoiva sekä laadukkaat ja kattavat sairaanhoito-palvelut. On kuitenkin muistettava, että suurin osa yli 75-vuotiaista asuu omassa kodissaan ilman avun tarvetta. Valtaosa vanhustenhuollon varoista menee laitoshoitoon (Pitkälä ja Strandberg 2003).

Yhteiskunnallisesti yhä keskeisemmäksi on nouseva kysymys siitä, kenen ehdoin sairaimpien vanhusten hoito toteutetaan (Tilvis ym. 2003). Kuinka pitkälle tulee huomioida yksilön omat toiveet ja odotukset, missä määrin on huomioitava omaisten asema, ja onko hoitolinjoja valittaessa otettava huomioon myös hoitoyhteisön käsitykset ja valmiudet? Kysymys kiteytyy lopulta siihen, kuinka keskeiseksi yhteiskunnassa koetaan iäkkäiden sairaiden hoito. Tämän päivän tilannetta Suomessa kuvastanee varsin hyvin se, että vanhusten sairaanhoito on

tällä hetkellä selkeästi kilpailuasemassa lasten päivähoidon järjestämisen kanssa. Yhteisin päätöksin terveet lapset laitostetaan nuorimmasta päästä ja sairaat vanhuksat pyritään siirtämään usein vasten tahtoaan ns. avohoitoon (Tilvis ym. 2003).

6 KUOPION KAUPUNGIN KOTIHOITO JA VANHUSTYÖ

Vuonna 2003 Kuopiossa oli 12 040 yli 65-vuotiasta, mikä on noin 13 % väestöstä ja heistä 5 320 oli yli 75-vuotiaita (6 % väestöstä). Tällä hetkellä 132 kuopiolaista ikäihmistä odottaa ympärivuorokautista hoitopaikkaa, näistä 70 odottaa paikkaa sairaalassa (Kuopion ikäimmeisten strategia 2003). Kuopion väestön ikärakenne valtakunnallisten trendien mukaisesti vanhenee (Kuopion väestöennuste 2002). Kuopiossa 65 - 74 -vuotiaiden määrä lisääntyy noin 4 400 henkilöä vuoteen 2020 mennessä, jolloin heitä olisi noin 17 %:a väestöstä. Vastaavasti yli 75-vuotiaiden määrä lisääntyy n. 2 000:lla (7,5 % väestöstä) kasvun edelleen voimistuessa ajanjaksolla 2020 – 2030.

Kuopion kotihoidossa oli 3 011 asiakasta vuonna 2001 (Kuopion ikäimmeisten strategia 2003). Heistä 75-vuotta täyttäneitä asiakkaita oli 1 507, mikä on 30 % Kuopion 75-vuotta täyttäneestä väestöstä. Näistä vanhuksista 18 % tarvitsi joko omaishoitoa, palveluasumispalveluita tai oli kokonaan pitkäaikaishoidossa. Kotihoito tukee asiakkaan selviytymistä kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa mahdollisimman pitkään. Kotihoidon järjestämisen painopiste uusimman strategian mukaan on asiakkaissa, jotka eivät selviydy arkielämän toiminnoissa itsenäisesti, omaisten tai muiden apua antavien tahojen turvin ja jotka tarvitsevat säännöllistä (päivittäistä, viikoittaista) hoivaa, huolenpitoa ja/tai sairaanhoitoa (Kuopion ikäimmeisten strategia 2003).

Kuopion kaupungin kotihoidon ja vanhustyön vastuualueeseen Kuopiossa kuuluvat kotihoito (kotisairaanhoito, kotipalvelu), omaishoito, tukipalvelut (turvapalvelut, ateriapalvelut ja vanhusten päiväkeskustoiminta), vanhusten asumispalvelut (palvelutalot, tehostettu palveluasuminen, ryhmäkodit ja vanhusten perhehoito) ja palvelukeskukset (entiset vanhainkodit) (Kuopion ikäimmeisten strategia 2003).

Työskentelytapana kaupungin kotihoidon ja vanhustyön vastuualueella on yksilövastuinen hoitotyö. Organisatorisesti tämä merkitsee, että jokaiselle asiakkaalle on nimetty oma yksilöllisesti vastuussa oleva hoitaja, joka kantaa vastuun hoitotyöstä ja sen koordinoinnista asiakkaan koko hoidon ajan (Hegyvary 1987). Yksin työtätekevä kotihoitohenkilöstö muodostaa alueittain tiimejä. Tiimeissä on nimetyt esimiehet ja kotisairaanhoidon yhteyshenkilö. Tiimityöskentely tukee omahoitajuutta ja se edellyttää yhteistoiminnallisuutta, joka perustuu toisilta oppimiseen ja kollegiaalisuuteen. Tiimin velvollisuus on tukea ja auttaa omahoitajaa. Omahoitajan velvollisuus on tehdä yhteistyötä kollegoiden ja muiden ammattiryhmien kanssa hyödyntäen niitä asiakkaan hyvän hoidon varmistamiseksi (Mäkisalo 2001).

Vuonna 2001 Kuopion kaupungin kotihoito ja vanhustyö sekä yksityiset kotihoitoyrittäjät laativat kotihoidon laatuksiteerit ja -vaatimukset. Silloin tehdyn asiakaskyselyn pohjalta yhdeksi keskeisimmäksi kehittämisalueeksi nousi omahoitajuuden vahvistaminen (Kaskinen ja Repo 2003). Sittemmin Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen kotihoidon ja vanhustyön vastuualueelle on tehty koulutussuunnitelma ”Omahoitajuus tiimityössä”. Tämän koulutuksen tavoitteena on selkiyttää ja vahvistaa omahoitajuutta ja tiimityöskentelyä sekä tukea hoitotyöntekijän ammatillista kasvua. Keväällä 2002 kotihoidon ja vanhustyön vastuualueen henkilökunnalta kartoitettiin koulutustarpeita. Esille nousivat ravitsemus, lääkehoito, kirjaaminen, mielenterveys, terveyden edistäminen, voimavaralähtöisyys, työssä jaksaminen ja työmotivaatio, kollegiaalisuus, sosiaalityö sekä ammatissa kehittyminen. Koulutusta näistä aiheista on toteutettu syksystä 2002 lähtien ja ne päättyivät keväällä 2004.

7 APTEEKIN ROOLI VANHUSTEN LÄÄKEHOIDON SEURANNASSA

Useimmilla apteekeilla on asiakkanaan kotihoidon potilaita ja näiden määrä tulee edelleen kasvamaan. Apteekin roolina on varmistaa lääkehoidon onnistuminen asiallisessa yhteistyössä vanhuksen itsensä, hänen avustajiensa (omaiset, kotipalvelu) ja lääkärin kanssa osana terveydenhuollon ketjua (Apteekkitoiminnan

eettiset ohjeet 1998). Useimmissa tapauksissa apteekin ja kotisairaanhoidon välinen yhteistyö jää tiskin yli tapahtuvaan kontaktiin lääkkeiden toimittamisen yhteydessä. Apteekeilla on runsaasti myös itse asioitaan hoitavia vanhusasiakkaita, joiden lääkityksen seurannassa ei juuri muita ammattilaisia ole mukana.

