

Moniammatillisen yhteistyön kehittyminen ja
onnistuminen lääkehoidon
kokonaisarviointikoulutuksen aikana
opiskelijoiden ja yhteistyökumppanien arvioimina

Miia Kelosuo
Helsingin Yliopisto
Kouluttamis- ja kehittämiskeskus
Palmenia
Apteekki- ja farmasian erikoistumisopinnot proviisoreille,
PD 2011

HELSINGIN YLIOPISTON KOULUTUS- JA KEHITTÄMISKESKUS PALMENIA
Miiä Kelosuo: Moniammatillisen yhteistyön kehittyminen ja onnistuminen
lääkehoidon kokonaisarviointikoulutuksen aikana opiskelijoiden ja
yhteistyökumppanien arvioimina
Apteekkifarmasian erikoistumisopinnot proviisoreille, PD
Projektityö, 46 sivua, 2 liitettä
Projektityön ohjaaja: proviisori, suunnittelija, Lea Tuomainen, Koulutus- ja
kehittämispalvelu Aducate
kesäkuu, 2011

TIIVISTELMÄ

Lääkehoidon kokonaisarviointi (LHKA) on osa vuosina 2000 – 2003 olleen Tippa-hankkeen jatko-ohjelmaa ”Apteekit mukana terveystalkoissa”. LHKA:n kehittäminen aloitettiin vuonna 2005. Esimerkkinä uudesta palvelusta on mm. Australian vastaavasta palvelu. Lääkehoidon kokonaisarvioinnissa ratkaistaan moniammatillisessa yhteistyössä yksittäisen potilaan lääkehoidon tarkistuksen tai arvioinnin yhteydessä esille tulleita ongelmia.

LHKA-koulutuksen laajuus on 35 opintopistettä. Opinnot koostuvat viidestä eri osa-alueesta; rationaalinen lääkehoito, kliininen farmasia, moniammatillinen yhteistyö, työkalut ja lisäksi opinnot sisältävät valinnaisia opintoja kolme opintopistettä. Moniammatillisen yhteistyön osuus koulutuksesta on laajin, 11 opintopistettä.

Moniammatillista yhteistyötä ei ole lääkehoidon kokonaisarvioinnissa vielä tutkittu, vaikka se on LHKA:n kannalta olennaisen tärkeää. Lääkehoidon kokonaisarviointia on tähän mennessä tutkittu vain farmasian ammattilaisten näkökulmasta (mm. Saija Leikolan väitöskirja LHKA-palvelun vaikuttavuuden arvioinnista). Tämän vuoksi on tarpeellista kuvata ajatukset ja mielipiteet myös yhteistyökumppanien kannalta.

Tutkimuksessa käytettiin LHKA-koulutuksen oppimistehtävää, jossa opiskelijat pohtivat moniammatillisen yhteistyön onnistumista, sen rakentumista ja kulkua sekä omalta että yhteistyökumppaneiden kannalta. Oppimistehtäviä oli 67 kappaletta ja ne olivat neljän eri LHKA-kurssin opiskelijoiden kirjoittamia.

Oppimistehtävien lisäksi tutkimuksessa on mukana 17 opiskelijan yhteistyölääkärin ja yhteistyöhoitajien itse kirjoittamia palautteita moniammatillisesta yhteistyöstä. Tehtävät oli palautettu Kuopion yliopiston sähköiseen Moodle-oppimisympäristöön. Opiskelijoilta on pyydetty lupa niiden lukemiseen ja analysointiin. Oppimistehtävät analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Projektityö koostuu kirjallisuuskatsauksesta ja analyysiosasta.

Moniammatillinen yhteistyö koettiin sekä opiskelijoiden että yhteistyökumppaneiden (lääkäreiden ja hoitajien) kannalta pääosin antoisana ja opettavaisena. Molemmat osapuolet oppivat uusia asioita yhteistyön aikana toisiltaan. Yhteistyökumppaneilla ei monestikaan ole aikaa lääkehoidon perusteelliseen tarkastukseen, joten lääkehoidon kokonaisarviointille on tilausta myös yhteistyökumppaneiden mielestä.

Avainsanat: moniammatillinen yhteistyö, lääkehoidon kokonaisarviointi, yhteistyökumppani, proviisori, farmaseutti, lääkäri, hoitaja

ESIPUHE

Tämä projektityö on osa PD-opintojani, jotka tein vuosina 2009 – 2011 Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmeniassa. Suuri kiitos ohjaajalleni, proviisori, koulutussuunnittelija Lea Tuomaiselle, asiantuntevista neuvoista sekä kannustavista ja rohkaisevista palautteista. Ilman hänen opastustaan olisin ollut monesti pulassa. Kiitos tutorilleni, apteekkari Ritva Pulkkiselle, viisaista neuvoista ja mukavista keskusteluhetkistä. Haluan kiittää myös työnantajaani, apteekkari Ilkka Vähämaata, työaikojen joustosta sekä taloudellisesta tuesta. Kiitokset ja halaukset perheelleni kannustuksesta ja pitkästä pinnasta. Ilman teitä tämä työ ei olisi tullut valmiiksi.

Eniten tarvitsemme elämässä ihmistä,
joka rohkaisee meitä tekemään sen,
minkä osaamme.

-Ralph Waldo Emerson-

Imatralla 6.6.2011

Miia Kelosuo

MÄÄRITELMÄT

Lääkehoidon arviointi

Lääkärin tekemä potilaan lääkityksen ja sen tarpeen sekä tarkoituksenmukaisuuden arviointi osana potilaan tutkimista ja hoidon suunnittelua. (Peura ym. 2007)

Lääkehoidon tarkistus

Lääkärin, sairaanhoitajan, proviisorin tai farmaseutin tekemä yksittäisen potilaan lääkkeiden tarkistus. Tarkistuksessa varmistetaan, että lääkkeiden annokset ja ottoajankohdat vastaavat hyväksytyjä hoitokäytäntöjä. Samalla tarkistetaan potilaan lääkkeiden mahdolliset päällekkäisyydet ja yhteensopimattomuudet. Tarkistus tehdään apteekissa myös itsehoitolääkkeiden osalta. (Peura ym. 2007)

Lääkehoidon kokonaisarviointi

Yksittäisen potilaan lääkehoidon tarkistuksen tai arvioinnin yhteydessä esille tulleiden ongelmien ratkaiseminen lääkärin aloitteesta moniammatillisessa tiimissä. Voi sisältää lääkärin arvioinnin lisäksi farmasian ammattilaisen tai muun pätevän ammattihenkilön tekemän perusteellisen kartoituksen ongelmasta ja sen mahdollisista syistä toimenpide-ehdotuksineen. Kartoitus voi sisältää mm. selvityksen potilaan lääkemääräyksistä, tämän käyttämistä resepti- ja itsehoitolääkkeistä ja interaktioista, siitä miten potilas kykenee ottamaan lääkkeensä sekä potilaan hoitomyöntyvyydestä tai hoitoon sitoutumisesta. (Suomen Apteekkariliitto, 2008)

Geriatrinen arviointi

Geriatrisessa arvioinnissa arvioidaan yhdessä moniammatillisessa ryhmässä iäkkään potilaan lääkehoitoa ja fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kokonaistilannetta (Hynninen 2008).

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ

ESIPUHE

MÄÄRITELMÄT

1 JOHDANTO	8
2 LÄÄKEHOIDON KOKONAISARVIOINTI	8
2.2 Lääkehoidon kokonaisarviointi Suomessa	8
2.2.1 Lääkehoidon kokonaisarviointi – koulutus	8
2.2.2 Lääkehoidon kokonaisarviointi – palvelu	12
2.3 Lääkehoidon kokonaisarviointi muualla	13
2.3.1 Australia	13
2.3.2 Iso-Britannia	14
2.3.3 USA	14
3 MONIAMMATILLISUUS LÄÄKEHOIDON KOKONAISARVIOINNISSA	15
4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, AINEISTOT JA MENETELMÄT	17
5 ANALYSOINTI	17
6 TULOKSET	19
6.1 Moniammatillisen yhteistyön rakentuminen ja kulku	19
6.2 Ryhmäilmiöt	22
6.3 Moniammatillisen yhteistyön hyödyt	23
6.4 Onnistumiset	25

6.5 Ongelmat	26
6.6 Kehittäminen	28
6.7 LHKA:n jatkosuunnitelmat	29
6.8 Lääkärien mielipiteet LHKA-yhteistyöstä opiskelijoiden kuvaamana	31
6.9 Hoitajien mielipiteet LHKA-yhteistyöstä opiskelijoiden kuvaamana	32
6.10 Lääkäreiltä saatu suora palaute	33
6.11 Hoitohenkilöstöltä saatu palaute	35
7 POHDINTA	36
7.1 Menetelmän pohdintaa	36
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	37
7.3 Eettisyydestä	39
7.4 Työskentely moniammatillisessa ryhmässä	39
7.5 Keskustelun taso	39
7.6 Yhteistyön tuomat hyödyt	40
7.7 Onnistumisen tunteita	41
7.8 Uusi toimintamalli ja sen kohtaamat ongelmat	41
7.9 Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja sen jatkosuunnitelmat	42
7.10 Yhteistyökumppaneiden arviot moniammatillisesta yhteistyöstä	43
8 KIRJALLISUUSLUETTELO	44
LIITTEET	
Liite 1. Tehtävänanto	
Liite 2. Sisällönanalyysi	

1 JOHDANTO

Lääkehoidon kokonaisarviointi (LHKA) on osa hankkeesta ”Apteekit mukana terveystalkoissa”. Hankkeessa ovat mukana mm. Suomen Apteekkariliitto ja Sosiaali- ja terveysministeriö. LHKA-koulutus aloitettiin Suomessa vuonna 2005 Kuopion pilottikurssilla. Se on myös farmasian alan ensimmäinen koulutus, josta voi saada erityispätevyyden. Tähän päivään mennessä LHKA-pätevöityneitä farmaseutteja ja proviisoreja on noin 150. Koulutus on 35 opintopisteen laajuinen ja se koostuu viidestä eri moduulista. Niistä moniammatillinen yhteistyö on opintopisteiltään laajin. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeä osa LHKA-koulutusta ja se on mukana opiskelujen joka vaiheessa.

Lääkehoidon kokonaisarviointi tehdään aina yhteistyössä lääkärin kanssa. Myös hoitaja voi olla mukana arvioinnissa. Moniammatillisesta yhteistyöstä on tehty monia tutkimuksia sosiaali- ja terveysalalla. Tutkimusta, jossa moniammatillisessa ryhmässä on mukana farmaseutti tai proviisori, ei ole kuitenkaan tehty. Tutkimuksessa analysoin 67 opiskelijan oppimistehtävät ja yhteistyökumppaneiden palautteet moniammatillisen yhteistyön onnistumisesta ja kehittymisestä lääkehoidon kokonaisarviointikoulutuksen aikana.

2 LÄÄKEHOIDON KOKONAISARVIOINTI

2.2 Lääkehoidon kokonaisarviointi Suomessa

2.2.1 Lääkehoidon kokonaisarviointi - koulutus

Lääkehoidon kokonaisarviointi (LHKA) on palvelu, joka kehitettiin Apteekit mukana terveystalkoissa – hankkeen aikana. Hanke oli jatkoa vuosina 2000-

2003 olleelle Tippa-projektille (luento Tuomainen 2007). Tippa-projektin

9

tarkoituksena oli parantaa apteekista annettavaa lääkeneuvontaa asiakkaille (Leikola ym. 2009). Mukana Tippa-projektissa ja sen jatko-ohjelmassa ovat Sosiaali- ja Terveysministeriö, Lääkelaitos, KELA, Suomen Apteekkariliitto, Suomen Farmasialiitto, Farmasian oppimiskeskus, Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto, Helsingin ja Kuopion yliopistot sekä Kuopion Yliopiston Koulutus- ja Kehittämiskeskus. Jatko-ohjelman tavoitteena on tukea ammatillisten palvelujen kehittämistä osana muuta terveydenhuoltoa (Peura ym. 2007).

Lääkehoidon kokonaisarviointi-koulutusohjelmasta vastaa Itäsuomen yliopiston Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate. Mallia kokonaisarviointikoulutukseen on haettu mm. Australiasta ja Yhdysvalloista. Pilottikoulutus aloitettiin vuoden 2005 alussa ja saatettiin päätökseen keväällä 2006 (Peura ym. 2007). Koulutukseen osallistui viisi sairaalafarmaseuttia tai -proviisoria sekä 21 farmaseuttia tai proviisoria avoapteekeista eri puolilta Suomea (Leikola ym. 2009). Vuoden 2011 loppuun mennessä LHKA-koulutuksen oli suorittanut noin 150 farmaseuttia tai proviisoria (suullinen tieto Lea Tuomaiselta).

