

LÄÄKEHOIDON OHJAUSLISTA PALVELUTALOON



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinna, Sairaanhoidaja AMK

kevät 2017

Heidi Viitanen ja Sinikka Kulmala

Hoitotyön koulutusohjelma
Hämeenlinna

Tekijät	Heidi Viitanen, Sinikka Kulmala	Vuosi 2017
Työn nimi	Lääkehoidon ohjauslista palvelutaloon	
Työn ohjaaja/t	Helena Puistola, Henna Tyni	

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyömme teimme yhteistyössä pirkanmaalaisen palvelutalon kanssa. Työn tarkoituksena oli tuottaa palvelutalon henkilökunnalle lääkehoidon ohjauslista, joka helpottaisi hoitajien turvallista lääkkeenjako. Tärkeimmäksi tehtäväksi koimme kuvata, mitä on turvallinen lääkehoito ja millainen on laadukas ohjauslista.

Vaikka lääkehoidon perusosaaminen tulee koulutuksen ja osaamisen ylläpitämisen kautta, halusimme nostaa esille kollegiaalisuuden ja hyvän vuorovaikutuksen merkityksen toimivassa työyhteisössä. Myös suunnitelmallinen lääkehoito ja dokumentointi ovat oleellinen osa lääkehoidon turvallisuutta, mikä luo pohjan onnistuneelle moniammatilliselle yhteistyölle. Yhteisesti sovitut yhteiset toimintatavat parantavat huomattavasti lääkehoidon turvallisuutta.

Teoriaosuudessa käsittelemme ikääntyneen palvelutarpeenarviointia pohjaksi hoidon tarpeen arvioinnille. Lääkehoitoa käsittelemme lääkehoidon prosessina kokonaisuudessaan ottaen huomioon siihen liittyvät haasteet. Pyrimme teoriaosuudessa helposti luettavaan tekstiin, joka palvelisi palvelutalon henkilökuntaa arjen työssä ja toivomme sen jatkossa toimivan myös lääkehoidon perehdytyksen apuvälineenä.

Tuotoksen eli ohjauslistan toivomme olevan arjen työtä tukeva muistilista lääkityksen virheettömään ja sitouttavaan lääkehoitoon. Teoriaosuus ja tuotos esiteltiin palvelutalon yksikön esimiehelle ja lääkevastaavalle.

Avainsanat Ohjauslista, Ikääntyneen lääkehoito, Turvallinen lääkehoito

Sivut 25 sivua, joista liitteitä 1 sivua

Degree Programme in Nursing
Hämeenlinna

Authors	Heidi Viitanen, Sinikka Kulmala	Year 2017
Subject	Checklist of medication	
Supervisor	Helena Puistola, Henna Tyni	

ABSTRACT

This functional thesis was produced in cooperation with the sheltered home for elder in pirkanmaa, Western Finland. The purpose of the work was to provide a checklist of medication for the staff of the sheltered home. This should give methods for the process of drug distribution. It was considered that there were two most important tasks to be performed. The first of them was to describe what safe drug treatment is and the second was what a well-functioning checklist is.

Although the fundamental knowledge of medication is achieved via education and maintaining of professional skills, the purpose was to emphasize the importance of collegiality and communication in daily workplace interaction. In addition, well planned medication and documentation are fundamental parts of medication safety, which creates the basis for a successful multi-professional cooperation. Commonly agreed practices enhance significantly the safety of medication.

The theoretical part of the thesis addresses the elderly service needs assessment as a basis for assessing the need for care. The medication is here covered as a whole medication process, taking into account the challenges related to it. The aim of the theoretical part was to produce easily-readable text that would serve the staff in their daily work. In addition, we expect it to help in introductory briefing to medication.

It is assumed that the product of the thesis, a medication checklist, would support the everyday work for correct medication. The theory part of the thesis and the checklist was presented to the supervisor and the person responsible for medication in the sheltered home.