Apteekeissa voidaan vaikuttaa lääkkeiden toimittamisen ja määräämisen hyvään laatuun (Mott ja Meek 2000). Potilaita tavataan melko säännöllisesti ja silloin voidaan keskustella esiin tulleista ongelmista. Usein on myös mahdollista nähdä koko lääkeprofiili taustatietojen kanssa, mikä on hyödyllistä lääkehoitojen seurannassa. Seurannan avuksi on Suomessa kehitetty tietokoneohjelma reseptinkäsittelyjärjestelmän yhteyteen lääkitysten seurannan ja arvioinnin välineeksi (Kröger 2003). Maailmalla on kehitetty muitakin apuvälineitä, kuten lääke/ikä kriteerit, jotka kuvaavat vanhuksille sopimattomia lääkkeitä tai lääkehoitoja. Lisäksi käytettäville lääkeannoksille annetaan ylärajat. Mott ja Meek (2000) havaitsivat tutkimuksessaan, että yksi seitsemästä tarkastellusta vanhuksen lääkityksestä sisälsi epätarkoituksenmukaisia lääkevalmisteita.

Lääkehoitojen seurannassa vaaditaan aina taustatietoja (Mott ja Meek 2000). Apteekissa tulee olla seuranta kaikista vanhuksilla epätarkoituksenmukaisista lääkeyhdistelmistä, paikkakunnan lääkemääräyskäytännöistä sekä tietoa vaihtoehtoisista hoitokäytännöistä. Näin riskien havaitseminen helpottuu ja tarvittaessa pystytään ehdottamaan vaihtoehtoisia hoitoja. Kaikkien vanhusten lääkitysten kanssa tulee olla tarkkana. Uudet lääkemääräykset ja itsehoitovalmisteet tulee aina lisätä seurantaan.

Kun potilas tulee apteekkiin, on hänen kanssaan syytä keskustella lääkkeiden käyttötarkoituksesta, lääkehoidon aiotusta kestosta, tehosta ja mahdollisesti ilmenneistä haittavaikutuksista (Mott ja Meek 2000). Ongelmiin on tarvittaessa puututtava ottamalla yhteyttä hoitavaan lääkäriin. Jos lääkitys on kunnossa, apteekissa voidaan määritellä jatkossa seurattavat asiat. Voidaan esimerkiksi sopia, että lääkkeiden kulutusta tai asiakkaan yleisvointia tarkastellaan pidemmällä aikavälillä. Näin vanhus tuntee, että hänen asioitaan hoidetaan ja lääkityksen kokonaisuudesta pidetään huolta. Tärkeintä tällaisessa farmaseuttisessa hoidossa

on lääkehoitoon liittyvien ongelmien ennaltaehkäiseminen ja toisaalta jo esiin tulleiden ongelmien ratkaiseminen välittömästi (Hepler ja Strand 1990). Kun potilas otetaan keskiöön, tulee välttämättömäksi luoda uusia toimintatapoja ja yhteyksiä toisiin lääkehuollon toimijoihin (Hepler ja Strand 1990). Farmaseuttinen hoito koituu aina potilaan hyödyksi ja siinä toimivat lääkehoidon kaikki osapuolet yhdessä. Dokumentoinnin avulla voidaan aina todentaa apteekkilaisen rooli vanhuksen lääkehoidossa (Mott ja Meek 2000, van Mil ym. 2001).

8 KOTIPALVELUHENKILÖSTÖ VANHUSTEN LÄÄKEHOIDON
TOTEUTTAJANA

8.1 TAUSTA JA TAVOITTEET

Vanhusten lääkkeiden käytöstä vastaa iän ja sairauksien lisääntyessä usein vanhuksen itsensä lisäksi joku omaisista tai kunnallisen kotihoitopalvelun työntekijät. He noudattavat lääkkeiden oikean ja turvallisen käytön vaatimia ohjeita ja lääkärin määräyksiä. Lääkehoitojen onnistuminen ja lääkkeiden vaikutuksen seuraaminen vaatii perustietoja lääkkeistä ja lääkehoidoista.

Projektityön tavoitteena oli selvittää kotihoitohenkilöstön tietoja lääkehoitojen käytännön toteuttamisesta ja koulutuksen avulla mahdollisesti lisätä sitä. Henkilöstön lääkekoulutuksella nähtiin välinearvo vanhusten lääkehoitojen oikeellisuuden varmistamisessa.

8.2 TOTEUTUS JA AIKATAULU

23.5.2002	Ensimmäinen palaveri Katri Hämeen-Anttilan kanssa pääasiana aiheen arviointi, tavoitteet ja keinot
kesä ja alkusyksy 2002	Aiheen arviointia keinojen ja kohderyhmän osalta Kansanvalistuksellisuuden muuttuminen lukiolaisista kotipalveluhenkilöstöön
20.11.2002	Yhteydenotto kotihoitajan ja vanhustyön johtaja Soili Paljärveen
22.11.2002	Kotihoitajan ja vanhustyön johtoryhmän puoltolause projektityölle sekä sen sitominen osaksi kaupungin kotihoitajan hoitajien omakoulutusta
28.11.2002	Palaveri käytännön järjestelyistä ja aikatauluista ylihoitaja Pirjo Varjorannan kanssa
21.1.2003	Palaveri kyselyiden teknisestä toteutuksesta ja aikataulujen lukkoon lyöminen ylihoitaja Pirjo Varjorannan kanssa
28.1.2003	Keskustan kotihoitotiimin ryhmähaastattelu Katri Hämeen-Anttilan kanssa
10.2.2003	Alkukyselyn jakaminen, kahden viikon vastausaika
17.3.2003 3.4.2003	Omahoitaja vanhusten lääkehoidon toteuttajana –luennot 2 t
17.4.2003	Loppukyselyn jakaminen, vastausaika pidennettiin 12.5. asti
18.5.2003	Kyselyiden Excel käsittely
8.11.2003	Projektityöseminaari
12.12.2003	Raportointi

8.3 TULOKSET JA POHDINTA

8.3.1 Kotiavustajien haastattelu

Kuopion kotipalvelun yhtä tiimiä haastateltiin ryhmänä 28.1.2003. Minä toimin haastattelijana ja ohjaajani Katri Hämeen-Anttila kirjasi vastaukset ylös. Nauhuria ei käytetty. Tähän ryhmähaastatteluun osallistui 16 henkilöä: kotiavustajia, kodinhoitajia, perushoitajia ja kotisairaanhoidajia. Tarkoituksena oli selvittää kotipalveluhenkilöstön työn luonnetta ja heidän omia käsityksiään vanhusten lääkehoidosta ja mahdollisista ongelmista. Ryhmähaastattelussa esiin tulleita asioita käytettiin hyväksi kyselylomakkeiden laadinnassa. Haastattelurunko on liitteenä 1.

Haastattelussa ilmeni, että yhdellä kotiavustajalla on keskimäärin 5-6 asiakasta päivässä. Kotikäyntejä saattoi olla useampiakin, sillä joidenkin vanhusten luona käydään useamman kerran päivässä. Asiakkaat ovat yli 75 -vuotiaita, pääasiassa vielä vanhempia. Monet ovat jopa yli 90 -vuotiaita.

Kotiavustajien tehtäviin kuuluu asiakkaan perushoito ja auttaminen: muun muassa suihkutusta, yleisestä hygieniasta huolehtiminen ja ruokailussa auttaminen. Kotiavustajat tekevät myös kevyttä siivousta kuten vuodevaatteiden tuulettamista, pintaimurointia ja yleissiistimistä. Lääkehoito, esimerkiksi insuliinipistokset, verensokerin mittaukset ja tablettien jako viikkoannostelijoihin, kuuluu myös heidän tehtäviinsä. Pistokset ja verensokerin mittaus on harjoiteltu käytännössä ja kursseilla. Osa kotiavustajista on lähihoitajia, jolloin myös heidän koulutukseensa on liittynyt opetusta lääkkeistä. Kotiavustajien työn tarkoituksena on auttaa vanhusta selviytymään kotonaan mahdollisimman pitkään ja myös parantaa ja säilyttää vanhusten omatoimisuutta elämisessä.