LHKA-koulutus ovat 35 opintopisteen laajuinen (Hynninen 2008). Koulutus kestää kolme lukukautta eli 1,5 vuotta (Leikola ym. 2009) ja se koostuu 10 kaksipäiväisestä lähiopetusjaksosta ja etäopinnoista. Koulutuksen sisältö jakautuu viiteen moduuliin: rationaalinen lääkehoito ja lääkkeen käyttö (5 op), kliininen farmasia (11 op), moniammatilinen yhteistyö (12 op), työkalut (4 op) ja valinnaiset opinnot (3 op) (Hynninen, 2008). Koulutuksen tavoitteena on tukea opiskelijan ammatillista kehittymistä niin, että hänellä on riittävästi tietoa ja kliinistä osaamista lääkehoidon kokonaisarvioinnin tekemiseen. Lisäksi koulutuksen aikana opiskelijan tulee tehdä yhteistyötä muun terveydenhuollon kanssa sekä luoda lääkehoidon kokonaisarviointia varten yhteistyömalli, joka soveltuu paikallisen terveydenhuoltoon (Leikola ym. 2009).

Koulutuksen laajimman osan muodostaa moniammatillinen yhteistyö, joka on

10

läsnä koko opintojen ajan (Tuomainen 2007). Opiskelijoiden tehtävänä on muodostaa pysyvä yhteistyömalli paikallisen terveydenhuollon yksikön kanssa. Ensimmäisenä tehtävänä opiskelijalla on ottaa yhteyttä yhteistyökumppaniinsa eli terveydenhuollon yksikköön. Tämän jälkeen hän perehtyy yhdessä yhteistyökumppaneidensa eli hoitajan/hoitajien ja/tai lääkärin kanssa yksikön potilaiden lääkitysprofiiliin ja suunnittelee lääkehoidon kokonaisarviointiprosessin (Leikola ym. 2009). Koulutukseen kuuluu harjoituksena 5-10 kokonaisarvioinnin tekeminen. Tämä on osa moniammatillista yhteistyötä (Heikura ym. 2008). Käytännössä kokonaisarviointien tekeminen tarkoittaa sitä, että opiskelija haastattelee arviointiin valitut potilaat, kirjoittaa arviointiraportin jokaisesta potilastapauksesta ja pitää yhdessä yhteistyökumppaninsa kanssa loppupalaverin arvioinneista ja niiden tuloksista. Opiskelija ja yhteistyökumppani(t) sopivat yhdessä myös muutosten toteuttamisesta sekä seurannasta (Tuomainen 2007). Yhteistyökumppanit kutsutaan myös mukaan kaksipäiväiselle lähiopetusjaksolle jakamaan kokemuksiaan yhteistyömallista (Leikola ym. 2009). Arviointitapaukset esitellään koulutukseen kuuluvien lähipäivien aikana pienissä ryhmissä toisille opiskelijoille, jonka jälkeen niistä keskustellaan yhdessä. Arvioinnit kirjataan opintojen sähköiseen oppimisympäristöön, Moodleen, jossa opiskelijat pystyvät kommentoimaan kanssapöskelijöiden arviointitapauksia (Leikola ym. 2009). Koulutuksen lopussa opiskelija ja yhteistyökumppani(t) arvioivat yhteistyön sujuvuutta ja pohtivat myös jatkosuunnitelmia LHKA:n suhteen (Tuomainen 2007).

Kliininen farmasia on koulutuksen toiseksi suurin moduuli. Kliininen farmasia ohjaa käytännön toimintaa. LHKA-opintojen tavoitteena kliinisen farmasian osalta on opettaa opiskelijoille tiedon yhdistämistä eri tietolähteistä ja kokonaisuuden hallintaa. Kliinisen farmasian osa-alue sisältää tietoa farmakoterapian, farmakokineetikan, kliinisen kemian, geriatrian, psykologian, hoitotieteen ja etiikan alueilta (Leikola ym. 2009). Opinnot käsittelevät käytännössä siis eri sairauksien lääkehoitoa, ikääntymistä ja ikääntymisen

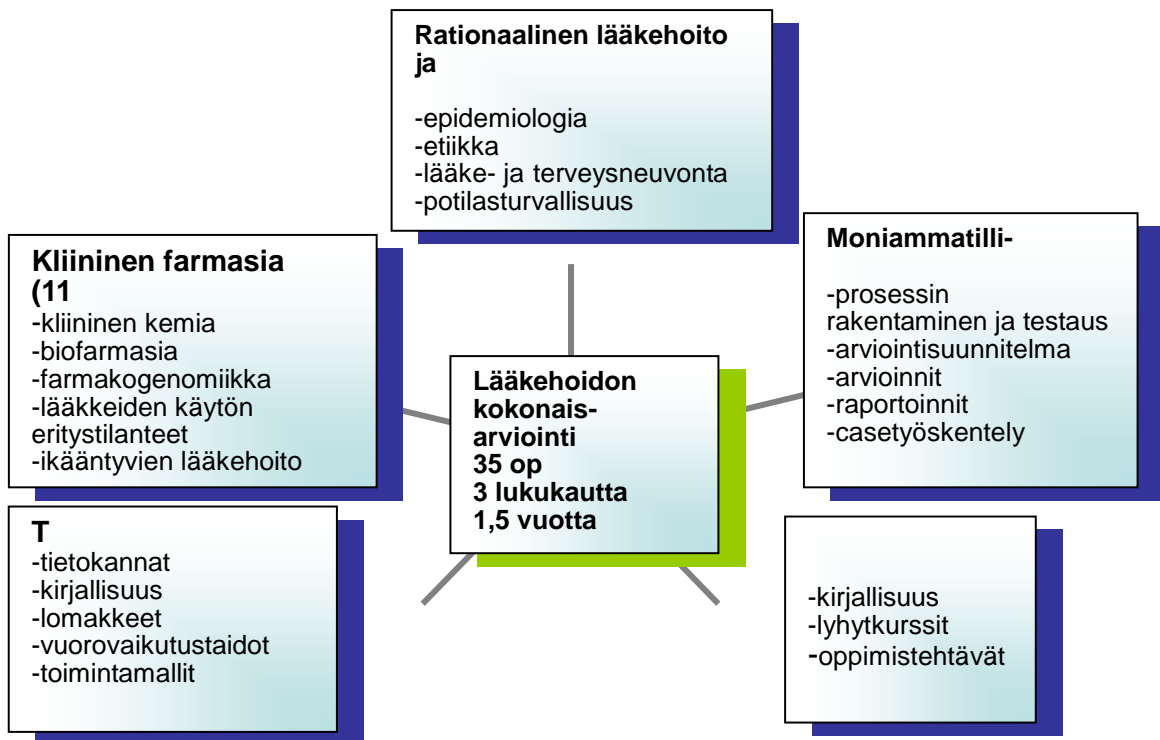
vaikutusta lääkehoitoon, laboratoriotutkimuksia ja niiden tulkintaa sekä

opiskelijoiden omia potilastapauksia (Tuomainen 2007).

Rationaalisella lääkehoidolla tarkoitetaan lääkkeiden tehokasta, turvallista, taloudellista ja tarkoituksenmukaista käyttöä (Mäntyranta 2007). Tämän osa-alueen tarkoituksena on auttaa opiskelijaa tunnistamaan ei-rationaalinen lääkehoito ja sen seuraukset (Tuomainen 2007). Tavoitteena on lisäksi ymmärtää asiakasneuvonnan tärkeys palvelutilanteissa ja osata tulkita eri kirjallisuuslähteiden merkitys. Käypähoito-suositusten opiskeleminen ja niiden käyttäminen kokonaisarvioinneissa kuuluvat myös rationaalisen lääkehoidon osa-alueeseen (Leikola ym. 2009).

Työkalut-moduuli perehdyttää opiskelijan käytössä oleviin tietolähteisiin ja tietolähteiden arviointiin. Tähän on sisällytetty myös vuorovaikutustaitojen harjoitteluun kuten haastattelu- ja neuvottelutaidot (Tuomainen 2007). Lääkehoidon kokonaisarviointi-palvelun kehittäminen, markkinointi ja hinnoittelu kuuluvat myös tähän osa-alueeseen (Leikola ym. 2009). Lisäksi opinnot sisältävät valinnaisia opintoja kolme opintopistettä (Tuomainen 2007).

Koulutuksen päätyttyä opiskelija hakee LHKA-erityispätevyyttä, jonka myöntävät Suomen Apteekkariliitto ja Suomen Farmasialiitto. Erityispätevyys myönnetään viideksi vuodeksi kerrallaan, jonka jälkeen pätevyyttä on haettava uudelleen. Erityispätevyyden uusimisen edellytyksenä on, että LHKA-farmaseutti / -proviisori on pitänyt yllä LHKA-taitojaan ja -tietojaan (Heikura ym. 2008). LHKA-koulutus antaa opiskelijalle riittävät teoriatiedot ja käytännön taidot, jotta hän pystyy työskentelemään yhdessä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (Leikola ym. 2009).



Kuva 1. Opintojen sisältö (Tuomainen 2007)

2.2.2 Lääkehoidon kokonaisarviointi - palvelu

Lääkehoidon kokonaisarvioinnissa farmaseutti tai proviisori arvioi asiakkaan lääkityksen käyttäen hyväksi asiakkaan potilaskertomuksia, laboratorioarvoja, lääkityslistaa ja haastattelua. Lääkehoidon kokonaisarvioija voi haastatella myös asiakkaan omaisia tai hoitajia (Heikura ym. 2008). LHKA tavoittelee vastauksia lääkitysongelmiin, joita voivat olla esimerkiksi tarpeettomat tai sopimattomat lääkkeet, päällekkäislääkitys tai lääkkeiden yhteisvaikutukset. Oleellista lääkityksen kokonaisarvioinnissa on, että lääkityksessä on jokin ongelma, joka tulee selvittää (Peura ym. 2007). Arviointi voi sisältää seuranta-haastattelun noin kolmen kuukauden kuluttua kokonaisarvioinnista. Tällöin arvioidaan kuinka mahdolliset lääkitysmuutokset ovat vaikuttaneet alkuperäiseen ongelmaan, ja onko asiakkaan tilanne lääkityksen suhteen parantunut (Heikura ym. 2008).

LHKA:n tavoitteena oikean ja

13

tarkoituksenmukaisen lääkkeiden käytön lisäksi on kehittää moniammatillista yhteistyötä sekä moniammatillista oppimista (Tuomainen 2007). Lääkehoidon kokonaisarviointiin on otettu mallia Australian vastaavasta palvelusta Home Medication Review. Australiassa palvelua tuetaan valtion taholta, mutta Suomessa maksaja on useimmiten vielä potilas itse (Hynninen 2008).

2.3 Lääkehoidon kokonaisarviointipalvelu muualla

2.3.1. Australia

Australiassa on erilaisia lääkehoidon kokonaisarviointipalveluja. Palvelu käynnistyi vuonna 1995 nimellä Residential Medication Management Review (RMMR) ja se on tarkoitettu hoitokotien asukkaille (Lipsanen 2010). Kotona asuvien kokonaisarviopalvelut ovat nimeltään Domiciliary Medication Management Review (DMMR) ja Home Medicines Review (HMR). HMR- ja DMMR – palvelut alkoivat vuonna 2001 (Peura ym. 2007). Palvelujen tavoitteena on auttaa potilasta saamaan mahdollisimman paras hyöty lääkehoidosta (Tuomainen 2008) ja vähentää lääkkeiden aiheuttamia haittoja (Hynninen 2008). Kun apteekki on tehnyt lääkkeiden tarkistuksen asiakkaan kotona sekä kirjoittanut arvioreportin lääkärille, maksaa Australian hallitus palkkion apteekille (Lehtonen 2007). Kriteereinä kokonaisarvioinnin tekemiselle on jokin seuraavista: yli viiden lääkkeen käyttö pitkäaikaisesti, yli 12 lääkemannosta päivässä, jokin muutos lääkityksessä potilaan kotiutuessa sairaalasta, lääkkeen haittavaikutukset, lääkehoito ei onnistu tai potilas käy monella eri lääkärillä (Hynninen, 2008). Arvioinnit tehdään aina lääkärin läheteellä (Lipsanen 2010) ja arvioinnin tekee farmasian ammattilainen, joka on siihen päteväytynyt (Hynninen 2008).

2.3.2 Iso-Britannia

Iso-Britannian lääkehoidon arviopalvelu on nimeltään Clinical Medication Review (CMR). Palvelun tavoitteena on optimoida potilaan lääkkeiden teho ja varmistaa niiden turvallisuus (Tuomainen 2008). Arvioinnin voi tehdä lääkäri, hoitaja tai farmasian alan ammattilainen potilaan lääkitystietojen, lääkityshistorian, laboratorioarvojen sekä muiden potilasasiakirjojen perusteella (Hynninen 2008). Potilaalle tehdään CMR-arviointi, mikäli hänellä on käytössään neljä tai useampi eri lääke, tai reseptit ovat peräisin useammalta eri lääkäriltä, tai hänelle tehdään jokin huomattava lääkitysmuutos, tai potilaalla on haittavaikutuksia lääkkeestä tai lääkkeistä (Tuomainen 2008). CMR-arvioinnissa haastatellaan aina potilasta. Iso-Britanniassa on tarjolla myös muita eritasoisia lääkehoidon arviointeja, joita voi tehdä farmasian ammattilainen, lääkäri tai hoitaja (Hynninen 2008).