Keywords Checklist, Elderly medication, Safe medication

Pages 25 pages including appendices 1 page

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄT, TAVOITE JA TARKOITUS.....	3
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	3
3.1	ikäntyneen palvelutarpeen arviointi.....	4
3.2	Ikäntyneen lääkehoidon erityispiirteet.....	5
4	TURVALLINEN LÄÄKEHOITO.....	6
4.1	Lääkehoitoa koskevat lait.....	7
4.2	Dokumentointi.....	8
5	LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN.....	9
5.1	Lääkkeen jakaminen.....	10
5.2	Lääkepakkaus.....	11
5.3	Lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta.....	12
5.4	Diabeteksen lääkehoito.....	13
6	LÄÄKEHOIDON YHTEISVAIKUTUKSET JA HAITTAVAIKUTUKSET.....	15
7	LÄÄKEHOIDON EETTISYYS.....	19
8	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	20
9	POHDINTA.....	21
	LÄHTEET.....	22

Liitteet

Liite 1 Ohjauslista

1 JOHDANTO

Eettiset ohjeet ohjaavat hoitotyön työntekijöitä jokapäiväisessä työssä. Sairaanhoidajan ja lähihoitajan vastuut työn sisällöstä ovat hieman erilaiset, mutta eettinen ja juridinen vastuu on kaikilla hoitajilla sama. Lääkehoidossa eettisesti ei ole oikein toimia, jos ei tiedä minkälaisien lääkkeiden kanssa ollaan tekemisissä ja miten ne vaikuttavat. Sairaanhoidaja on vastuussa omasta toiminnastaan, johon kuuluu osaamisen ylläpitäminen sekä olla keskittynyt lääkehoidon toteuttamisessa. Opinnäytetyömme aiheen valitsimme juuri näistä syistä. Halusimme vielä koulutuksen loppupuolella perehtyä lääkehoidon kokonaisvaltaiseen toteutukseen. Halusimme myös nostaa kysymyksiä palvelutalojen hoitajien ammattiosaamiseen ja velvollisuuksiin perustuvista ratkaisuista lääkehoidossa.

Sosiaali- ja terveysministeriö velvoittaa yksikkökohtaista lääkehoidonsuunnitelmaa jokaiselle sosiaali- ja terveydenhuollon yksikölle, jossa toteutetaan lääkehoitoa. Siinä kuvataan yksityiskohtaisesti toimintatavat lääkehoidossa sekä sen sisältö. Lääkehoidon suunnitelman analysoiminen ja sen kehityksen tarpeen tunnistaminen ovat lääkehoidon perusedellytyksiä, siksi siinä täytyy olla kuvattuna yksikön vaatavuustaso lääkehoidossa, riskitekijät ongelmakohtineen sekä toiminnan ydinalue. Lääkehoidon suunnitelman lähtökohtana on, että henkilökunnalla on riittävä osaaminen toteuttaa lääkehoitoa, eikä siinä riitä vain taito osata jakaa lääkkeitä, vaan pitää myös ymmärtää lääkehoidon prosessi. (Ritmala-Castren 2014.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen kuntaliitto ovat kehittäneet ikääntyneiden palvelujen kehittämiseen laatusuosituksen ja vuonna 2013 sitä on uudistettu. Keskeisiä sanomia siinä on herättää keskustelua hyvästä vanhenemisesta ja palveluiden tasosta sekä kuntatasolla ennakoita kunkin kunnan ikäystävällisyyttä. Pääpaino on kuitenkin auttaa ikääntyneitä itse arvioimaan palvelujen tarpeita sekä pitämään itse huolta omasta terveydestään ja tätä kautta tukea kuntia ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajia kolmannessa sektorissa suunnittelemaan ja arvioimaan omaa toimintaansa. Laadukas palvelu vaatii hyvän suunnittelun ja tavoitteet, se ylläpitää asiakkaan toimintakykyä ja lisää terveyttä. Ennen kaikkea se on turvallista ja lähtee asiakkaan omista tarpeista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 12–13.)

Hoitotyön rakenne koostuu asiakkaan tarpeista ja hoitotiimi vastaa siihen. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet kannustavat itsensä kehittämiseen ja sen mahdollistamiseen. Opinnäytetyömme tavoite onkin siis osallistua tähän muutokseen palvelutalon yksikössä ja tukea heitä muutoksessa. Vastuuhoidaja yksikössä on mukana tässä työssä, mutta koko tiimi on vastuussa jatkossakin, että asukas saa hyvää ja turvallista lääkehoitoa, sillä ku-

kaan ei voi yksin olla vastuussa liian suurista kokonaisuuksista. Vastuuhoitajan velvollisuus on myös pyytää apua tiimin muilta jäseniltä ja sitä me nyt haluamme myös tarjota ulkopuolisina.

Opinnäytetyössä teemme ohjauslistan tukemaan turvallista lääkehoitoa pirkanmaalaisen palvelutalon tehostetun yksikön osastolla, jossa on 16 vakituista asukasta. Aukkaat ovat monisairaita ja lääkehoito haastavaa. Palvelutalossa halutaan tukea asukkaan yksilöllistä ja kodinomaista asumista, joka itsessään asettaa haasteita lääkehoidolle.