Kotihoidon työntekijät näkivät vanhusten suurimmaksi ongelmaksi muistamattomuuden ja dementian. Myös liikuntaongelmat ovat yleisiä ja hankaluutta voi olla esimerkiksi vessassa käynnissä. Mielenterveysongelmat nousivat esiin yhtenä yleisenä ongelmana.

Suurin ongelma vanhusten lääkkeiden käytössä avustajien mielestä on muistamattomuus; unohdetaan ottaa lääkkeitä. Joillekin vanhuksille joudutaan antamaan lääkkeitä suuhun.

Käyntejä tällaisen vanhuksen luona voi olla jopa 4 päivässä. Ongelmia aiheutuu myös insuliinin ottamisessa, kun vanhus ei välttämättä näe yksiköiden määrää kynästä. Astmasuihkeet voivat olla ongelmallisia, kun vanhus ei hengitä lääkettä sisään tarpeeksi voimakkaasti. Haastatelluista yhden kotiaavustajan asiakkaalle on kaikki tabletit murskattava, jotta hän pystyy nielaisemaan ne. Dosetti (viikkoannostelija) on hyvä apuväline auttamaan muistamista, mutta joillekin vanhuksille se on liian jäykkä käyttää. Joskus vanhus voi myös ottaa vahingossa kaksi luukkua auki, jolloin tulee kaksi lääkeannosta. Lääkkeet kuitenkin jaetaan aina dosetteihin, jolloin lääkkeen antaminen on helpompaa ja nopeampaa.

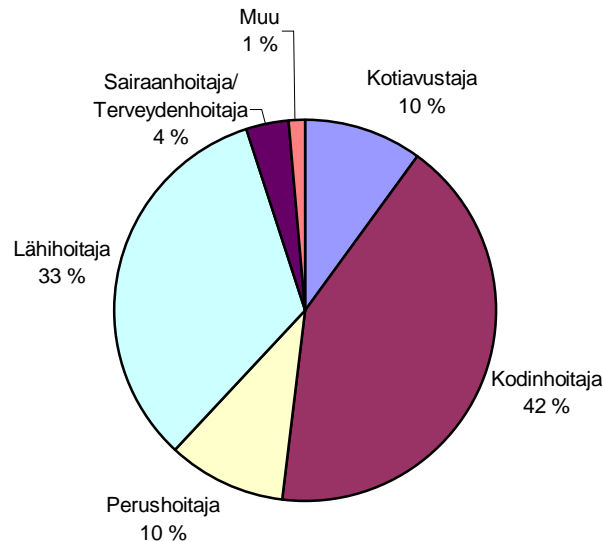
Lääkärin sana ei aina riitä, sillä kaikki vanhukset eivät välttämättä luota lääkäreihin toisaalta joskus taas lääkärin sana on laki. Jotkut vanhukset uskovat, että pystyvät itse huolehtimaan ja muistamaan oman lääkityksensä, mutta tosiasiasa ulkopuolinen näkee, ettei vanhus pysty niistä huolehtimaan. Jotkut vanhuksista myös ”jemmaavat” lääkkeitä ja avustajan on huolehdittava, että lääkkeet todella tulevat otetuiksi. Muutamat vanhukset uskovat luonnontuotteisiin.

Kotiaavustajien toiveet koulutuksen suhteen olivat hyvin käytännönläheisiä, kuten lääkkeiden jakamiseen ja käsittelemiseen liittyvät asiat tai lääkkeiden säilyttäminen ja hävittäminen. Myös yhteisvaikutukset ja haittavaikutukset kiinnostivat kotiaavustajia. Erityisesti esiin nousi kysymyksiä lääkkeistä, joita ei saa puolittaa tai murskata ja siitä, voiko lääkkeitä säilyttää kylpyhuoneessa tai jääkaapin yläpuolella olevassa kaapissa. Apteekeille ei noussut esiin mitään erityisiä toiveita. Hyvänä pidettiin toteutettuja ratkaisuja tilimyyntistä, jolloin avustajien rahojen käsittely vähenee. Avustajat tuntuivat olevan tyytyväisiä palveluun, jota ovat apteekkeista saaneet.

8.3.2 Alkukysely kotihoidon henkilöstölle

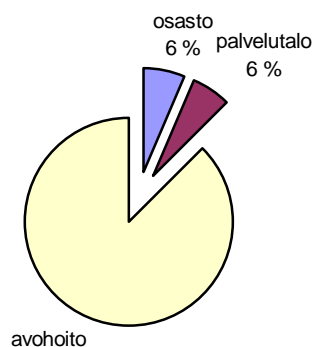
Kotiaavustajien haastattelun perusteella laadittiin kyselylomake, joka annettiin kotiaavustajille maanantaina 10.2.2003 (liite 2). Palautusaikaa oli kaksi viikkoa. Kyselyt jaettiin ylihoitajan ja tiimien esimiesten kautta työntekijöille. Kyselyn saivat täyttää kaikki, mutta sitä ei jaettu henkilökohtaisesti jokaiselle. Tarkoitus oli, että kyselystä saatavan tiedon pohjalta pystytään luennot suuntaamaan kotiaavustajille tärkeisiin kysymyksiin.

Alkukyselyyn tuli 76 vastausta (henkilöstöä 300). Vastausprosentiksi saatiin siten 25. Kyselyyn vastannut henkilöstö oli peruskoulutukseltaan kotiavustajia, kodinhoitajia, perushoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia (kuva 1). Kotiavustajien ja kodinhoitajien osuus henkilöstöstä oli yli 50 %.



Kuva 1. Kyselyyn vastanneiden (n=76) Kuopion kaupungin kotihoidon ja vanhustyön henkilöstön jakautuminen ammattiryhmittäin

Vastaajat työskentelivät kotihoidon ja vanhustyön eri sektoreilla (kuva 2). Suurin osa vastanneista työskenteli kuitenkin avohoidossa. Lähi-, perus- ja sairaanhoitajista suurin osa työskenteli osastoilla, palvelutaloissa ja palvelukeskuksissa, ryhmäkodeissa ja tuetun palveluasumisen piirissä.



Kuva 2. Kyselyyn vastanneiden (n=76) Kuopion kaupungin kotihoidon ja vanhustyön henkilöstön jakautuminen eri sektoreille.

Lääkkeiden jakaminen

Kotihoidossa asiakkaiden peruspalveluun kuuluu myös lääkehoidosta huolehtiminen silloin, kun asiakas ei siihen enää pysty. Koko henkilökunta, koulutuksesta riippumatta, jakaa lääkkeitä viikkoannostelijoihin ja tarvittaessa huolehtii lääkkeiden ottamisesta, antamalla lääkkeitä joskus suuhun asti. Kotihoitohenkilöstö tarkisti yleisimmin lääkkeen jakotilanteessa lääkkeen oikeellisuuden, erityisesti sen vahvuuden (85 %) (taulukko 1). Annostukset (43 %) ja lääkkeen säilyvyys (43 %) varmistettiin myös usein. Seuraavia lääkkeen jakotilanteita varten tarkistettiin myös lääkkeiden riittävyys (20 %) ja reseptit (12 %).