2.3.3 USA

Yhdysvaltojen Drug Utilisation Review (DUR) on lakisääteinen lääkealan ammattilaisten tarjoama palvelu. Vuonna 1993 DUR tuli pakolliseksi julkisen sairausvakuutukseen piiriin kuuluville (Peura ym. 2007). Se on kuitenkin ollut käytössä jo 1960-luvun lopusta lähtien (Hynninen 2008). Palvelun tavoitteena on lääkkeiden määräämisen järkiperäistäminen (Tuomainen 2008). Arviointi tehdään joko lääkärin tai farmasian alan ammattilaisen toimesta lääkärin vastaanotolla tai lääkkeiden toimittamisen yhteydessä. Useiden vakuutusyhtiöiden lääkekorvausten maksamisen ehtona on arvioinnin tekeminen (Hynninen 2008). Arviointi voidaan tehdä ennen lääkehoidon alkamista, lääkehoidon aikana tai lääkehoidon jälkeen (Tuomainen 2008).

Medication Therapy Management-palvelun (MTM) tarkoituksena on optimoida terapeuttiset vaikutukset potilaan lääkehoidossa (Tuomainen 2008), parantaa

potilaan, apteekin ja muun terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä

15

sekä parantaa potilaan hoitoa. Palvelun ehtona on, että potilas, lääkäri ja farmasian ammattilainen tekevät yhteistyötä (Hynninen 2008). MTM-arvioinnin tekemisen syynä voi olla esimerkiksi, että potilas käyttää neljää tai useampaa lääkettä, hänellä on usean eri lääkärin määräämiä lääkkeitä, laboratorioarvot eivät ole tavoitteessa, potilaan hoitomyöntyvyys on huono tai hän on ollut sairaalahoidossa, jossa hänelle on määrätty uusi lääkitys (Tuomainen 2008). Arvioinnissa farmasian alan ammattilainen tekee lääkehoidon arvioinnin (MTR, Medication Therapy Review), jota varten hän haastattelee potilaan. Tämän jälkeen haastattelija tekee potilaalle käytössä olevista lääkkeistä lääkekortin ja lääkehoitosuunnitelman. Haastattelija antaa lääkeneuvontaa tai ohjaa hänet lääkärin vastaanotolle. Kaikki tämä dokumentoidaan. Arvioinnin jälkeen jatkuva hoidon seuranta on oleellinen osa arviointiprosessia (Hynninen 2008).

3 MONIAMMATILLISUUS LÄÄKEHOIDON KOKONAISARVIOINNISSA

Käsitettä moniammatillisuus voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan tilannetta, jossa pyritään saavuttamaan yhteinen päämäärä jakamalla tietoja, taitoja, tehtäviä, kokemuksia ja/ tai jakamalla toimivaltaa. Käsitteellä voidaan viitata organisaation sisäiseen tai organisaatioiden väliseen yhteistyöhön, yhteistyön satunnaisiin ja vakiintuneisiin muotoihin sekä ammattirooleissa pitäytyvään tai uutta synteesimäistä ajattelutapaa etsivään yhteistyöhön (Määttä 2006). Moniammatillista yhteistyötä voidaan tehdä erilaisissa tilanteissa, joista asiakastyö on yksi. Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan myös sitä, että tietyllä joukolla ihmisiä on yhteinen päämäärä, johon he pyrkivät yhdessä keskustellen. Tällä tavoin asiaan tulee eri näkökulmia (Isoherranen 2005). Eri ammattiryhmiin kuuluvien yhteistyön ajatellaan myös takaavan tasapuolisemman päätöksenteon asiakkaiden kannalta (Nikander 2003).

Sosiaali- ja terveysministeriön Kuntatiedotteessa 6/2007 kirjoitetaan yli 75-vuotiaiden vanhusten turvallisesta lääkehoidosta. Moniammatillinen yhteistyö ja lääkehoidon kokonaisarviointi nostettiin raportissa tärkeimmiksi tavoiksi taata heille turvallinen lääkehoito. Moniammatillisuudella tarkoitetaan tässä sitä, että lääkäri määrää lääkkeen ja tekee hoitopäätökset ja hoitaja vastaa omalta osaltaan vanhuksen hyvästä hoidosta. Lääkärin velvollisuus on tarkistaa vähintään kerran vuodessa lääkityksen oikeellisuus ja tässä hän voi hyödyntää farmasian ammattilaisen osaamista (Kuntatiedote 6/2007).

Läákehoidon kokonaisarvioinnissa moniammatillisuus on oleellinen osa prosessia (Leikola 2009). Lähtökohtana on aina asiakas (=potilas) (Isoherranen 2005). Lääkäri valitsee kokonaisarviointiin tulevan potilaan ja farmasian ammattilainen tekee haastattelun ja arvioinnin. Arvioinnissa esille nousseet muutosehdotukset käydään läpi moniammatillisessa lääkärin ja farmasian ammattilaisen tapaamisessa, jossa lääkäri päättää tehtävistä muutoksista. Myös hoitaja voi olla arvioinnissa mukana (Leikola 2009). Yhteistyössä jokainen ammattilainen tuo potilaan hoitamiseen oman osaamisensa (Tuomainen 2008). Moniammatillisuuden avulla on mahdollista saada käytössä olevat resurssit kohdennettua entistä paremmin. Yhteistyöstä hyötyvät yhteiskunta, potilas, hoitohenkilöstö ja farmasian ammattilaiset (Heikura ym. 2008). Samalla kun kohdennetaan jokaisen osaamista tehokkaammin, hyötyy siitä myös yhteiskunta taloudellisesti (Tuomainen 2008).

Sosiaaliset taidot korostuvat moniammatillisessa yhteistyössä. Eri ammattiryhmien edustajilta vaaditaan joustavuutta, yhteistyökykyä, vuorovaikutustaitoja ja kykyä kuunnella muita (Metsämuuronen 1998). Kaarina Isoherranen jaottelee moniammatillisen ryhmän toiminnan neljään erityyppiseen ryhmään: ristiriitaiseen, hierarkiseen, konformistiseen ja holistiseen. Näistä ristiriitaisella ryhmällä tarkoitetaan tilannetta, jolloin ryhmän jäsenet ottavat osaa keskusteluun epätasaisesti. Osa jäsenistä vaikenee kokonaan eivätkä

välttämättä vastaa kysyttäessäkään, kun taas osa pysyy jatkuvasti äänessä.

17

Hierarkisessa ryhmässä taas keskustelussa ovat äänessä vain ns. korkeammalla hierarkiassa olevat jäsenet. Konformistisella ryhmällä tarkoitetaan tilannetta, jolloin keskusteluissa ei esitetä eriäviä mielipiteitä vaan kaikista asioista ollaan yksimielisiä. Holistisessa ryhmässä puolestaan jokainen ryhmänjäsen on yhtä tärkeä ja jokaisen mielipide on yhtä tärkeä (Isoherranen 2005).

4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän projektityön tarkoituksena on saada jäseneltä tietoa sekä opiskelijoiden että yhteistyökumppaneiden ajatuksista moniammatillisen yhteistyön onnistumisesta ja kehittymisestä koulutuksen aikana lääkehoidon kokonaisarviointissa. Lisäksi tavoitteena on koota ajatukset moniammatillisen yhteistyön merkityksestä lääkehoidon kokonaisarvioinneissa. Tietoa asiasta on kerätty koko kokonaisarviointin olemassa olon ajan, mutta tähän mennessä tietoa ei ole käsitelty systemaattisesti.

5 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksen aineistona käytetään vuosina 2007 – 2009 olleiden Lääkehoidon kokonaisarviointi – koulutusten opiskelijoiden oppimistehtäviä. Ne käsittelevät opiskelijoiden kokemuksia, tuntemuksia ja ajatuksia moniammatillisesta yhteistyöstä LHKA-koulutuksen aikana. Oppimistehtävät ovat Helsingin, Tampereen, Kuopioon ja Oulun LHKA-kurssien opiskelijoiden kirjoittamia ja niitä on yhteensä 67 (Helsinki 15 kpl, Tampere 17 kpl, Kuopio 17 kpl, Oulu 18 kpl). Lisäksi tutkimuksessa on mukana hoitajien (17 kpl) ja lääkäreiden (17 kpl) suoria palautteita moniammatillisesta yhteistyöstä. Näissä palautteissa he kertovat mielipiteensä LHKA:sta omalta näkökannaltaan. Opiskelijan tehtävänä

oli arvioida itse sekä yhdessä yhteistyökumppanin kanssa yhteistyötä, sen

18

rakentumista ja kulkua. Lisäksi opiskelijoiden tuli miettiä yhteistyön aikana ilmenneitä ryhmäilmiöitä, ja mitä hyötyä kokonaisarviointi toi eri osapuolille, sekä miten yhteistyö jatkuu tulevaisuudessa. Näiden asioiden lisäksi tehtävään tuli pohtia yhteistyön onnistuneita asioita ja mitä prosessissa voisi vielä kehittää. Opiskelijoiden tuli myös pyytää palaute suoraan yhteistyökumppanilta, mikäli se oli mahdollista (liite 1).

Tutkimusmenetelmänä oppimistehtävien analyysissä käytetään sisällönanalyysiä, joka on laadullista tutkimusta. Sisällönanalyysissä aineisto puretaan aluksi osiin ja sisällöllisesti samaa tarkoittavat osat yhdistetään (Kylmä ym. 2007). Tutkimukseen otetaan mukaan se osa tekstistä, joka liittyy tutkittavaan aiheeseen. Tämän tutkimuksen mukana ovat tekstin osat, jotka liittyvät moniammatilliseen yhteistyöhön. Analyysiyksiköitä ei voi päättää etukäteen vaan ne ns. nousevat esiin teksteistä.

Analyysia aloittaessani luin ensin kaikki oppimistehtävät. Tämän jälkeen jaottelin niistä esiin nousevat teemat omiin matriiseihin. Matriiseja tuli yhteensä yksitoista: moniammatillinen yhteistyö, ryhmäilmiöt, hyödyt, ongelmat, onnistumiset, LHKA:n kehittäminen, LHKA:n jatkosuunnitelmat, hoitajien ja lääkäreiden ajatukset LHKA:sta opiskelijoiden sanoin sekä yhteistyökumppaneiden itse kirjoittamat palautteet yhteistyöstä. Analysointivaiheessa poimin esimerkiksi kaikki hyötyjä koskevat ilmaisut omaan matriisiin. Tämän jälkeen erottelin hyöty-matriisista omiin alamatriiseihin opiskelijoita, yhteistyökumppaneita ja asiakkaita koskevat hyödyt. Vastaavasti ongelmista kertovat lauseet kokosin myös omaan matriisiinsa. Tämän jälkeen jaottelin erityyppiset ongelmat alamatriiseihin. Analyysin kulku on kuvattu liitteessä 2.

Oppimistehtävistä nousi esiin LHKA-koulutuksen kehitystoiveita ja -ideoita. Kehittämiseen liittyvät lauseet poimin myös omaan matriisiin. Matriisista nousi

taas esiin erilaisia kehittämisajatuksia. Jaoin samaa asiaa tarkoittavat lauseet

19

omiin matriiseihin. Yhteistyöhön liittyvät, kehittämistä koskevat ajatukset, jaottelin vielä viiteen alamatriisiin. (Liite 2)

Opiskelijoiden tuli pohtia myös moniammatilliseen yhteistyöhön liittyviä ryhmäilmiöitä Kaarina Isoherrasen kirjan ”Moniammatillinen yhteistyö” (Isoherranen 2005) mukaan. Poimin oppimistehtävistä ryhmäilmiöitä kuvaavat kuvaukset omaan matriisiin, jonka jälkeen jaottelin kuvatut ryhmät Isoherrasen kirjassa olevan luokittelun mukaan ristiriitaiseen, hierarkisesti keskustelevaan, konformistiseen ja holistiseen ryhmään. Tämän lisäksi etsin kirjoituksista kuvauksia siitä, miten opiskelijat kokivat roolinsa ryhmän sisällä. (Liite 2)

Lääkehoidon kokonaisarviointien jatkamien koulutuksen jälkeen yhteistyökumppanien kanssa oli yksi oppimistehtäviin kuvatuista asioista. Jatkosuunnitelmat jaoin neljään osaan: yhteistyön loppuminen, yhteistyön jatkuminen, yhteistyön jatkuminen muussa muodossa ja lääkehoidon kokonaisarvioinnin muut jatkosuunnitelmat. Edellä kuvatulla tavalla analysoin myös loput esille nousseet asiat (Liite 2).