2 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄT, TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä työvuorokohtainen ohjauslista tukemaan turvallista lääkehoitoa tehostettuun palveluasumisen henkilökunnalle.

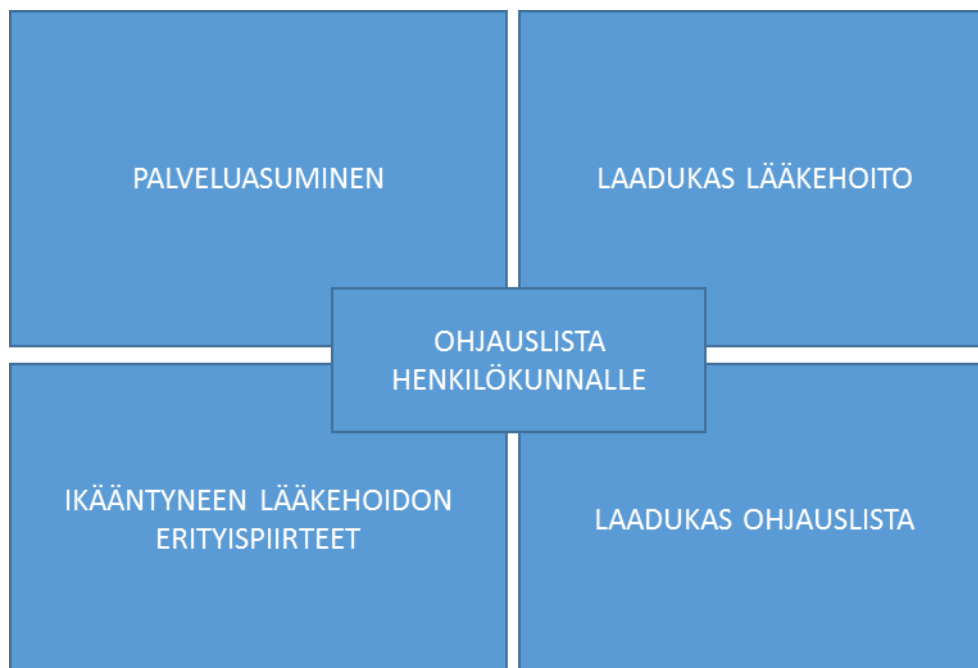
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä on ikääntyneen palveluasuminen ja miten se rakentuu?
2. Mitkä ovat turvallisen lääkehoidon periaatteita?

Opinnäytetyömme tavoitteena on nostaa eri ammattiryhmien vastuut ja velvollisuudet keskustelun aiheiksi ja kehittää sitä kautta lääkehoidon turvallisuutta. Toiminnallisen ohjauslistan tavoitteena on tukea ja helpottaa työn sujuvuutta eri ajankohtina jaettavien lääkkeiden kohdalla.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön teoreettisiksi lähtökohdiksi (kuva 1) muodostui ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen rakenne ja turvallisen lääkehoidon ohjauslista henkilökunnalle. Ohjauslista koostuu palveluasumisen yksikön ja yksilön tarpeista. Käsittelemme opinnäytetyössä palveluasumista yleisesti sekä laadukasta, turvallista ja eettisesti toteutettua lääkehoitoa.



Kuva 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat (Heidi Viitanen ja Sinikka Kulmala 2017).

3.1 ikääntyneen palvelutarpeen arviointi

Ikääntyminen vaikuttaa laskevasti ihmisen toimintakykyyn. Toimintakyvyn muuttuminen toimintakyvyttömyydeksi vaikuttaa suoraan palvelujen tarpeisiin. Erilaisia tutkimuksia on tehty terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen toimesta, joissa on mitattu toimintakyvyn eri ulottuvuuksia. Sosioekonomiset erot on todettu olevan usein yksi toimintakykyä rajoittava tekijä. (Aromaa & Koskinen 2002, 135.)