Lääkkeen jakajilla näyttää olevan hyvä tapa noudattaa ”oikea lääke oikealle potilaalle oikeaan aikaan” -sääntöä. Vastaajista yksi ilmoitti myös seuraavansa lääkkeen vaikutusta. Tämä on jo hyvin laadukasta hoitotyötä ja asia, joka myös lääkkeen määrääjien tulisi aina muistaa.

Taulukko 1. Kotihoitohenkilöstön tarkistamat asiat lääkkeiden jakotilanteessa (n=76)

Tarkistettavat asiat	%	n
Oikea vahvuus	85	65
Läkelista/ muutokset	58	44
Annostus	43	33
Kesto	43	33
Oikea lääke	42	32
Oikea aika	33	25
Lääkkeiden riittävyys	20	15
Oikea potilas	13	10
Puhtaus	13	10
Oikea antotapa (ruoan kanssa yms.)	13	10
Reseptit	12	9
Jakaminen/ jauhaminen	8	6
Oikea säilytys	7	5
Indikaatio	7	5
Oman altistuksen välttäminen (pinsetit, lusikka)	3	2
Sivuvaikutukset	3	2
”lääke näyttää hyvältä”	1	1
Lääkkeen vaikutuksen seuraaminen	1	1

Tiedonlähteet

Kotihoidon henkilöstöllä oli useita tiedonlähteitä (taulukko 2). Jokaisella kotihoitotiimillä on oma kotisairaanhoidon sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja, joka myös on kaikkein käytetyin

tiedonlähde (88 %). Työtovereiden kanssa keskustellaan ja pohditaan lääkehoitoasioita (47 %). Kotiuttavaa osastoa käytetään tietolähteenä, jos ongelmia ilmenee välittömästi kotiin palattua (16 %). Myös reseptin kirjoittanutta lääkärinä yritetään ongelmatilanteissa tavoittaa (49 %). Epävarmoissa tilanteissa otetaan usein yhteyttä apteekkeihin (66 %).

Oman tiimin sairaan- tai terveydenhoitaja tiedonlähteenä on lääkehoidon seurannan kannalta järkevää. Näin alueen vastaavalle sairaan- tai terveydenhoitajalle muodostuu näkemys siitä, kenelle ongelmia ehkä kasaantuu ja hän voi tällöin tarvittaessa ohjata asiakkaan lääkärille. Apteekin julkaisu (Terveystiedon lehti) samoin kuin internetkin ovat hyviä lähteitä, mutta vain kun ongelmallinen asia sattuu olemaan lehtijutuissa käsitelty. Oikean täsmätiedon hakeminen on sattumanvaraista, kun selaillaan kirjallisuutta. Käytetyistä lähteistä Pharmaca Fennica on täsmälähde, mutta hieman vaikealukuinen.

Taulukko 2. Kotihoitohenkilöstön käyttämiä tiedonlähteitä lääkkeisiin liittyvissä kysymyksissä (n=76)

Lähteet	%	n
Sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja	88	67
Apteekki	66	50
Lääkäri	49	37
Työkaverit	47	36
Pharmaca Fennica	36	27
Kotiuttava osasto	16	12
Pakkausseteli	12	9
Kirjallisuus	8	6
Läkehoidon opas	5	4
Resepti	3	2
Apteekin julkaisu	3	2
Internet	3	2
Läkelista	1	1

Vanhusten lääkehoidon ongelmat

Kotihoitohenkilöstö nimesi yleisimmäksi vanhusten lääkehoidon ongelmaksi muistamattomuuden (34 %) ja nielemisvaikeudet (33 %) (taulukko 3). Henkilöstö koki myös, että vanhuksilla on liikaa lääkkeitä (29 %), joita asiakkaat ovat joko haluttomia ottamaan (24 %) tai ottavat niitä liikaakin (20 %). Lääkitys jää helposti päälle ja kokonaisvaltainen ote hoidoista puuttuu. Lisäksi joku kommentoi lääkkeiden vaikutuksen seurannan olevan vaikeaa, koska asiakkaat vaihtelevat lääkkeitä kavereiden kanssa.

Vanhukset eivät itse välttämättä koe ongelmia tablettien nielemisessä, vaikka kotihoidon henkilöstö ne näkeekin ongelmaksi (Auvinen 2002). Lääkehoidon valvonta on kotona vaikeampaa kuin laitososuhteissa (Metso 1989, Mäkinen 1991). Niin kauan kuin vanhus pystyy itse huolehtimaan lääkkeiden ottamisesta, vastuu siitä jätetään aina hänelle itselleen.

Vanhusten lääkkeiden käyttöön liittyvät ongelmat ovat kaksisuuntaisia (Martikainen 1995). Vanhukset käyttävät lääkärin määräämiä lääkkeitä jatkuvasti, reseptejä uusitaan ilman tarveharkintaa ja lääkkeitä pääsee kertymään runsaasti. Mahdollisesti lääkkeitä vähentääkseen osa vanhuksista ottaa lääkettä vähemmän kuin on määrätty tai lopettaa sen käytön kokonaan. Koko terveydenhuoltohenkilöstön tulisikin kiinnittää erityistä huomiota siihen, että vanhukset käyttävät kaikkia tarpeellisia lääkkeitään ohjeiden mukaan, mutta myös siihen, että kaikki heidän käyttämänsä lääkkeet ovat tarpeellisia.

Taulukko 3. Kotihoitohenkilöstön havaitsemat ongelmat vanhusten lääkehoidoissa (n=76)

Vanhusten lääkehoitojen ongelmat	%	n
Muistamattomuus	34	26
Nielemisvaikeudet	33	25
Liikaa lääkkeitä	29	22
Haluttomuus ottaa lääkkeitä	24	18
Liikakäyttö	20	15
Sivuvaikutukset	17	13
Lääkitys jää päälle	16	12
Lääkkeiden ottamisen unohtaminen	16	12
Nesteenoton vähäisyys	13	10
Väärinkäyttö	8	6
Lääkkeet väärään aikaan	7	5
Astmasuihkeiden ottovaikeudet	7	5
Riippuvuus	5	4
Yhteisvaikutukset (seuranta vaikeaa)	5	4
Puutteelliset ohjeet/ lääkelistassa virheet	5	4

Kyselyssä pyydettiin myös ratkaisuehdotuksia kotiavustajien itsensä esittämien ongelmien ratkaisemiseksi. Tärkeimmäksi keinoksi ratkaista ongelmia nousi asiakkaan informoiminen ja perusteleva ohjaus (24 %). Lähes yhtä tärkeää oli vahtia, huolehtia ja muistuttaa lääkkeen otosta (17 %). Lääkkeiden siirtäminen lukittuun lääkekaappiin (4 %) tai lääkehoidot kaikkiaan omaisten tai kotihoidon haltuun (17 %) ovat myös tavallisia

ratkaisuja ongelmallisiin tilanteisiin. Lääkehoitojen ottaminen pois asiakkaan omasta hallinnasta voi rikkoa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja aiheuttaa joskus luottamuspulaa. Näiden kotihoidon omien ratkaisumahdollisuuksien lisäksi ratkaisuna nähtiin aina saman lääkärin suorittama lääkityksen arviointi säännöllisesti (20 %), ja tarvittaessa potilaan ottaminen osastolle lääkitysten korjaamiseksi (3 %).