6 TULOKSET

6.1 Moniammatillisen yhteistyön rakentuminen ja kulku

Jokainen opiskelija kuvaa moniammatillista yhteistyötä, mutta sitä kuvataan hyvin eri tavoin. Joissakin tehtävissä ei kuvata moniammatillisen yhteistyön rakentumista ja sen kehittymistä käytännössä. Osassa tehtävistä käytäntö oli kuitenkin tuotu hyvin esiin lukijalle. Oppimistehtävistä kahdeksassatoista (27%) kuvataan yhteistyön alkua positiivisin adjektiivein, kuten ”*Yhteistyö lähti hyvin käyntiin*” (Ou2) tai ”*Moniammatillinen yhteistyö lääkehoidon kokonaisarviointikoulutuksen tiimoilta lähti hyvin alkuun*” (Tre7). Kuusi (9%)

opiskelijaa puolestaan kuvaa moniammatillisen yhteistyön aloitusta mm. takkuisaksi, kankeaksi ja haasteelliseksi. Moni opiskelija oli valinnut yhteistyökumppaneikseen tahon, jonka kanssa apteekki oli tehnyt aikaisemminkin yhteistyötä tai he olivat muutoin tuttuja entuudestaan ”*Olemme jo ennestään tunteneet toisemme ja siten yhteistyön aloittaminen oli helppoa*” (Tre8).

Yksi moniammatillisen yhteistyön aloittamiseen kuuluva tehtävä oli muodostaa lääketysprofiili yhdessä yhteistyökumppaneiden kanssa. Tällä tarkoitetaan sitä, että kuvataan esimerkiksi mitä lääkkeitä hoitoyksikössä määrätään eniten. Oppimistehtävissä oli asiasta viisi (7%) mainintaa: ”*He antoivat minulle auliisti apua myös lääketysprofiilitehtävän tekemisessä, kun pyysin käytännön kommentteja kulutuslistoista saamaani informaatioon*” (Kuo11).

Moniammatillinen yhteistyö toteutui kuuden (9%) opiskelijan kohdalla, kun potilaita valittiin kokonaisarviointiin. Mukana oli tällöin opiskelija, lääkäri ja hoitaja: ”*Valitsimme yhdessä lääkärin ja hoitajan kanssa kokonaisarviointiin osallistuvat potilaat*” (Ou10). Yhteistyökumppanit eli lääkäri ja hoitaja valitsivat 19 (28%) opiskelijan kokonaisarvioitavat potilaat joko lääkärin ja hoitajan yhteistyössä tai yksinään: ”*Hoitokodin henkilökunta etsi potilaskeissit harjoiteltavakseni ”vaikeusjärjestyksessä”*” (Kuo9).

Kokonaisarviointeja varten arvioija tarvitsee taustatietoja kuten viimeisimmän lääkekortin, laboratorioarvot, diagnoosit, painon ja pituuden. Taustatietojen saaminen onnistui hyvin eli arvioija sai tiedot valmiina joko hoitajalta tai lääkäriltä 19 (28%) opiskelijan kohdalla. Yhdessä hoitajien kanssa taustatietoja oli etsinyt viisi (7%) opiskelijaa. Jokainen oli kuitenkin saanut jotain taustatietoja arviointeja varten.

Kokonaisarvioinnit on tarkoitus käydä yhdessä läpi yhteistyökumppaneiden kanssa. Opiskelijoista 32 (48%) kirjoitti oppimistehtävänsä moniammatillisen ryhmän kokoonpanosta, jossa he olivat mukana. Osalla ryhmän kokoonpano

muuttui yhteistyön aikana. Ryhmä koostui lääkäristä, hoitajasta ja arvioijasta 22 (69%) opiskelijan kohdalla. Tällöin työnjako oli usein sellainen, että lääkäri teki muutokset, jos katsoi ne aiheelliseksi arvioijan huomioiden perusteella ja hoitaja vei muutokset puolestaan käytäntöön. Joissakin ryhmissä ammattiryhmää saattoi edustaa useampikin henkilö; *"Arviointipalaverissa olivat läsnä lääkärin, vakinaisen terveydenhoitajan ja minun lisäksi myös vuorotteluvapaasijaisuutta hoitanut jo töitä vaihtanut terveydenhoitaja ihan mielenkiinnosta asiaa kohtaan"* (Tre2).

Arvioijan lisäksi kokonaisarviointien purkupalaveriinkin osallistui yhdeksässä (28%) tapauksessa opiskelijan lisäksi pelkästään lääkäri; *"Lääkehoidon kokonaisarviointit purettiin geriatrin ja farmaseutin kesken"* (Ou1). Neljä (12,5%) opiskelijaa purki kokonaisarviointit sähköpostin ja puhelimen välityksellä tai lääkäri on vain lukenut itseksensä arvioinnin.

Moniammatillisen yhteistyön arviointiin kuuluu myös kertoa koko prosessin onnistumisesta. Tästä kirjoitti oppimistehtävässään 49 (73%) opiskelijaa. Heistä suurimman osan, 40 (82%) opiskelijan, mielestä yhteistyö onnistui hyvin. Yksi opiskelija kuvasi yhteistyön kulkua nihkeäksi. Parannettavaa yhteistyöhön jäi kymmenen (20%) opiskelijan mielestä; *"Yhteistyössä jäin ajan puutteen takia kaipaamaan yhteispalaveria lääkärin, hoitajan ja farmaseutin välillä"* (Ou4). Kahden opiskelijan yhteistyökumppanille lääkehoidon kokonaisarviointi ei ollut täysin avautunut: *"Lääkehoidon kokonaisarviointi ajatuksena taisi kuitenkin jäädä vähän hämäräksi"* (Tre15) ja *"Sairaanhoitaja totesikin arviointien hyödyn olleen aika vaatimatonta hoitajien näkökulmasta, sillä eihän heille kukaan arviointien tuloksista kertonutkaan"* (Tre7). Kokonaisuudessaan moniammatillinen yhteistyö koettiin kuitenkin hyväksi ja onnistuneeksi.

6.2. Ryhmäilmiöt

Opiskelijat olivat kuvanneet ryhmiä ja niissä käytyjä keskusteluja omien tuntemustensa mukaan. Kaikkiaan 54 (80%) opiskelijaa oli pohtinut koulutuksen aikana ilmenneitä ryhmäilmiöitä tehtävänsä. Muutama opiskelija oli kokenut useamman kuin yhden ryhmäilmiön oman ryhmänsä toiminnassa. Osalla opiskelijoista oli monia yhteistyökumppaneita opiskelun aikana, jolloin ryhmäilmiöitä oli luonnollisesti heidän kohdallaan useampia. Opiskelijoista 39 (72%) oli kokenut ryhmän toiminnan holistiseksi eli kaikki asiantuntijat olivat mukana keskustelussa yhtä tärkeinä: ”*Tässä moniammatillisessa tapaamisessa keskustelimme mielestäni tasa-arvoisesti ja toistemme mielipiteitä ja ammattitaitoa kunnioittaen. Jokainen palaveriin osallistuja sai ja myös uskalsi sanoa mielipiteensä ääneen, perustella oman kantansa ja tarpeen tullen pyytää lisäselvitystä toisen eriävälle mielipiteelle*” (Kuo4).

Oppimistehtävissä ryhmäilmiön koki ristiriitaiseksi 9 (17%) opiskelijaa eli keskustelu jakautui ammattiryhmästä riippumattomasti epätasaisesti. Kahdeksassa (15%) oppimistehtävässä ryhmää puolestaan kuvattiin hierarkiseksi. Näissä keskustelussa olivat mukana pääasiassa vain pidemmälle koulutetut jäsenet. Konformistisessa ryhmässä oli mukana kolme (5,5%) opiskelijaa. Näissä ryhmissä ei esitetty erilaisia mielipiteitä tai näkökulmia vaan kaikesta oltiin samaa mieltä. Osa opiskelijoista oli havainnut myös kehittymistä keskustelun tasossa yhteistyön aikana: ”... *ensimmäinen kokous lokakuussa oli lähinnä konformistinen ...Helmikuussa pitämässämme viimeisessä seurantakokouksessa tunnelma oli tosi rento. Keskustelu käytiin holistisen tiimin malliin.*” (Kuo2)

Omaa rooliaan ryhmän sisällä oli pohtinut yhdeksän (17%) opiskelijaa. Omaa roolia ja tehtävää kuvattiin mm. tiedon hankkijaksi ja välittäjäksi (Ou1), lääkemuuostosten viejäksi ajatuksesta toteutukseen (Ou6), aloitteen tekijäksi (Tre3, Tre18), suunnan näyttäjäksi ja yhteen vetäjäksi (Ou11, Tre3, Tre16),

keskustelun vetäjäksi (Ou15), informoijaksi, informaation ja mielipiteen etsijäksi ja menettelytapojen ehdottajaksi (Ou13) ja oppijaksi (Tre15).

6.3 Moniammatillisen yhteistyön hyödyt

Oppimistehtävistä kävi ilmi, miten projektissa mukana olleet osapuolet olivat hyötynneet LHKA:sta. Hyötyjiä olivat opiskelijat itse, lääkärit ja hoitajat sekä asiakkaat ja yhteiskuntakin. Opiskelijoista 42 (63 %) koki hyötynensä jotenkin yhteistyöstä. Heistä 33 (79%) nosti esiin uusien tietojen omaksumisen. Tietoa karttui itse kokonaisarviointien tekemisestä ja kokonaisarvioinneissa esille nousseista lääkehoitoon liittyvistä ongelmista sekä haastattelutekniikasta:

”Oman oppimisen näkökulmasta potilasvalinta oli onnistunut, koska tapaukseni olivat kaikki erilaisia ja eri asioita opettavia.” (Tre6)

”Haastattelijakin oppi haastattelujen myötä kysymään tarvittavat kysymykset.” (Kuo6)

”Olen kokenut oppineeni monia sellaisia asioita, joita ei pelkästään kirjoja pönttämällä oivalla, vaan vasta käytännön potilastapausten kautta.” (Ou11)

Osa koki yhteistyön parhaimpana antina sen opin, minkä he saivat keskustellessaan arviointipalavereissa yhdessä lääkäreiden ja hoitajien kanssa. Tätä kautta jokaisen yhteistyössä mukana olleen näkökulma sai uutta ulottuvuutta lääkehoitoon. Opiskelijoista 19 (45%) mielestä koulutuksen suuri hyöty oli siinä, että nyt he ymmärtävät hoitajien ja lääkäreiden työtä paremmin:

”Moniammatillisessa yhteistyössä opitaan myös tuntemaan ja tietämään mitä toinen osaa, näkemään mitä kaikkea työnkuvaamme liittyykään ja kuinka tärkeitä kaikki olemme asiakkaan lääkehoidon onnistumisessa!” (Ou5)

”Moniammatillisen yhteistyön tärkeänä antina kaikki osapuolet pitivät toisen ammattiryhmän työn tutummaksi tulemista. Mielestäni apteekkilaisen rooli lääkehoidon asiantuntijana on tämän projektin aikana selkiytynyt kaikille osapuolille.” (Tre12)

Neljä opiskelijaa puolestaan koki saaneensa omaan työhönsä varmuutta ja kolme mainitsi yhteistyökumppaneiden arvostuksen lisääntyneen opiskelijan ammattitaitoa kohtaan.

Opiskelijoiden mukaan ainakin yhteistyökumppaneista 25 (59,5%) oli hyötynyt yhteistyöstä lääkehoidon kokonaisarviointiopiskelijan kanssa ja niiden aikana tehdyistä kokonaisarvioinneista. Opiskelijoista 13 (31%) mainitsi yhteistyökumppaneiden oppineen uutta koulutuksen aikana:

”Ylilääkäri koki saavansa yhteenvedoissa hyödyllistä farmakologista informaatiota potilaan lääkityksen jatkoa ajatellen.” (Kuo14)

”Erikseen he (hoitajat) myös mainitsivat miten he ovat oppineet uusia asioita yhteistyön kuluessa.” (Hel4)

Ammatillista arvostusta oli tuntenut saaneensa neljän (10%) opiskelijan yhteistyökumppani(t). 10 (24%) opiskelijan yhteistyökumppani(t) oli tuntenut taas hyötäneensä yhteistyöstä saamalla uutta tietoa potilaan lääkityksestä. Lääkärit ja hoitajat saivat tietoja kokonaisarvioinnin avulla potilaan todellisesta lääkkeiden käytöstä. Kokonaisarviointi vapautti myös aikaa keskittyä potilaan hoitoon; *”...hoitajista lääkehoidon kokonaisarviointi toi aikaa keskittyä tarkemmin lääkehoidon ongelmiin ja pysäytti todella miettimään asiakkaan lääkitystä.” (Kuo13).*

Opiskelijoista 33 (79%) arvioi potilaan hyötynneen kokonaisarvioinnista. Yksi asiakas *”ei ollut kokenut hyötывänsä millään lailla arvioinnista” (Kuo8).* Positiiviseksi asiaksi mainittiin 19 (45%) raportissa asiakkaan kokemus siitä, että joku oli kiinnostunut hänen lääkityksestään; *”Suurin osa asiakkaista oli kuitenkin kovin otettuja siitä, että heidän lääkeasioistaan oltiin kiinnostuneita ja niitä mietittiin ajan kanssa.” (Tre15).* Asiakkaan saama hyöty oli taloudellinen yhdeksän (27%) oppimistehtävän mukaan. Lääkkeitä oli vaihdettu edullisempiin vaihtoehtoihin ja lääkkeille oli haettu erityiskorvausnumeroita.