Uuden näkökulman toimintakykyyn tuo Jyrki Jyrkämä, jonka mukaan toimintakyky voidaan nähdä toimijuutena, eli ihmisen omana kykynä toimia. Kyseessä on kuusi ulottuvuutta, joista muodostuu kokonaiskuva ikääntyneen käytössä olevista voimavaroista. Osaamisen ulottuvuudella kuvataan ihmisen taitoja, sekä käytössä olevia tietoja. Haluamisen ulottuvuus nähdään motivaationa, esimerkiksi minkälaisia tavoitteita ihminen on itselleen asettanut kussakin elämänvaiheessa. Rajoittavia tekijöitä kuvataan täytyä ulottuvuuden kautta ja tarkoittaa rajoittavia tekijöitä esimerkiksi kulttuuriin liittyviä rajoituksia. Fyysistä toimintakykyä kuvataan fyysisenä kykene misenä. Tuntemisen ulottuvuus nähdään emotionaalisenä kykynä erilaisissa tilanteissa ja asioihin suhtautumisena sekä voida ulottuvuus arkielämän mahdollisuuksia ja tilanteiden tuomia mahdollisuuksia. (Pietilä 2010, 195.)

Suomessa ikääntyneen palvelutarpeen arviointia ohjaa laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Lain tarkoituksena on turvata ikääntyneen väestön hyvinvointia niin, että yksilölliset tarpeet huomioidaan säilyttämällä toimintakyky ja kannustamalla omaan päätöksentekoon. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980.)

Kunnan on järjestettävä iäkkäille yhdenvertaisesti palvelut palvelutarpeen arvioinnista niiden vastaamiseen asti. Palvelutarpeen arviointi lähtee iäkkään tarpeista ja sitä käsitellään yhdessä hänen ja omaisten tai mahdollisen edunvalvojan kanssa. Kunnan on huolehdittava riittävästä asiantuntijuudesta arvioitaessa kokonaisvaltaista palvelujen tarvetta kotona asumisen turvaamiseksi. Mukana on oltava gerontologian, suun terveydenhuollon, kokonaisvaltaisen sairaanhoidon sekä terveyden edistämisen ja kuntoutumisen asiantuntijuuden edustajia, näin turvataan lain vaatima asiantuntijuus ja yhdenvertainen palvelukokonaisuus. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta... 2012/980 § 10.)

Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen on laadittava sosiaalihuoltolain mukaisesti yksityiskohtainen palvelusuunnitelma, jossa pohjana voi toimia aiemmin tehty palvelun tarpeen arviointi. Palvelusuunnitelmaan kirjataan yhteiset tavoitteet ja yhteistyössä olevat tahot sekä heidän tehtävät. Palvelukodissa ja kotona annettavan tuen suunnitelmat poikkeavat toisistaan, mutta molemmissa keskitytään asiakaslähtöisten palvelujen tarpeisiin ja

niiden toteuttamiseen, ottaen huomioon myös asiakkaan historian. Lain mukaan palvelusuunnitelma tulee myös uusien tai päivittää tarvittaessa, mikäli asiakkaan voinnissa tai toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia. (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301 § 39.)

3.2 Ikääntyneen lääkehoidon erityispiirteet

Iän karttuessa monet pitkä- ja lyhytaikaiset sairaudet yleensä lisääntyvät, jolloin myös lääkkeiden käyttö lisääntyy. Lääkkeiden sietokyky ja haittavaikutukset voivat olla hyvinkin erilaiset kuin työikäisillä. (Kivelä 2004, 13.)

Lääkehoito on osa kokonaisvaltaista hoitoa ja on tärkeää tuntee, kuinka lääkkeiden vaikutus elimistössä muuttuu ikääntyessä, tämä on otettava huomioon lääkehoidossa. Ikääntyessä ihmisen elimistössä tapahtuu fysiologisia muutoksia, jotka vaikuttavat sekä lääkeaineen kulkuun, että lääkeaineen vasteeseen. Tärkeimmät haasteet ikääntyvien lääkehoidossa liittyvät polyfarmasiaan eli monilääkitykseen. Ikääntyneistä neljäsosa käyttää vähintään 10 erilaista lääkettä. Monilääkityksen hyötyihin kuuluu oireettomuus ja elämänlaadun paraneminen. Haittapuolina ovat lääkehoidossa tapahtuvat mahdolliset sekaannukset ja lisääntynyt haittavaikutusten riski. (Kivelä & Rähä 2007, 12–14.)

Vanheneminen muuttaa farmakokinetiikkaa eli lääkeaineiden imeytymistä, jakautumista, metaboliaa eli aineenvaihduntaa ja erittymistä elimistöstä. Ikääntyneillä on otettava huomioon elimien toiminnan heikentyminen ja rappeutuminen. Lääkeaineiden metabolia maksassa heikkenee ja erittyminen munuaisten kautta vähenee, jakaantuminen rasvaliukoisilla lääkeaineilla lisääntyy ja vesiliukoisilla heikkenee. Lisäksi tapahtuu herkästi kumulaatiota, eli lääkeaineiden kertymistä elimistöön. Imeytyminen säilyy joko ennallaan tai hidastuu. Esimerkiksi iän myötä syljen erityys vähenee, suu kuivuu, jolloin suun limakalvoilta imeytyvien lääkkeiden vaikutus muuttuu. (Kivelä 2004, 20; Lääketietokeskus n.d..)