Lääkityksen arviointi ja monilääkityksen järjeistäminen vievät runsaasti työaikaa (Hartikainen 2002). Osastojakson vastapainona ovat sopimattoman hoidon seurauksena syntyvät vaivat, toimintakyvyn heikentyminen ja kaatumistapaukset sekä niistä aiheutuvan hoidon ja hoivan tarve kotihoidossa, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

Ongelmia aiheuttavat lääkkeet

Kotipalveluhenkilöstö listasi ongelmallisimmiksi lääkeryhmiksi särky- ja kipulääkkeet (32 %), unilääkkeet (30 %), mielialalääkkeet (30 %), astmasuihkeet (28 %) ja psyykenlääkkeet (17 %). Nämä kattavat hyvin käytettyjen lääkkeiden valikoiman. Esiin nostettiin lääkkeen käytön ongelmina myös liian suuret tabletit (24 %) ja jauhettujen tablettien paha maku (3 %), enemmän lääkkeiden teknisinä ongelmina. Joitakin valmisteita (Marevan®, Deprakine®/ Absenor® ja Hipeksal®) nostettiin nimellä esiin.

Kotiaavustajat kommentoivat ongelmien yhteydessä myös yhteisvaikutuksia, joiden seurauksena esiintyy erityisesti kaatuilutaipumusta. Pitkävaikutteisten bentsodiatsepiinien on todettu olevan kaatuilun riski (Koski 1997). Kalsiumsalpaajilla voi olla vaikutusta kaatuiluun, erityisesti yhdessä psyykenlääkkeiden ja tulehduskipulääkkeiden kanssa. Digitalisglykosideilla ja perifeeristä verenkiertoa parantavilla lääkkeillä on myös todettu olevan yhteyttä kaatumisiin.

Lääketiedon selvittäminen

Työssä selvitettiin myös kotihoitohenkilöstön lääkkeisiin liittyvän tiedon tasoa. Tämän selvittämiseen käytettiin avointa kysymystä ”Vanhukselle on määrätty silmätippoja ohjeella 2 tippaa kerran päivässä molempiin silmiin. Miten toimit silmätippoja antaessasi, kerro mahdollisimman yksityiskohtaisesti”. Lisäksi oli kahdeksan väittämän kysymyssarja.

Tärkeiksi asioiksi silmätippojen tiputuksessa katsottiin puhtaus (käsien pesu ja silmän puhdistus – tarvittaessa), oikea lääke alaluomen alle pää takakenossa tai makuullaan, tauko tippojen tiputtamisen välissä sekä kyynelkanavan painaminen kiinni lääkkeen vaikutuksen parantamiseksi ja silmän pitäminen auki. Puhtaudesta kotiavustajat huolehtivat hyvin (91 %) (taulukko 4). Lääkkeen (15 %) ja sen kestoajan moni tarkisti (25 %) ja muisti vielä, ettei pullon kärki saa koskea silmään (43 %). Vastanneista 28 % kuitenkin tiputti tipat peräjälkeen ilman taukoa ja vain kaksi (3 %) tiesi silmänurkan painamisen tärkeydestä. Tästä ei kerrota myöskään valmisteluiden pakkausselosteissa – yhtä lukuun ottamatta. Yksi vastaajista kertoi lisäksi tarkan tiputusjärjestyksen, jos lääkkeitä on useita. ”Tiputan ensin laimeat ja vesiliukoiset tipat, sitten vahvemmat ja rasvaliukoiset tipat ja viimeksi voiteet.”

Taulukko 4. Kotihoitohenkilöstön silmätippojen tiputuksessa huomioimat asiat (n=76)

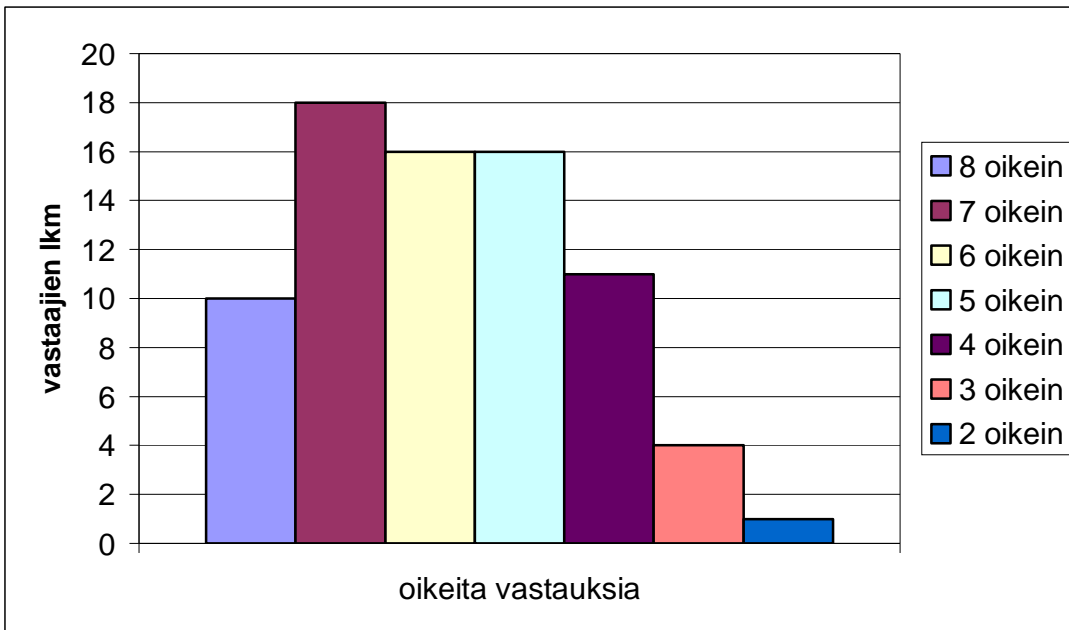
Huomioitavat asiat	%	n
Käsien pesu	91	69
Silmänpuhdistus	67	51
Alaluomi auki	59	45
Asento	49	37
Pullon kärki ei saa koskea silmään	43	33
Tauko tippojen välillä	42	32
Tippojen tiputus peräjälkeen	28	21
Kesto aika	25	19
Oikea lääke	15	11
Silmän sulkeminen/ räpyttely	15	11
Kirjanpito: annettu/avattu	11	8
Asiakkaan informointi	8	6
Asento pidetään edelleen	7	5
Säilytys	5	4
Arvioin onko silmissä muutoksia	4	3
Painan hetken silmänurkkaa	3	2
Ohjeen tarkistus	3	2
Sekoitan pulloa	1	1
Tippoja ei hangata heti pois	1	1
Antotavat (tiputusjärjestys)	1	1
Oman ihon suojaus	1	1

Tietotestiin vastasivat kaikki kyselyyn osallistuneet (Taulukko 5). Kysymys ei ollut kaikilta osilta toimiva. Kyllä, ei, en tiedä -vastauksia paremmat vaihtoehdot kysymyksiin olisi ollut samaa mieltä, eri mieltä, en osaa sanoa tai oikein/ väärin. Nyt osassa kysymyksiä vastausvaihtoehtoihin jäi tulkinnan varaa.