Asiakasta hyödyttäneet lääkitysmuutokset mainittiin 13 (31%) raportissa. Asiakkailta oli lopetettu tarpeettomia lääkkeitä, tehostettu hoitoa, saatu parannettua hoitotasapainoa ja sitä kautta myös elämänlaatua: *"Kahdella diabetespotilaalla hoitotasapaino on parantunut seurantajakson aikana tehostetun hoidon myötä."* (Kuo12) ja *"...turhia lääkkeitä on karsittu ja annoksia tarkistettu yleensä pienemmäksi."* (Hel4). Lääkehoidon kokonaisarviointista ja sen mukanaan tuomasta yhteistyöstä hyötyivät siis kaikki osapuolet suurimmassa osassa tapauksia.

6.4 Onnistumiset

Onnistumisen tunteita koulutuksen aikana koki 33 (49%) opiskelijaa. Onnistumisena koettiin se, että yhteistyökumppani sai jotain hyötyä yhteistyöstä. Tämän mainitsi kuusi opiskelijaa. Esimerkiksi *"Lääkärimielestä esitimme oikean suuntaisia kannanottoja ja hän ilmaisi useaan otteeseen, että normaalin työajan puitteissa ei ehdi perehtyä potilastapauksiin näin perusteellisesti"* (Kuo12) ja *"Eriyisen hyvänä pidettiin kotikäyntiä ja käsikauppalääkkeiden selvittelyä. Saatiin lisätietoa lääkkeiden annosteluajankohtiin liittyvistä asioista"* (Tre1).

Yhteistyön onnistuminen itsessään oli monelle opiskelijalle mukava asia. Yhteistyö mainittiin 17 (51,5 %) opiskelijan oppimistehtävässä onnistuneeksi asiaksi. Onnistunutta yhteistyössä oli esimerkiksi luottamuksellisen yhteistyön syntyminen koulutuksen kuluessa ja moniammatillisuus asiakkaan parhaaksi: *"Tämä minun projektini on muodostunut nyt kantavaksi sillaksi yhteistyössä TK:n suuntaan"* (Hel13) ja *"Hyvää ja onnistunutta on ollut se, että molemmat osapuolet ovat kiinnostuneita terveydenhuollon (laadun)kehittämisestä sekä vanhusten hyvinvoinnista"* (Kuo9).

Kolmantena onnistumiseen liittyvänä asiana opintotehtävistä nousi esiin neljässä (12%) oppimistehtävässä opiskelijan oma ammatillinen kehittyminen

lääkehoidon alalla: *”Parhaimmalta tuntuu kumminkin se että olen ammatissani kehittynyt ja kiinnostus alaa kohtaan on entistä enemmän kasvanut”* (Hel12). Muitakin onnistumisia koettiin. Näitä olivat esimerkiksi se, että asiakas oli tyytyväinen saamastaan huomiosta, opiskelija oli oikeilla sanavalinnoilla saanut vältettyä konfliktin sairaanhoitajan kanssa ja yhteistyölääkəri oli pyytänyt opiskelijaa kertomaan imeytymisvaiheen yhteisvaikutuksista muulle henkilökunnalle.

6.5 Ongelmat

Moniammatillisen yhteistyön käynnistämässä ilmeni suurimmalla osalla opiskelijoista jonkinlaisia ongelmia. Ongelmista mainittiin 56 (83,5%) oppimistehtävässä. Eniten ongelmia opiskelijoilla ilmeni siinä, että yhteistyökumppanit vaihtuivat kesken projektin. Näin tapahtui 16 (28,5%) opiskelijalle.

”Ettei tämä yhteistyö olisi ollut ihan helppoa muutoksia on ollut kokoonpanossa paljon. Yksi hoitajista jäi eläkkeelle... Toinen pitkäaikainen kotisairaanhoitaja jäi vuorotteluvapaalle... ja kolmas sairaanhoitaja on ollut pitkäaikaisella sairauslomalla. Lääkäri lähti TK:sta heinäkuussa.” (Ou3)

”Yhteistyökumppanit ovat vaihtuneet henkilöiden paikkakunnalta poismuuttojen vuoksi: yhteistyölääkärinä kolmas menossa ja -hoitajana toinen, joka on toimessaan sijainen.” (Hel6)

”Hoitaja vaihtui melkein jokaisessa arvioinnissa, joten tiimiytymistä ei päässyt syntymään.” (Tre6)

Ajan löytyminen yhteistyölle oli toinen ongelmien aiheuttaja. Opiskelijoista 15 (27%) mainitsi tämän oppimistehtävässä. Ajanpuute johtui itse opiskelijasta yhdessä tapauksessa: *”Omaksi ongelmaksi muodostui oma ajankäyttöni.* (Ou17)” Kolmelle opiskelijalle yhteisen ajan löytyminen oli haaste: *”Suurempi ongelma oli aikataulujen yhteensovittaminen”* (Kuo12). Lopuilla ajan löytäminen oli riippuvainen yhteistyökumppaneista eli lääkäreistä ja hoitajista:

"Aikaa ei ole löytynyt palavereihin, joissa voisimme keskittyä potilastapauksiin" (Ou6).

"Lääkärin kanssa työskentelyssä haasteellisinta oli päästä tapaamaan lääkäriä" (Tre12).

"Haittaavana tekijänä on ollut yhteistyökumppaneiden aikapula" (Hel8).

Opiskelijoista 13 (23%) koki haittaavaksi asiaksi projektissa sen, että suunniteltu aikataulu ei ollut pitänyt: *"Niinpä raportin laatimisen ja arviointikeskustelun välillä saattoi olla jopa 2 kuukauden väliaika"* (Ou11). *"Jälkeenpäin ajateltuna aika arvioinneista purkupalaveriin oli liian pitkä"* (Kuo5). Resurssipulan hoitajien ja lääkärien puolella koki ongelmaksi kahdeksan (14%) opiskelijaa: *"Uuden yhteistyölääkärin löytäminen kesti muutaman kuukauden, koska koko paikallinen terveydenhuolto kärsii huutavasta lääkäripulasta"* (Hel2). Tietojen saanti yhteiskumppaneilta kokonaisarviointeja varten aiheutti ongelmia 12 (21%) opiskelijalle: *"Yhteistyön alussa ongelmia aiheutti tietojen saanti"* (Kuo2). *"...sopimukset tulivat kuitenkin ensin, jonka jälkeen aloin metsästä taustatietoja. ...joten jouduin selvittämään keneltä voin taustatietoja pyytää"* (Tre6).

Ongelmat johtuivat opiskelijasta itsestään kahdeksassa tapauksessa. Osa koki oman toimintansa riittämättömäksi ja osa taas ei ollut saanut alussa muodostettua selkeää kuvaa koulutuksesta, jonka vuoksi siitä kertominen yhteistyökumppanille oli haasteellista: *"Itsestäni alku tuntui vaikealta, kun en oikein ollut sisäistänyt itse, mitä ollaan tekemässä ja siten en osannut aluksi selittää lyhyesti yhteistyökumppaneilleni opiskeluni sisällöstä ja siitä mitä halusin yhteistyökumppaneiltani"* (Tre8). Muita ongelmia olivat muutosten vieminen käytäntöön yhteistyökumppanien puolelta (8 mainintaa), purkupalaveriinkin varatun ajan vähyys (6 mainintaa) ja lääkäri ei puuttunut lääkitykseen, koska lääkitys oli toisen lääkärin määräämä (5 mainintaa). Lisäksi kolmen opiskelijan mielestä, arviointeihin ei ollut tarvetta kaikkien arviointitapausten kohdalla ja neljässä tapauksessa ongelma johtui asiakkaista

ja heidän omaisistaan: *”Toisessa tapauksessa omainen ja toisessa arvioitava itse ei antanut tehdä mitään muutoksia ”* (Ou17).

6.6 Kehittäminen

Moniammatillisen yhteistyön suhteen oppimistehtävissä esitettiin monia kehittämisideoita. Opiskelijoista 45 (67%) löysi yhteistyöstä kehitettävää. Heistä 28 (62%) oli sitä mieltä, että yhteistyöhön kannattaa panostaa jatkossa. Näistä opiskelijoista 12 (43%) oli sitä mieltä, että yhteistyötä pitäisi tehdä tiiviimmin ja keskustelua yhdessä pitäisi olla enemmän.

”Toivoisin enemmän keskustelua ja yhteistä pohdintaa ääneen (Hel6)”

”Useammat tapaamiset ja tiiviimpi yhteistyö olisivat parantaneet vielä keskustelun tasoa ja hioneet käytäntöjä” (Hel13).

Opiskelijoista 11 (24%) puolestaan toivoi muutoksia moniammatilliseen ryhmään, joko sen kokoonpanoon tai sen koossa pysymiseen: *”Arviointeihin osallistuvan lääkärin on oltava tiiviimmin mukana asiakkaan hoidossa. Lääkäri on kuitenkin se, joka muutoksista päättää (Tre15)”* ja *”Kokoonpanon ideaalitalanne olisi, jos lääkehoidon kokonaisarviointiraportin voisi esittää potilaan, lääkärin ja kotisairaanhoidajan ollessa yhtä aikaa paikalla”* (Ou1).

Oppimistehtävissä nähtiin kehitettävää myös moniammatillisen tiimin työskentelyssä ja sen työnjaossa. Tästä asiasta mainitsi kuusi (13%) opiskelijaa. Esimerkiksi *”Työjakoa tulisi myös arvioida, jotta päällekkäisyyttä vältettäisiin ja käytettäisiin ryhmän jäsenten osaaminen mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti(Tre1).”* Yhteistyön kulussa ja arviointien tekemisen aikataulussa näki kehitettävää viisi (11%) opiskelijaa. *”Olisi luultavasti ollut hedelmällisempää käydä aina yksi arviointi kerrallaan, olisi ehkä ollut enemmän aikaa paneutua jokaiseen ja oppimisen kannalta se olisi ollut hyödyllisempää”* (Tre5) ja *”Yhteistyökumppanijakson aikana tuli tunne, että yhteinen koulutustilaisuus heti yhteistyön alussa voisi helpottaa tiimityön kehittymistä”*

(Ou15). Näiden kehittämiskohteiden lisäksi kaksi opiskelijaa näkivät omassa toiminnassaan kehittämistä moniammatilliseen yhteistyöhön nähden: *”Minun on itse otettava aktiivisempi rooli osaston suhteen; enemmän käyntejä osastolle, tulla itse tutuksi ja tutustua paremmin henkilökuntaan. Pitää luoda parempi yhteys! (Ou6)”*.

Opiskelijat olivat pohtineet myös omaa toimintaansa moniammatillisessa yhteistyöryhmässä ja kuinka he voisivat vielä kehittää omaa toimintaansa siinä. Omaa toimintaa kehitettäviä ajatuksia oli 18 (40%) opiskelijalla. Heistä yli puolet löysi kehitettävää itse kokonaisarvioinnissa, siihen liittyvässä raportoinnissa, keskustelussa yhteistyökumppanien kanssa ja arvioinnin seuraamisessa: *”Minulta jäi seuraamatta toteutuuko muutokset”* (Tre10). Viisi opiskelijaa (11%) oli sitä mieltä, että he olivat olleet liian arkoja yhteistyössä ja viisi (11%) opiskelijaa puolestaan näki, että he olisivat voineet olla omassa toiminnassaan aktiivisempia yhteistyökumppanien suuntaan. Kuusi (13%) opiskelijaa toivoi, että jatkossa arviointitapausten valintaan kiinnitettäisiin enemmän huomiota. *”Potilasvalintaa olisimmekin voineet tarkentaa molempien yhteistyökumppanien osalta ja painottaa enemmän potilasvalinnan tärkeyttä”* (Kuo13).

Yhteistyökumppanien toiminnassa nähtiin myös kehitettävää: *”Jotta palaverit olisivat sujuneet joutuisasti olisi yhteistyökumppaneidenkin pitänyt tehdä aika paljon pohjatyötä valmiiksi (Kuo10)”* ja *”Kommenttien kirjaaminen potilastietoihin ja muutosten vieminen käytäntöön jäi toisen lääkärin tehtäväksi”* (Ou12). Kaksi opiskelijaa ideoi koulutuksen kehittämistä yleisellä tasolla ja kaksi toivoi, että olisi mahdollisuus päästä itse etsimään terveyskeskuksen tietokannasta tarvittavat tiedot.