Taulukko 5. Kuopion kaupungin kotihoidon ja vanhustyön työntekijöille tehdyn kevyen tietotestin tulokset (n=76)

väite	Kyllä	Ei	En tiedä	n
Astmaatikon hengenahdistusta helpottaa siniseen koteloon pakattu lääke	38 50%	17 22%	21 27%	76
Ilman reseptiä saatavista lääkkeistä ei ole haittaa	38 51%	31 41%	8 11%	75
Jos asiakkaalla on nielemisvaikeuksia, tabletit voi aina puolittaa	13 17%	61 61%	1 1%	75
Mustelmien lisääntyminen voi johtua lääkkeistä	69 92%	3 4%	5 7%	75
Luonnontuotteista ei ole ainakaan haittaa	24 32%	41 54%	10 13%	76
Silmätipat vaikuttavat vain silmiin	17 23%	57 76%	2 3%	75
Nestemäiset lääkkeet säilytetään aina jääkaapissa	2 3%	74 97%	0 0%	75
Lääkkeiden vaikutus vanhuksilla on samanlainen kuin muillakin aikuisilla	9 12%	67 89%	0 0%	75

13 % vastaajista sai kaikki kahdeksan väittämää oikein ja seitsemän oikein sai 24 % vastaajista. Epävarmuudesta kertovia ”en tiedä” -vastauksia oli jonkin verran (0-21 kysymystä kohden). Suurin osa vastaajista vastasi 5-8 väittämään oikein (kuva 3). Tietotestiin oikein vastanneiden määrät, henkilömäärinä, ovat hyvät ottaen huomioon kysymysten tulkinnanvaraisuutta. Tyhjiä vastauksia ei kertynyt kenellekään, vaikka useimmissa kysymyksissä oli aina joltakin jäänyt yksi vastaamatta. Tyhjätsuivat henkilöille, joilla oikeiden vastausten määrä sijoittui luokkaan 4 tai 5. Heikoimmillakin vastaajilla oli kaksi oikeaa vastausta.



Kuva 3. Tietotestiin vastanneiden tulokset, oikeiden vastausten määrien perusteella (n=76).

Koulutustoiveet

Koulutusta toivottiin laajasti kaikesta, eniten kuitenkin yhteensopivuuksista ja yhteisvaikutuksista (n=19) ja toiseksi sivuvaikutuksista (n=16). Astmasuihkeet (n=11) oli selvästi kolmantena aiheoiveissa. Mielenkiintoisia koulutusotsikoita ovat myös ”Lääkkeistä johtuvat oireet” (n=9), Vanhusten yleisimmät lääkkeet (n=5) ja ”Riskilääkkeet” (n=4). Astmalääkkeiden lisäksi täsmällisiksi koulutusaiheiksi mainittiin monet vanhuksilla yleiset lääkeryhmät kuten diabetes-, uni-, masennus-, silmä-, ja parkinsonlääkkeet. Koulutusta toivottiin myös lääkkeiden sekakäytöstä (n=1). Aiheen toivoja kuvaa sekakäytön reseptilääkkeiden ja itsehoitolääkkeiden käytön sekä luonnonlääkkeiden ja reseptilääkkeiden yhtäaikaiseksi käytöksi. Kaikkiaan koulutustoiveita esitettiin 36 erilaista (n=76).

Kotipalveluhenkilöstöä kiinnostaneet sivuvaikutukset ja yhteisvaikutukset ovat oleellisia asioita seurattaessa vanhusten lääkkeiden käyttöä. Kiinnostus yhteisvaikutusasioihin on ylipäätään ihmisiä koskettava huolenaihe (Ojala ym. 2003). Tarkasti mainitut koulutustoiveet sisältävät vanhusten hyvin yleisesti käyttämiä lääkkeitä. Yleistetysti koulutusta toivottiin vanhusten lääkkeistä, lääkehoidoista ja erityispiirteistä vanhusten lääkehoidoissa. Geriatria ja geriatriset näkökohdat ovat tulevaisuudessa aina merkittävämmässä asemassa.

8.3.3 Omahoitaja vanhusten lääkehoidon toteuttajana -koulutus

Kotiaivustajille järjestettiin kaksi samansisältöistä luentokertaa 17.3 ja 3.4.2003. Kaksituntisen luennon otsikkona oli 'Omahoitaja vanhusten lääkehoidon toteuttajana'. Luennot sisälsivät perusasioita siitä miten lääkkeet käyttäytyvät elimistössä ja mitkä asiat vaikuttavat lääkehoitojen onnistumiseen. Luennolla keskusteltiin myös siitä, miten eri lääkemuotojen kanssa tulee menetellä ja mistä kannattaa kysyä lisätietoja, apua ja neuvoja.

Luennoille osallistui puolet koko kotipalvelun henkilöstöstä: 76 henkilöä 17.3. ja 70 henkilöä 3.4. luennolle. Tätä on pidettävä kohtuullisena saavutuksena, sillä koko kaupungin alueella toimivalle kotipalveluhenkilöstölle järjestetty koulutus tapahtui keskustassa. Matkat ja työvuorojärjestelyt saattoivat vähän vähentää osallistujia, vaikka työvuoroasiaa oli yritettykin järjestää jo kahdella vaihtoehtoisella ajalla. Luennoille osallistuneet olivat aktiivisia, kysyivät ja käyttivät kommenttipuheenvuoroja, siten luentotilanne oli keskustelevala.

8.3.4 Loppukysely kotihoidon henkilöstölle

Kaksi viikkoa huhtikuun luennon jälkeen kotiaivustajille lähetettiin uusintakysely, jolla mitattiin luennon hyödyllisyyttä (liite 3). Kyselyn jakaminen järjestettiin samoin kuin alkukyselyinkin. Loppukyselyssä kysyttiin samat tietokysymykset (avoin silmätippojen tiputtamiskysymys ja kahdeksan väittämän sarja) kuin alkukyselyssäkin. Lisäksi kysyttiin kolmea tärkeintä vanhusten lääkehoidossa huomioon otettavaa seikkaa ja palautetta koulutuksesta. Loppukyselyyn saatiin 8 vastausta, joten tiedon lisääntymistä ei voitu selvittää alkuperäisen tarkoituksen mukaisesti.

Palautteet koulutuksista olivat melko myönteisiä. Luennon pitäjänä minua lämmitti eniten kommentit "*sain uskoa omaan itseen*", "*asiakasta täytyy kuunnella*" ja kokonaan uutena asiana "*tiedon merkitys/ asioiden selville ottaminen*". Mitä lääkehoitoon liittyvää jäit vielä kaipaamaan -kysymykseen vastaus: "*paljon*", antaa myös luennoitsijalle aiheen itsetutkisteluun. Muuta puutetta oli sivuvaikutuksista, ravinto ja lääkkeet -aihepiiristä sekä lääkkeistä, joita ei voi ottaa muiden lääkkeiden kanssa.

Ennen luentoja kyselylomakkeen täytti 76 henkilöä, mikä on vastaus-prosenttina ilmaistuna melko vähän. Lomake oli tarjolla koko henkilöstölle, mutta kenellekään sitä ei ”tyrkytetty”. Loppukyselyyn vastasi vain 8 henkilöä. Tähän muutama vastaamatta jättänyt esitti syyksi aikatauluongelman. Kun lomakkeet tavoittivat heidät, palautuspäivä oli jo liian lähellä, joten kyselyyn ei ehtinyt vastata. Vastaamiseen annettiin lisäaikaa. Kehotus ja kannustus täyttämiseen lähetettiin sähköpostitse. Tekniikka ei mahdollisesti riittänyt sanoman perillemenoon.

9 YHTEENVETO

Kotihoidossa työskentelee monen eri ammatin omaavia ihmisiä, joista vain osalla on lääkehoidosta enemmän koulutusta. Kotihoidon työntekijöiden tehtävänä, yhtenä monista, on pitää huolta asiakkaidensa lääkityksistä. He ovat avainasemassa seuraamaan lääkitysten onnistumista ja lääkehoitojen tehoa. Omahoitajan kokonaisvaltaisen hoitovastuun osana lääkehoitojen ymmärtäminen on yhteydessä jopa asiakkaan arjesta selviytymiseen.

Kotihoidon työntekijät toivoivat koulutusta jokapäiväisiin lääkehoitojen perusasioihin, mihin heillä on laadukasta hoitotyötä ajatellen oikeus. Havaittu tiedon taso on kelvollinen, mutta tarkennusta ja täydennystä tarvitaan, jotta vanhusten lääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö varmistuisi ja lääkehoitojen seuranta toimisi. Erityisesti toimipaikkakoulutuksen keinoin, yhteisiin tavoitteisiin pyrkimällä, saataisiin aikaan myös toimintalinjoja ongelmatapausten hoitamiseen, lääkärikonsultaatioihin jne. kunkin paikkakunnan omista resursseista käsin.

Yhtenä innoittajana tähän työhön oli erään kongressin posterit, joissa esityksen aiheina oli ”pharmacist intervention” asiaan tai toiseen. Tässä projektityössä painotus oli vähemmän interventiolla, mutta näen tässä mahdollisuuden siihenkin tulevaisuudessa. Interventio ja koulutus sekä sen kunnollinen dokumentointi ja analysointi veisivät meidän asiantuntemustamme ja osaamistamme asiakkaiden lääkehoitojen toteutukseen.

Intervention toteutus voisi toimia kuntatasolla projektityöni tapaan. Edellytyksenä on vain koko kotipalvelun mukaan saaminen, intervention tavoitteiden asettaminen yhdessä, sekä

kunnollinen dokumentointi. Lähtötason ja toteutuman mittauksella voidaan osoittaa intervention tuloksellisuutta.

Interventio voitaisiin toteuttaa myös yksilötasolla. Vanhusasiakkaidemme lääkitysprofiileja tarkastelemalla ja heidän kanssaan lääkityksen sujumisesta keskustelemalla voidaan selvissä haitta- tai yhteisvaikutusongelmissa tarvittaessa ehdottaa lääkärielle muutoksia tehtäväksi. Erityisesti lääkeneuvonnan ja motivoinnin kohdentaminen lääkkeiden oikeaa ja turvallista käyttöä tukevaksi on kansantaloudellisesti hyödyllistä. Tämä tehty työ on kirjattava, jotta voidaan puhua apteekkien vaikutuksista hoitoihin. Asiakkaan kanssa dokumentointia voidaan jatkaa ja näin saadaan aikaan seuranta ja farmaseuttista hoitoa.

Parempi kokonaishoitotulos edellyttää lääkeneuvonnan ohella muiden hoidon seurantaikäytäntöjen kehittämistä, lääkehoidon säännöllistä kokonaisarviointia ja yhteistyön tiivistämistä muiden paikallisten toimijoiden kanssa.

Apteekissa asioivista vanhuksista suurin osa hoitaa vielä itse asiansa ja taloutensa. Heitä on myös enemmistö ikäluokastaan. Näiden vanhusten lääkkeiden käyttöä ja siihen liittyviä ongelmia ei ole juurikaan selvitetty. Tämä voisikin olla seuraava vaihe vanhusten lääkkeiden käytön tutkimisessa ja apteekkien farmaseuttisen hoitotyön eteenpäin viemisessä.

KIRJALLISUUS

Agostini JV ja Tinetti ME: Drugs and Falls: Rethinking the Approach to Medication Risk in Older Adults. *J Am Ger Soc* 50:1744 – 1745, 2002

Apteekkitoiminnan eettiset ohjeet. Suomen Apteekkariliitto ry. ja Suomen Farmasialiitto ry. 1998

Auvinen H: Lapinjärven apteekin palvelukonseptit: Vanhusten lääkehuollon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Kuopion yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia ja selvityksiä 5, 2002

Barat I, Andreasen F ja Damsgaard EMS: The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes. *Eur J Clin Pharmacol* 56: 501 – 509, 2000

Björkman IK, Fastbom J, Schmidt IK, Bernstein CB and the Pharmaceutical Care of the Elderly in Europe Research (PEER) Group: Drug-Drug Interactions in the Elderly. *Ann Pharmacother* 36:1675 – 1681, 2002

Caird L (toim.): Vanhus ja lääkkeet. Maailman terveysjärjestö Euroopan toimisto. Suomalaisen painoksen toimittajat Vapaatalo H ja Säynävänlammi P. Lääketieteellinen oppimateriaalikeskus OY, Tampere 1987.

Donald IP ja Bulpitt CJ: The prognosis of falls in elderly people living at home. *Age Ageing* 28:121-125, 1999

Gerety MB, Cornell JE, Plichta DT, Eimer M: Adverse events related to drugs and drug withdrawal in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 41: 1326 – 1332, 1993

Hartikainen S, Isoaho R, Kivelä S-L: lääkäiden kaatumisten ehkäisy. *Duodecim* 116:2209 – 2216, 2000

Hartikainen S: lääkään monilääkitys. *Duodecim* 118: 385 – 391, 2002

Hegyvary S T: Yksilövastuinen hoitotyö. Kirjayhtymä, Helsinki, 1987

Hepler C D ja Strand L M: Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 47: 533 – 543, 1990

Huttunen J: Ikäihmisten terveys ja toimintakyky. Esitelmäaineisto <http://www.ktl.fi/org/esittely/huttunen/> haettu 20.11.2003

Ikä ja työ 2003: Työterveyslaitoksen, sosiaali- ja terveysministeriön, työministeriön ja opetusministeriön yhteistyönä tehty internet sivusto, puheenjohtajana Ilmarinen J, TTL <http://www.ikatyo.fi/yksilo/ikaantyminen/toimintakyky.htm> haettu 24.1.2003

Kaufman SR: Decision making, responsibility, and advocacy in geriatric medicine: Physician dilemmas with elderly in the community. *Gerontologist* 35: 481 – 488, 1995

Kaskinen M-S ja Repo M: Omaha-ohjelma tiimityössä. Koulutussuunnitelma. Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus, Kotihoito ja vanhustyö. Hoitotieteen laitos, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta Kuopion yliopisto, 2003

Keller RB ja Slattum PW: Strategies for prevention of medication-related falls in the elderly. *Consultant Pharmacist* 28: 248 – 258, 2003

Klaukka T: Väestön ikääntyminen lisää lähivuosina lääkekustannuksia melko vähän. *Suom Lääkäril* 56:2276 – 2277, 2001

Klaukka T: Vanhusten lääkityksen osuus 39% lääkekustannuksista. *Suom Lääkäril* 57:4226 – 4268, 2002

Koski K: Injurious falls among the elderly: incidence and risk factors. *Acta Univ Oulu (D)* 402. Oulun yliopisto 1997

Kröger P: Lääkekortti-ohjelma lääkehoidon tukena. *Farmasian Päivät 14.-16.11.2003*, Farmasian oppimiskeskus, Yliopistopaino, Helsinki 2003

Kuopion ikäimmenteiden strategia vuosille 2003 – 2012. Työryhmän raportti 28.2.2003

KUOPION VÄESTÖENNUSTE 2003 – 2030. Koko kaupungin väestöennuste ikäryhmittäin 2003 – 2030. Kuopion kaupunki, Tavoite- ja kehittämissuunnitelmat 2 Kuopio 2002

Leipzig RM, Cumming RC, Tinetti ME: Drugs and Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-analysis: I. Psychotropic Drugs. *J Am Ger Soc* 47:30 – 39, 1999a