6.7 LHKA:n jatkosuunnitelmat

Opiskelijoita pyydettiin kirjoittamaan Lääkehoidon kokonaisarvioinnin jatkosuunnitelmista oppimistehtävään. Tarkoituksena oli nostaa esiin yhteistyösuunnitelmat koulutuksen aikaisten yhteistyökumppaneiden kanssa eli

jatketaanko yhteistyötä nykyisessä muodossaan vai ei. Lisäksi opiskelijat olivat pohtineet, miten he aikovat edetä palvelun kehittämisessä ja sen tarjoamisessa tulevaisuudessa. Kaikkiaan 66 (98,5%) opiskelijaa kirjoitti lääkehoidon kokonaisarvioinnin jatkosuunnitelmistaan. Yhteistyö opiskelun aikaisten yhteistyökumppaneiden kohdalla ei todennäköisesti jatkunut 12 (18%) opiskelijan kohdalla. Osalla yhteistyötä oli tarkoituskin tehdä vain opiskelujen aikana tehtävien kokonaisarviointien puitteissa: *"Alusta alkaen en ollut niin ajatellutkaan, vaan tarkoitus oli tehdä heidän kanssaan harjoitusarvioinnit"* (Kuo10). Muita syitä yhteistyön jatkumattomuudelle oli esimerkiksi se, että yhteistyökumppani tai arvioija itse vaihtaa työpaikkaa, yhteistyölääkäriä ei löydy, lääkäri ei näe tarvetta yhteistyön jatkumiselle ja palvelun maksaja puuttuu.

Seitsemän (11%) opiskelijaa aikoi jatkaa yhteistyötä muutoin kuin lääkehoidon kokonaisarvioinnin puitteissa. Koulutuksen jälkeen tehtävän yhteistyön kuvattiin jatkuvan *"arkisen apteekkityön merkeissä"* (Hel10). Opiskelijoista 15 (23%) jatkoi koulutuksen aikaisten yhteistyökumppanien kanssa lääkehoidonkokonaisarviointia jollain tapaa. Osa opiskelijoista jatkoi vielä testaamalla palvelua joillekin potilaille: *"Sovittiin, että testataan vielä jollekin osastolla olevalle potilaalle kokonaisarviota ja myös lääkelistan tarkistusta"* (Ou16). Suurin osa näistä 15 opiskelijasta kuitenkin jatkoi kokonaisarviointia niin, että siitä tuli palvelu, josta maksetaan.

"Hematologisen osaston erikoislääkäri haluaa jatkaa yhteistyötä myös koulutuksen jälkeen" (Ou13).

"LHKA on kirjattu organisaation lääkehoitosuunnitelmaan lääkitysturvallisuuteen vaikuttavan työkaluna. Aloite tästä tuli lääkehoitosuunnitelma työryhmässä ylihoitajilta ja johtavalta ylilääkäriltä" (Kuo11).

Suunnitelma lääkehoidon kokonaisarvioinnin jatkon suhteen oli 35 (53%) opiskelijalla vaikka varmaa tietoa jatkolle ei vielä ollutkaan. Opiskelujen loppuvaiheessa suunnitelmat jatkaa lääkehoidon kokonaisarviointia palveluna olivat kuudella opiskelijalla vielä kesken: *"Jatkosuunnitelmat ovat kohtalaisen*

levällään, mutta toivottavasti yhteistyö jatkuu jossain määrin” (Ou17). Osa opiskelijoista aikoi jatkaa koulutuksen aikaisten yhteistyökumppanien kanssa, kun hinta on tiedossa. Ehtona kokonaisarviointien jatkumiselle maksullisena palveluna oli myös maksajan löytyminen. *”Yhteistyötä siis voidaan jatkaa vasta sitten kun palvelu on tuotteistettu, hinnasta päätetty ja kunta on hyväksynyt palvelun hankkimista (Hel11)”*. Osa apteekeista, joissa opiskelijat työskentelivät oli aikonut jatkaa kokonaisarviointia maksullisena palveluna myös muille kuin koulutuksen aikaisille yhteistyökumppaneille. Jotkut opiskelijat suunnittelivat lähtevänsä kertomaan palvelusta uusille yhteistyökumppaniehdokkaille.

6.8 Lääkärien mielipiteet LHKA-yhteistyöstä opiskelijoiden kuvaamana

Lääkärien suhtautumista moniammatilliseen yhteistyöhön ja lääkehoidon kokonaisarviointiin pohdittiin 31 (46%) oppimistehtävässä. Kymmenen (32%) opiskelijaa kertoi lääkärien suhtautuneen yhteistyöhön myönteisesti: *”Moniammatillista yhteistyötä potilaan parhaaksi hän piti tärkeänä ilman lääkehoidon kokonaisarviointiakin (Tre2).”* Osa opiskelijoista kertoi lisäksi, yhteistyön olleen aluksi lääkärien kanssa jäykkää. Yhteistyö oli kuitenkin parantunut koulutuksen edetessä. Yhteistyökumppaneina olleista lääkäreistä suurin osa suhtautui positiivisesti myös lääkehoidon kokonaisarviointiin. Lääkärit eivät olleet kovin innostuneita asiasta kolmen oppimistehtävän mukaan: *”Lääkäriin palaute olikin jo tuossa rivien välissä; hyvä juttu, mutta teen sen itse, kun ehdin... (Hel6).”*

Viidessä oppimistehtävässä opiskelijat olivat kirjoittaneet lääkärien toiveista, kuinka lääkehoidon kokonaisarviointia voisi kehittää. Kaksi lääkäriä oli sitä mieltä, että kokonaisarviointitapaukset tulisi miettiä jatkossa tarkemmin. Yksi lääkäri oli sitä mieltä, että lääkitysmuutokset tulisi tehdä sairaalassa, jolloin muutosten seuranta onnistuisi paremmin. Tiiviimmän aikataulun arvioinneille olisi halunnut yksi lääkäri ja yksi taas enemmän aikaa moniammatillisen ryhmän yhteistapaamisiin. Muutama lääkäri oli miettinyt tulevia haasteita koskien

lääkehoidon kokonaisarviointia. Yksi lääkäri oli pitänyt haasteena sitä, että uusien palveluiden tunnetuksi tekeminen vie aikaa. Hän oli kuitenkin ollut sitä mieltä, että palvelua kannatta kehittää. Kolmessa oppimistehtävässä lääkäri oli opiskelijoiden mukaan pohtinut lääkärin suhtautumista siihen, että farmaseutti tai proviisori tekisi potilaalle lääkehoidon kokonaisarvioinnin. He pitivät sitä haastavana, sillä lääkäri saattaa olla tarkka omasta asemastaan ja reviiristään: *"Vaikka tästä tulisi oikeakin toimintamalli, voisi lääkäreillä olla korkea kynnyks alkaa suositella palvelua potilaille (Hel15)."*

6.9 Hoitajien mielipiteet LHKA-yhteistyöstä opiskelijoiden kuvaamina

Opiskelijoista 26 (39%) kirjoitti oppimistehtävänsä hoitajien ajatuksia lääkehoidon kokonaisarviointista, jotka tulivat esiin opiskelijoiden ja hoitajien välisten keskustelujen aikana. Oppimistehtävään sai myös kertoa ne tuntemukset, joita opiskelijat kokivat yhteistyökumppaneiden asenteista kokonaisarviointia kohtaan. Yhteistyökumppaneiden mielipiteiden lisäksi oppimistehtävistä nousi esiin konkreettinen hyöty, jonka kokonaisarvioinneista oli saatu, mutta hoitajat löysivät myös parannettavia asioita projektista. Yhteistyön koki positiivisena 17 (65%) hoitajaa: *"Hoitokodin mielestä tällaiselle moniammatilliselle yhteistyölle on tarvetta ja on erittäin tervetullut toimintamuoto jatkossakin (Ou10)."* Ainoastaan kahden opiskelijan kohdalla hoitajat eivät olleet kovin innostuneita lääkehoidon kokonaisarviointista ja siinä tehtävästä moniammatillisesta yhteistyöstä: *"Hoitaja ei ymmärrä LHKA:n tärkeyttä..." (Hel6)."*

Moniammatillisesta yhteistyöstä löysi parannettavaa viisi (19%) hoitajaa. He toivoivat esimerkiksi väliraportteja muutosten onnistumisista, enemmän aikaa arviointien purkupalaveriinhin ja tarkempia tietoja merkitsevistä laboratoriotuloksista. Hoitajista 12 (46%) olivat kokeneet hyötynensä yhteistyöstä itse tai sitten potilas ja/tai omainen oli hyötynyt kokonaisarviointista:

“Osastofarmaseutin mielestä lääkehoidonkokonaisarviointit ovat olleet tarpeellisia, koska potilaiden lääkemääräyksistä voi osa jäädä huomioitta (lääkkeen lopetus/muuttuminen tarvittaessa käytettäväksi)” (Ou13).

“Hän totesi arviointiraporttien olevan todella opettavaisia ja lisäävän hoitajien tietämystä lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista” (Tre7).

Lääkehoidon kokonaisarviointista on seurannut positiivista jatkoa kuuden (23%) hoitajan mukaan. Osa halusi jatkaa moniammatillista yhteistyötä, osa erityisesti lääkehoidon kokonaisarviointia. Eräs hoitaja oli huomannut, että lääkäri paneutui yhteistyön tuloksena entistä tarkemmin potilaan lääkehoitoon: *”Osastonylilääkäri oli huomattavasti aktiivisempi potilaiden lääkelistojen suhteen kuin aikaisemmin” (Ou13).*

6.10 Lääkäreiltä saatu suora palaute

Lääkehoidon kokonaisarviointi -koulutuksen aikana tehtyjen kokonaisarviointien edellytys oli, että opiskelijalla on yhteistyökumppaninaan lääkäri. Tämä siksi, että lääkäri tekee muutokset potilaan lääkehoitoon, jos hän katsoo sille olevan tarvetta arvioinnin perusteella. Opiskelijoista 17 (25%) sai suoran palautteen yhteistyökumppanilääkäriltä yhteistyöstä ja lääkehoidon kokonaisarviointista. Palautteista nousivat esiin erityisesti kokonaisarvioinneista saatu hyöty, yhteistyö ja kokonaisarviointin jatko ja sen kehittäminen.

Yhteistyöstä koulutuksen aikana ja sen jatkosta mainitsi palautteessaan kaikki 17 (100%) lääkäriä. Palaute koulutuksen aikaisesta yhteistyöstä oli positiivista: *”Yhteistyöstä jäi hyvä olo” (Hel5)* ja *”Mielestäni kaikki sujui hyvin ja tämäntyyppinen moniammatillinen yhteistyö on erittäin tervetullutta” (Hel12).* Suurimmassa osassa palautteita oli mietitty myös jatkoa yhteistyölle. Osa heistä oli valmis jatkamaan moniammatillista yhteistyötä koulutuksen aikaisen yhteistyön muodossa *”Näitten tosi monimutkaisten ja hankalien monilääkepotilaiden kohdalla voisi samantyyppistä selvitystä jatkossakin*

tehdä” (Kuo5, Kuo12) ja ”Mielestäni lääkehoidon kokonaisarviointi on erityisesti vanhusten kohdalla erittäin tärkeää, ja tämänkaltainen arviointi tulisi tehdä jokaiselle yli 70-vuotiaalle vanhukselle” (Ou2). Osa taas jatkaisi mielellään yhteistyötä, mutta kevyemmässä muodossa. Kaksi lääkäriä piti lääkehoidon kokonaisarviointia hyvänä asiana, mutta ajan ja resurssien puutteen vuoksi heillä ei ole mahdollisuutta jatkaa projektia palvelun muodossa: ”Periaatteessa olisi hyvä käydä läpi vaikka kaikkien potilaiden lääkkeet, mutta aika ym. resurssit eivät riitä” (Hel8) ja ”Henk.koht. pidän asioita tärkeinä, mutta en rupea tekemään työajan ulkopuolella oto-hommia (oman työn ohessa) kuin satunnaisesti” (Hel15).

Lähes jokainen lääkäri piti moniammatillista yhteistyötä hyödyllisenä. Heistä puolet koki hyötyneensä itse yhteistyöstä saadessaan uutta tietoa mm. potilaista ja yleensäkin lääkehoidosta: ”oppiminen ja tiedon lisääntyminen työn lomassa helpossa muodossa (kun toinen etsii faktat)” (Hel 9) ja ”Hyvää oli erityisesti se, että kierrolla lääkitysepäselvyydet pystyi kuittaamaan sillä että pyydän LHKA:n” (Ou15). Hyötyjiä olivat lääkärien mukaan myös potilaat ja heidän omaisensa: ”Saatiin potilaita parempaan kuntoon ja omaa ammattitaitoa kohenemaan” (Hel3). Viidessä (29%) lääkäripalautteessa esitettiin kehitysideoita jatkoa varten ja kolmessa (18%) palautteessa mainittiin ongelmakohtia moniammatillisessa yhteistyössä. Kehitettävien asioiden joukossa oli mm. lääkitysmuutosten vieminen käytäntöön ”Ehdotettujen muutosten toteuttamista ja seuranta olisi tehostettava” (Hel8). Yhden lääkärin mielestä jatkossa ongelmaksi saattaa muodostua yleisen terveydenhuollon aika- ja rahapula ”On aika mahdotonta esittää minkäänlaista lisämenoa vaikka se olisi päivänselvä ”investointi”, joka säästää joltakin muulta momentilta. Luulen, että moni tulee valittelemaan ettei ehdi” (Hel15).