Leipzig RM, Cumming RC, Tinetti ME: Drugs and Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-analysis: II. Cardiac and Analgesic Drugs. *J Am Ger Soc* 47:40 – 50, 1999b

Linjakumpu T: Drug use among home-dwelling elderly. Trend, polypharmacy and sedation. *Acta Univ Oulu D* 744, Oulu 2003

Lithovius R, Sihvonen M, Kekki P: Kotisairaanhoidon ja kotipalvelua saavien vanhusten lääkkeiden käyttö. *Suom Lääkäril* 53:1625 – 1632, 1998

Lumme-Sandt K: Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat. *Acta Univ Tampere* 900, Tampere 2002

Mannesse CK, Derkx FHM, deRidder MAJ, Man in 't Veld AJ: Adverse drug reactions in elderly patients as contributing factor for hospital admission: cross sectional study. *BMJ* 315: 1057 – 1058, 1997

Mannesse CK, Derkx FHM, deRidder MAJ, Man in 't Veld AJ ja Van der Cammen TJM: Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients. *Age Ageing* 29: 35 – 39, 2000

Martikainen J: Selviääkö vanhus lääkkeistään?. *Lisensiaattitutkielma*. Kuopion yliopisto, farmaseuttinen tiedekunta, sosiaalifarmasian laitos 1995

Metso J: Kotisairaanhoidon mahdollisuudet ja rajoitukset. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Helsinki 1989

Mott DA ja Meek PD: Evaluating Prescriptions for the Elderly: Drug/Age Criteria as a Tool to Help Community Pharmacists. J Am Pharm Assoc 40: 417 – 445, 2000

Mäkinen E: Classifying Disability in supervised out-patient care. A comparative study with Joensuu classification and four other methods. Department of general practice and primary health care. Dissertations 1, Helsinki 1991

Mäkisalo M: Yhteisöllisyys parantaa hoitotyön laatua. Ryhmästä tiimiksi – projekti Juuan kunnan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki 2001

Ojala R, Kröger P, Ahonen J ja Laitinen K: Kuopion lääkeinformaatiokeskuksesta kysytään eniten yhteisvaikutuksista ja hermostoon vaikuttavista lääkkeistä. Farmasian Päivät 14.-16.11.2003

Pitkälä KH, Strandberg TE, Tilvis RS: Is it possible to reduce polypharmacy in the elderly? A randomised controlled trail. Drugs Aging 18: 143 – 149, 2001

Pitkälä K, Strandberg T. Missä vanhustenhoidossa näyttöä? Missä sudenkuopat? Suom Lääkäril 58:39 – 58, 2003

Suomen lääketilasto 2001. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos, Edita Prima Oy, Helsinki 2002

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4, 2001.

Tilvis R, Strandberg T ja Vanhanen H (toim.): Gernet – Geriatrian kotisivu. Geriatrian opintopaketti. Suomen geriatrit ry. Internetissä <http://www.gernet.sci.fi/moniste/> haettu 11.12.2002

Van Mil FJW, van Heel DMC, Boersma M ja Tromp T: Interventions and documentation for drug-related problems in Dutch community pharmacies. Am J Health-Syst Pharm 58:1428 – 1431, 2001

KOTIPALVELUHENKILÖSTÖN HAASTATTELU

Alustus, selvitetään mitä ongelmia vanhuksilla mahdollisesti on:

- Minkälaisia ongelmia kotisairaanhoidon piirissä vanhukset kokevat päivittäisessä elämässään?
- Mitkä näistä ongelmista ovat mielestänne elämänlaatua heikentäviä?
- Onko näihin ongelmiin mielestänne mahdollisuutta puuttua?
- Oletteko tehneet jotain näiden ongelmien ratkomiseksi? Mitä?

Lääkitykseen liittyvät ongelmat:

- Minkälaisia ongelmia vanhuksilla on lääkitukseen liittyen?
- Mihin lääkemuotoon tai lääkeaineeseen liittyy mielestänne eniten ongelmia vanhuksilla?
- Onko näihin ongelmiin mielestänne mahdollisuutta puuttua?
- Oletteko tehneet jotain näiden ongelmien ratkomiseksi?
- Minkälaisia asenteita ja uskomuksia vanhuksilla on lääkkeisiin liittyen?
- Hankaloittavatko nämä asenteen ja uskomukset mielestänne vanhusten lääkkeiden käyttöä?

- Koetteko, että koulutuksenne on antanut teille valmiudet ratkoa vanhusten lääkitukseen liittyviä ongelmia?
- Minkälaisista asioista kaipaisitte lisäkoulutusta lääkkeisiin liittyen?
- Minkälaista palvelua ja neuvontaa haluaisitte apteekeista?

OMAHOITAJA VANHUSTEN LÄÄKEHUOLLON TOTEUTTAJANA

Kysymykset koulutuksen suunnittelua ja lähtötilanteen tarkastelua varten

1. Jaatko lääkkeitä? Kyllä En Satunnaisesti

2. Mitä asioita tarkastat lääkkeitä jakaessasi?

3. Jos sinulle tulee lääkkeisiin tai niiden annosteluun liittyviä kysymyksiä, mistä hankit niihin vastaukset? Mainitse kolme useimmiten käyttämäsi lähdettä/ keinoa.

4. Mainitse kolme tärkeintä **havaitsemaasi** ongelmaa vanhusten lääkehoidossa.

5. Miten näitä ongelmia mielestäsi voitaisiin ratkaista?

6. Mitkä ovat mielestäsi vanhuksilla ongelmallisimpia lääkkeitä?

7. Vanhukselle on määrätty silmätippoja ohjeella 2 tippaa kerran päivässä molempiin silmiin. Miten toimit silmätippoja antaessasi, kerro mahdollisimman yksityiskohtaisesti.

8. Kevyt tietotesti. Vastaa rastittamalla mielestäsi sopivin vaihtoehto.

Kyllä Ei En tiedä

Astmaatikon hengenahdistusta helpottaa siniseen koteloon pakattu lääke.

Ilman reseptiä saatavista lääkkeistä ei ole haittaa

Jos asiakkaalla on nielemisvaikeuksia, tabletit voi aina puolittaa.

Mustelmien lisääntyminen voi johtua lääkkeistä.

Luonnontuotteista ei ole ainakaan haittaa.

Silmätipat vaikuttavat vain silmiin.

Nestemäiset lääkkeet säilytetään aina jääkaapissa.

Lääkkeiden vaikutus vanhuksilla on samanlainen kuin muillakin aikuisilla.

9. Mistä lääkkeisiin liittyvistä asioista haluaisit lisää koulutusta? Mainitse korkeintaan kolme asiaa.

10. Mikä on peruskoulutuksesi tähän työhön ja valmistumisvuosi _____

kotiavustaja

lähihoitaja

Kodinhoitaja

sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja

Perushoitaja

muu, mikä

Työskentelen avohoidossa osastolla

4. Mitä työtä hyödyttävää sait luennolta?

5. Mitä lääkehoitoon liittyvää jäit vielä kaipaamaan?

6. Mikä oli tärkein asia, mitä opit luennolla

7. Mainitse kaksi kokonaan uutta asiaa, jotka opit luennolla.

8. Mikä on peruskoulutuksesi tähän työhön ja valmistumisvuosi _____

kotiavustaja

lähihoitaja

Kodinhoitaja

sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja

Perushoitaja

muu, mikä

Työskentelen avohoidossa osastolla

Osallistuin koulutukseen 17.3. 3.4.

Kiitos!