6.11 Hoitohenkilöstöltä saatu palaute

Sain luettavakseni 17 (25%) opiskelijan yhteistyökumppanina olleiden hoitajien kirjallisen palautteen. Osa opiskelijoista työskenteli koulutuksen aikana useamman hoitajan kanssa ja he saivat näin monta hoitajapalautetta. Kolmessatoista (76%) opiskelijalle annetussa palautteessa oli pohdittu yhteistyötä. Yhdessä palautteessa sanottiin tiedonkulun kangerrelleen alussa, mutta parantuneen koulutuksen aikana. Muutoin palaute oli positiivista ja kannustavaa. Yhteistyötä kuvailtiin sanoilla kiinnostava, antoisa, erinomainen, joustava, kiitettävä ja toiminut hyvin. Esimerkki erään hoitajan palautteesta koskien yhteistyötä: *"Minusta tuntui mukavalta kun niitä tilanteita, joita meillä asiakkaiden lääkityksessä on, sai jakaa ja pohtia sinun ja asiakkaiden kanssa yhdessä"* (Ou8).

Neljäntoista (82%) opiskelijan yhteistyökumppaneina toimineet hoitajat kokivat hyötynsä tai asiakkaan hyötyn lääkehoidon kokonaisarvioinneista. 11 (65%) hoitajaa nosti esiin hyödyn, jonka potilas ja/tai omainen oli kokenut saaneensa kokonaisarviointista: *"Asiakkaan ja/tai hänen lähiomaisensa näkökulmasta varmasti osalle haastattelu tuonut uutta tietoa lääkkeistä, niiden käyttötarkoituksista, eduista/haitoista, yhteisvaikutuksista yms."* (Hel2). 10 (59%) opiskelijan yhteistyökumppanit olivat itse hyötynneet moniammatillisesta yhteistyöstä mm. oppimalla uusia asioita. *"Käymiemme keskustelujen pohjalta (sekä meidän keskenään käydyt, että lääkärin kanssa käydyt) sain "eväitä" perustella myös asiakkaalle lääkehoitoon liittyviä kysymyksiä"* (Ou8).

Osa hoitajista näki jotain kehitettävää moniammatillisessa yhteistyössä. He mainitsivat kehitettäväksi asioiksi: *"Pitäisi olla pitempi projekti, jotta nähtäisiin paremmin hyödyt"* (Hel2), *"Puhelinkeskusteluihin olisi pitänyt varata aika etukäteen"* (Hel5) ja *"Jäin miettimään sitä, että olisiko ollut tarpeen saada omalääkäri mukaan ehkä kertaalleen keskusteluun esim. ksh:n toimistolla asiakkaiden lääkityksestä. Aikataulu kotikäyntien ja raportoinnin välillä olisi*

*voinut olla nopeampi” (Ou8). Hoitajat eivät kokeneet ongelmia moniammatillisessa yhteistyössä opiskelun aikana paljoakaan. Neljä (24%) hoitajaa mainitsi hankaluudeksi ajan riittämättömyyden. Muita ongelmakohtia olivat joidenkin kohdalla asiakkaan tietojen kokoaminen, lääkäreiden sitoutumisen moniammatilliseen yhteistyöhön sekä tiedonkulkuun arvioijan ja yhteistyökumppanien välillä. Kahdeksan opiskelijan yhteiskumppaneina toimineet hoitajat olivat pohtineet moniammatillisen yhteistyön jatkoa ja heistä jokainen oli valmis jatkamaan yhteistyötä jossain muodossa: ”*Tarvetta varmasti on ja yhteistyöstä hyötyisi sekä asiakkaat että KSH jo niillä kokemuksilla joita nyt saimme*” (Ou8).*

7 POHDINTA

Tutkimuksessa käytettiin opiskelijoiden oppimistehtäviä sekä heidän yhteistyökumppaneidensa palautteita moniammatillisesta yhteistyöstä. Oppimistehtäviä oli siis yhteensä 67. Kaikki opiskelijat eivät pohtineet oppimistehtävässä jokaista tehtävänannon mukaisia aiheita. Tämän vuoksi saatuja tuloksia ei voi yleistää, mutta ne ovat kuitenkin suuntaa antavia. Tein projektityössä ensimmäistä kertaa laadullista tutkimusta. Kokemattomuus aineiston analyysissä aiheutti varsinkin työn alkuvaiheessa epävarmuutta siitä, teenkö analyysin oikein. Analyysiä tekemällä ja projektityönohjaajani Lea Tuomaisen avustuksella työ kuitenkin edistyi.

7.1 Menetelmän pohdintaa

Tutkimus analysoitiin sisällönanalyysillä. Oppimistehtävien tekoon ei ollut olemassa tarkkaa kaavaa. Kirjoitukset on kirjoitettu hyvin erilaisilla tyyeillä. Osa oppimistehtävistä on kirjoitettu värikkäästi, runsaasti puheilmaisuja käyttäen. Osa niistä on taas kirjoitettu puhtaasti kirjakiielellä tiukasti asiassa pysyen. Tämän vuoksi sisällönanalyysi oli hyvä valinta analyysitavaksi. Kirjallisesta

materiaalista (oppimistehtävät, palautteet) poimin ensin alkuperäiset ilmaisut ja sijoitin ne lausumaa vastaavaan matriisiin (moniammatillinen yhteistyö, ryhmäilmiöt, onnistumiset jne.). Matriiseissa olevat lausumat puolestaan sijoitin alamatriiseihin. Esimerkiksi ryhmäilmiö-matriisin jaoin holistiseen, konformistiseen, ristiriitaiseen, hierarkiseen ja farmaseutin tai proviisorin rooli alamatriiseihin.

Analyysi etenee pitkälti kuten sisällönanalyysin tuleekin edetä. Matriisit olisi voinut halutessaan jakaa vielä pienempiin luokkiin, mutta siitä saatava tieto ei olisi mielestäni ollut merkittävä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn jälkeen, aineistosta tulisi vielä luoda teoreettisia käsitteitä. Itse en analyysin tuloksena niitä luonut, mutta tutkimuksen tarkoituksena olikin moniammatillisen yhteistyön arviointi eikä uusien käsitteiden luominen. Analyysimallia on siis hieman sovellettu sopimaan tutkittavaan aiheeseen.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen uskottavuutta vahvistavat omat kokemukseni moniammatillisen yhteistyön käynnistämisestä ja kulusta LHKA-koulutuksen aikana sekä keskustelut LHKA-opiskelutovereideni kanssa koulutuksen aikana ja sen jälkeen. Tutkimusprosessin tekemistä voi seurata tämän projektityön ”Aineistot ja menetelmät”-kohdasta sekä liitteenä olevasta vuokaaviosta (liite 2). Aiheiden jaottelu omiin matriiseihin käy ilmi vuokaaviosta.

Mikäli joku toinen olisi tehnyt tämän saman tutkimuksen, on todennäköistä, että tulokset poikkeaisivat tämän tutkimuksen tuloksista jonkin verran. Tutkimuksen tekijän tärkeänä pitämät asiat eivät aina ole toisen tutkijan ”tärkeitä asioita” laadullisessa tutkimuksessa. Luotettavuuden ei pitäisi tästä kuitenkaan kärsiä, koska ”erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta lisäävät samanaikaisesti ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä ym. 2007)”.

Tutkimuksen tuloksia tulisi tarkastella aikaisemmin tutkittuun tietoon. En löytynyt tutkimuksia, joissa moniammatillisessa ryhmässä olisi ollut mukana farmaseutti tai proviisori. Moniammatillisesta yhteistyöstä on kuitenkin tehty tutkimuksia sosiaali- ja terveysalalla. Monet ammattikorkeakoulujen opiskelijat ovat tehneet opinnäytetyönsä moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen. Esimerkiksi Anne Saarinen Mikkelin ammattikorkeakoulusta on tutkinut sisällönanalyysillä lasten ja vanhempien kanssa työskentelevien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä (Saarinen 2010). Saarisen tutkimuksessa moniammatillista yhteistyötä pidettiin tärkeänä. Toisen ammattikunnan työnkuvaan tutustuminen lisää arvostusta toisen työtä kohtaan ja oman ammattitaidon todettiin kasvavan moniammatillisessa ryhmässä. Palaverit olivat tärkeitä tapahtumia, jolloin jokainen ryhmän jäsen kuuli samat asiat samalla tavalla kuin muutkin. Omassa tutkimuksessani nämä asiat tulivat myös ilmi, vaikka ammattiryhmät eivät olleetkaan samat.

Hartikaisen ja Saarisillan (Hartikainen ym. 2009) opinnäytetyössä tutkittiin moniammatillista yhteistyötä perhevalmennuksessa. Tutkimuksessa kävi ilmi samat vaikeudet kuin omassa tutkimuksessanikin; aikataulujen yhteensovittaminen, tiedon kulku ja henkilöstöresurssien puute. Pietikäisen, Ukskoskin ja Vihervaaran (Pietikäinen ym. 2007) opinnäytetyössä oli moniammatillisen yhteistyön yhdeksi aktiiviseksi osallistujaksi nostettu potilas. Omassa tutkimuksessani potilaan mukana oloa moniammatillisessa ryhmässä ei tutkittu, mutta toisaalta se ei ollut koulutuksen aikaisen moniammatillisen yhteistyön edellytys. Lääkehoidon kokonaisarviointia kehitettäessä potilas olisikin hyvä ottaa mukaan yhteistyöhön. Sitoutuminen omaan lääkehoitoon saattaisi parantua, kun myös potilas itse saisi olla päättämässä lääkehoidostaan.

7.3 Eettisyydestä

Tutkimusaineiston sain käyttöön opiskelijoiden käyttämästä sähköisestä Moodle-oppimisympäristöstä. Projektityöohjaajani Lea Tuomainen pyysi puolestani lupaa opiskelijoilta oppimistehtävien ja heidän saamiensa yhteistyötä koskevien palautteiden käyttöön. Jokainen opiskelija antoi minulle luvan oppimistehtävänsä ja palautteidensa lukemiseen ja analysointiin tutkimusta varten. Opiskelijoiden oppimistehtävät on koodattu niin, että opiskelijoita ei voi tunnistaa. Asiat, jotka voitaisiin yhdistää kirjoituksista tiettyyn opiskelijaan, on poistettu tutkimustuloksista (nimet, paikkakunnat).

7.4. Työskentely moniammatillisessa ryhmässä

Isoherrasen (Isoherranen 2005) mukaan moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa sitä, että ”ihmisillä on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavanaan, ongelma ratkaistavanaan tai päätös tehtävänään tai he etsivät uusia näkymiä yhdessä keskustellen”. Lääkehoidon kokonaisarviointissa pyrittiin löytämään ratkaisu asiakkaan lääkehoitoon liittyvään ongelmaan. Yli puolet opiskelijoista oli sitä mieltä, että moniammatillinen yhteistyö onnistui hyvin vaikka parannettavaakin yhteistyössä vielä oli. Lääkärit ja hoitajat auttoivat opiskelijoita taustatietojen keräämisessä vaikka kiire painoi heitäkin. Oppimistehtävistä jäi kuva, että yhteistyö muun terveydenhuollon kanssa oli antoisaa ja opettavaista, joskin se vaati toisinaan paljon aikataulujärjestelyjä.

7.5 Keskustelun taso

Ryhmiä toiminta, johon kuuluivat opiskelijan lisäksi lääkäri ja/tai hoitaja(t), oli suurimmaksi osaksi holistista eli kaikki mukana olevat saivat ottaa ja ottivat osaa keskusteluun. Tämä kuvastaa sitä, että farmaseutin ja proviisorin ammattitaitoa arvostetaan muun terveydenhuollon piirissä. Toki osassa

oppimistehtäviä keskustelu ei yltänyt tasapuoliseen toisen kuuntelemiseen ja

40

kaikkien osallistujien osallistumiseen, mutta näin ei kai vielä voi olettaakaan.

Joidenkin ryhmien toiminnassa oli havaittavissa kehittymistä prosessin aikana. Isoherrasen kirjan (Isoherranen 2005) mukaan ryhmien kehittyminen tapahtuu syklissä, jolloin kehitysprosessiin kuuluvat muotoutumis-, kuohumis-, normittamis- ja toimintavaihe. Uuden jäsenen tullessa mukaan ryhmään, sykli alkaa alusta.

Joissakin oppimistehtävissä oli havaittavissa, että me farmaseutit ja proviisorit emme vielä täysin luota ja usko omaan osaamiseemme. Jotta muut arvostavat ammattitaitoamme, meidän tulee itse ensin uskoa itseemme. Tosin farmasian ammattilaisten mukana oloa potilaan hoitoketjussa ei ole täysin sisäistetty kaikkialla muunkaan terveydenhuollon piirissä. Yksi syy siihen lienee se, että farmaseutit ja proviisorit ovat olleet tiiviisti omilla työpaikoillaan eikä heidän osaamisensa laajuus ole muiden tiedossa. Ennakkoluulot puolin ja toisin ovat myös yksi este yhteistyön tiellä. Metsämuuronen onkin todennut, että ”moniammatillisen yhteistyön suurin este on ennakkoluuloissa” (Metsämuuronen 1998). Oman osaamiseemme näkyvämmäksi tekemiseen joudumme tekemään vielä paljon työtä.

7.6 Yhteistyön tuomat hyödyt

Yli puolessa oppimistehtäviä kirjoitettiin moniammatillisen yhteistyön tuomista hyödyistä. Opiskelijat oppivat paljon yhteistyökumppaneilta ja kirjallisuutta apuna käyttäen kokonaisarviointeja tehdessään. Myös yhteistyökumppanit olivat oppineet uusia asioita yhteistyön tuloksena. Moniammatillisen yhteistyön anti tulee tässä hyvin esiin; jokainen ammattilainen tuo oman parhaan osaamisensa päämäärän tavoittamiseksi, tässä tapauksessa potilaan parhaaksi. Kuten Isoherranen (Isoherranen 2005) kirjoittaa kirjassaan: ”keskustelutilanteiden haasteena on päästä laadullisesti uudelle tasolle joka

tuottaa uuden ratkaisun. Tällainen ratkaisu on enemmän kuin kaikkien ryhmän jäsenten osaamisen summa”.

41

7.7 Onnistumisen tunteita

Farmaseutit ja proviisorit kokivat onnistumisen iloa moniammatillisesta yhteistyöstä. Se, että yhteistyökumppani tai arvioitava potilas hyötyi arvioinnista, tuotti onnistumisen tunteita arvioijalle. Opiskelijoiden mielestä arviointiin käytetyt työtuntimäärät eivät tuntuneet liian suurilta, kun he näkivät onnistuneen työn tulokset. Onnistumisen tuoma ilo oli molemmin puoleinen.

Moniammatillinen yhteistyö muodostui onnistuneeksi asiaksi myös monelle opiskelijalle. Lääkehoidon kokonaisarvioinnin avulla moni sai yhteistyön käyntiin paikallisen terveydenhuollon kanssa ja pääsi tutustumaan lääkäreiden ja hoitajien työhön lähemmin. Moniammatillisen yhteistyön ansiosta yhteydenotto apteekista terveyskeskukseen oli tullut helpommaksi. Kun tunnetaan muiden ammattilaisten työtä paremmin, tiedetään mitä hän voi asioiden hyväksi tehdä. Toisaalta moniammatillisen yhteistyön antia on sekin, että pystytään helpommin katsomaan asioita toisen ammattikunnan silmin. Asiat eivät ole aina sitä, miltä ne omasta näkökulmasta näyttävät.

7.8 Uusi toimintamalli ja sen kohtaamat ongelmat

Uutta työskentelymallia käynnistäessä ei monestikaan voi välttyä ongelmilta. Näin oli myös lääkehoidon kokonaisarviointiin liittyvän moniammatillisen yhteistyön kohdalla. Yli 80%:lla oli jonkinlaisia ongelmia yhteistyössä. Eniten ongelmia aiheutti yhteistyökumppaneiden vaihtuvuus. Julkisen terveydenhuollon puolella on useilla paikkakunnilla pulaa tekijöistä. Tästä johtuen ei ole yllätys, että henkilökunta voi vaihtua nopeassakin tahdissa. Arvioijalle yhteistyökumppaneiden vaihtuminen on turhauttavaa. Asiaan perehdyttäminen täytyy aloittaa aina alusta uuden ryhmän jäsenen kohdalla.

Julkisen terveydenhuollon kiire aiheuttaa myös sen, että yhteistä aikaa kokonaisarvioinneille voi olla hankala löytää. Myös Hartikaisen ja Saarisillan opinnäytetyössä ongelmia aiheutti aikataulujen yhteensovittaminen: ”Suurimmalla osalla vastaajista kielteiset kokemukset liittyivät monen tahon aikataulujen yhteensovittamiseen. Yhteisen ajan löytyminen koettiin haastavaksi kiireisessä työtahdissa” (Hartikainen ym. 2009). Ilmiötä tavataan siis muidenkin ammattien yhteistyössä. Lääkehoidon kokonaisarviointi voi vähentää lääkärissä käyntien määrää, jolloin jokaisella tulisi olla halua löytää aikaa myös kokonaisarvioinneille. Jokaisella täytyy olla tahtoa ja taitoa priorisoida ajankäyttönsä niin, että myös ennaltaehkäisevälle työlle löytyy aikaa. Isoherrasen (Isoherranen 2005) kirjan mukaan ”taloudellisesti tiukkana aikana moniammatillinen yhteistyö jää usein vähäiseksi, vaikka sitä silloin erityisesti tarvittaisiin”. Liian usein tuijotetaan vain potilasmäärää, jonka lääkäri ehtii päivän aikana ottaa vastaan. Suuri potilasmäärä ei kuitenkaan tarkoita samaa asiaa kuin ajan kanssa pohdittu ratkaisu potilaan hyvinvoinnin parantamiseksi moniammatillisessa yhteistyössä.

7.9 Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja sen jatkosuunnitelmat

Moniammatillisesta yhteistyöstä löydettiin vielä kehitettävää. Jotta yhteistyö kehittyisi, tarvittaisiin sille enemmän aikaa. Mikäli jokaisella olisi enemmän aikaa pohtia asioita yhdessä, yhteistyöhön osallistuvat oppisivat paremmin tuntemaan toisensa ja luottamaan toistensa ammattitaitoon. Tällä tavoin myös moniammatillisesta yhteistyöstä saataisiin paras hyöty. Ryhmä, joka on tiiviimmin yhdessä, oppii myös paremmin järjestämään työnsä niin, että työnjako on selvä. Nämä asiat tulivat esiin myös Hartikaisen ja Saarisillan opinnäytetyössä: ”Moniammatillisen yhteistyön myötä moniammatilliset yhteydenotot olivat lisääntyneet ja neuvon kysyminen ja saaminen toisilta työntekijöiltä oli tullut helpommaksi. Yhteydenottoon oli matalampi kynnys, kun tunsivat muut yhteistyökumppanit” (Hartikainen ym.2009). Lääkehoidon

kokonaisarviointi-koulutuksen aikana opiskelijat vielä opettelivat

43

moniammatillista yhteistyötä ja kokonaisarviointien tekoa, joten on luonnollista, että omassa toiminnassa on vielä parannettavaa. Tämän mainitsikin neljäsosa opiskelijoista.

Lääkehoidon kokonaisarviointi-koulutuksen jälkeen suurin osa opiskelijoista aikoi jatkaa moniammatillista yhteistyötä joko koulutuksen aikaisten tai uusien yhteistyökumppaneiden kanssa. Tämä kertoo mielestäni siitä, että farmaseutit ja proviisorit haluavat olla mukana potilaan hoidossa ja heidät halutaan mukaan yhteistyöhön. Farmaseutit ja proviisorit kaipaavat myös jotain, missä he voivat näyttää itselleen ja muille osaamisensa. Oman opiskeluni aikana huomasin omaavani paljon tietoa, jota en ollut kuitenkaan käyttänyt työssäni apteekissa. Tiedon aktivointi antoi uutta motivaatiota päivittäiseen asiakaspalveluun. Uskon myös, että asiakkaat hyötyvät siitä.

7.10 Yhteistyökumppaneiden arviot moniammatillisesta yhteistyöstä

Sekä lääkärit ja hoitajat että opiskelijoiden tuntemukset lääkäreiden ja hoitajien mielipiteistä lääkehoidon kokonaisarvioinnista olivat samansuuntaiset. Yhteistyökumppanit olivat kokeneet moniammatillisen yhteistyön antoisaksi ja tervetulleeksi toimintamuodoksi. Palautteista kävi ilmi, että lääkärit ja hoitajat olivat oppineet uusia asioita kokonaisarvioinneista ja niihin liittyvästä moniammatillisesta yhteistyöstä. Kaikki tämä positiivinen palaute kertoo mielestäni siitä, että farmasian ammattilaisten tulisi entistä enemmän pyrkiä mukaan yhteistyöhön muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

8 KIRJALLISUUSLUETTELO

Hartikainen R, Saarisilta A-M. Työntekijöiden kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä uudistetussa perhevalmennuksessa Suomussalmen ja Kajaanin pilottikokeilussa. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu 2009.

Heikura M-L, Pitkänen K., Hakala A-M, Puurunen T. OLKA – Oikea lääkehoito kokonaisarvioinnin avulla. Kokeiluhankeraportti. Sitra 2008.

Hynninen M. Lääkehoidon kokonaisarviointi – lääkehoidon kokonaisarviointikoulutuksen (2005–2006) pilottiryhmän potilastapauksien arviointien syyt, muutosehdotukset ja muutokset. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto 2008.

Isoherranen K. Moniammatilinen yhteistyö. Vantaa: WSOY 2005, s. 35-40

STM:n Kuntatiedote. Vanhusten turvallinen lääkehoito: Kuntien velvoitteet. STM:n Kuntatiedote 6/2007.

Lehtonen A. Ammatillisen palvelun kehittäminen. LHKA-luentokalvot. Kuopion yliopiston kouluttamis- ja kehittämiskeskus 2007

Leikola S. Kokemuksia lääkehoidon kokonaisarviointista (LHKA). Luentokalvot. Suomen Farmasialiitto 9.6.2009

Leikola S.N.S, Tuomainen L, Ovaskainen H, Peura S, Sevón-Vilkman N, Tanskanen P, Airaksinen M.S.A. Instructional Design and assesment. Continuing Education Course to Attain Collaborative Comprehensive Medication Review Competencies. American Journal of Pharmaceutical Education 2009; 73 (6) Article 108

Lipsanen T. Lääkehoidon kokonaisarvioinnin kustannusvaikuttavuus – järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu – tutkielma. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta 2010

Metsämuuronen J. Moniammatillisuus tulevaisuuden haasteena. Luento. Sairaanhoidajapäivät 20.3.1998

Mäntyranta T. Rationaalinen lääkehoito. LHKA-luentokalvot. Kuopion yliopiston kouluttamis- ja kehittämiskeskus 2007.

Peura S, Hakkarainen K, Ovaskainen H, Tanskanen P, Lehtonen A, Sevón-Vilkman N, Wiberg I, Tuomainen L, Airaksinen M. Lääkehoidon kokonaisarviointi lääkärin ja lääkealan ammattilaisen yhteistyönä – kokemuksia toimintamallin kehittämisestä. *Dosis* 2007;1: 20-8.

Määttä M. Poikkihallinnolliset ryhmät ja perheiden ongelmiin puuttuminen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2006; 71:6

Nikander P. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2003; 40: 279-90

Pietikäinen J, Ukskoski H, Vihervaara T. Hoitohenkilökunnan käsityksiä yhteistoiminnallisesta hoitotyöstä. *Opinnäytetyö*. Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadia 2007

Saarinen A. ”Mikään ei muutu, jos mitään ei tee” Lasten ja vanhempien kanssa työskentelevien työntekijöiden näkemyksiä moniammatillisesta yhteistyöstä. *Opinnäytetyö*. Mikkelin ammattikorkeakoulu 2010.

Suomen Apteekkariliitto. Lääkehoidon kokonaisarviointi apteekin palveluna – esite. 2008

Tuomainen L. Lääkehoidon kokonaisarviointi 35 op – opintojen sisältö ja tavoitteet. LHKA-luentokalvot. Kuopio 2007.

Tuomainen L. Lääkehoidon kokonaisarviointi meillä ja muualla - toimintamalleja ja -tuloksia eri puolilta maailmaa. LHKA-luentokalvot. Kuopio 2008.

Tuomainen L. Lääkehoidon kokonaisarviointi moniammatillisena yhteistyönä toteutettuna. LHKA-luentokalvot. Kuopio 2008.

[Suomen Apteekkariliiton internetsivu 18.11.2010:](#)

<http://www.apteekkariliitto.fi/asiakkaille/laakehoidonkokonaisarviointi/Sivut/default.aspx>

Liite 1 Tehtävänanto

1. Moniammatillinen yhteistyö

A. Moniammatillisen yhteistyön arviointi

Arvioi itse ja yhdessä kumppanin kanssa toteutunutta yhteistyötä, sen rakentumista ja kulkua. Pohdi, mitä hyvää ja onnistunutta siinä on ollut ja mitä kenties olisit/olisitte voineet tehdä toisin. Pyydä myös erillispalaute kumppaniltasi, mikäli se on mahdollista.

Peilaa arviointia myös suhteessa Isoherrasen kirjaan, mm. millaisia ryhmäilmiöitä tunnistat ja millaiseen keskusteluun olette päässeet.

Pohdi myös yhteistyön arvoa ja onnistumista kokonaisarviointin kannalta, mitä hyötyä siitä ollut teille ja ennen kaikkea potilaille/asiakkaille.

B. Moniammatillisen yhteistyön jatkosuunnitelmat

Pohdi itse ja kumppanin kanssa, että miten lähдете tästä eteenpäin. Onko yhteistyötä mahdollista jatkaa, ja mihin suuntaan haluatte sitä kehittää koulutuksen jälkeen. Jos yhteistyö ei jatku - miksi ja mitä sitten.