Vanhenemisellä on vaikutukset myös farmakodynamiikkaan, jolla tarkoitetaan lääkeaineiden vaikutusmekanismia, toisin sanoen lääkeaineiden vaste kudoksessa muuttuu ja lääkkeiden vaikutus solutasolla heikkenee. Ikääntyneillä elimistön säätelyjärjestelmän toiminta heikkenee, elimistön reservikapasiteetti laskee, reservikapasiteetilla tarkoitetaan elimistön kykyä toimia. Keskushermoston herkkyys antikolinergisille vaikutuksille lisääntyy, antikolienergit ovat aineita, jotka estävät parasympaattisen hermoston välittäjäaineena toimivan asetyylikoliinin vaikutuksia eri elimissä, näistä seuraa se, että lääkeaineiden varsinkin rauhoittavien lääkkeiden ja opioidien eli voimakkaiden kipulääkkeiden vaikutus voimistuu. (Kivelä & Rähä 2007, 15 – 18.)

4 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO

Lääkehoidon tavoitteena on ihmisten terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy. Ikääntyneillä ihmisillä lääkemäärät eri sairauksista johtuen voi olla melko suuriakin, siksi on tärkeää huomioida lääkehoidon tarpeellisuus ja sen asiallinen toteutus. (Kivelä 2004, 11–14.)

Ikääntyneiden lääkehoidon tarkoituksena on aiheuttaa enemmän hyötyä kuin haittaa ja hoitohenkilökunnan on hyvin tärkeää huomata tämä, kun erotellaan, onko jokin normaalia vanhenemista vai sairauden aiheuttama. Vanhusten lääkehoidon toteuttaminen onkin moniammatillista yhteistyötä, lääkäri määrää lääkkeet ja lääkehoito toteutetaan yhteisymmärryksessä hoitohenkilökunnan, ikääntyneen itsensä ja mahdollisesti hänen omaisten kanssa, raportoimalla lääkärille lääkkeen vaikutuksista ja mahdollista haitoista. Ikääntyneiden kanssa työskennellessä on tärkeää muistaa, että ikääntynyt tekee itse päätöksensä koskien omaa hoitoonsa ja elämänsä, mikäli hän vain on siihen kykeneväinen. (Kivelä 2004, 95–98.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut oppaan Turvallinen lääkehoito, opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaan keskeisenä viestinä on tukea ja ohjata kaikkia lääkehoitoa toteuttavia yksiköitä tekemään lääkehoitosuunnitelma, jonka laatimisessa on mukana moniammatillinen työryhmä. Suunnitelmassa määritellään tarvittavat resurssit, keinot ja vastuunjako turvalliseen lääkehoitoon, joiden mukaan toteutusta ohjataan ja valvotaan. Lääkehoitosuunnitelman toteutuksesta ja kokonaisvastuusta vastaa kuitenkin toimintayksikön johto. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 13.)

Lääkehoitosuunnitelma on työpaikkakohtainen ja vastaa aina oman yksikön tarpeisiin. Aina, kun työyksikön toiminta muuttuu, tulee lääkehoitosuunnitelma päivittää ja esimiehen tehtävänä on, että koko henkilökuntaa tiedotetaan muutoksista. Keskeinen osa potilasturvallisuutta ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laatua onkin oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 13.)

Asiakkaan lääkehoidosta vastaa aina lääkäri. Lääkäri antaa määräyksen, jonka ohjeiden mukaan hoitaja toteuttaa suunniteltua lääkehoitoa. Jokaisella lääkehoitoon osallistuvalla hoitajalla tulee olla asianmukainen koulutus, tiedot ja taidot lääkehoidon toteutukseen. Hoitajan tulee osata tulkita lääkemääräystä ja toteuttaa lääkehoitoa oikein, huomioiden lääkkeen vaikutus ja tavallisimmat haittavaikutukset. Lääkehoidon toteutus ja mahdolliset haittavaikutukset tulee aina kirjata. (Nurminen 2010, 25.)

Ennen lääkkeen antamista tulee antajan tietää ja tarkistaa miksi ja mitä lääkettä annetaan, antotapa ja valmistemuoto ja mahdolliset haittavaiku-

tukset. Onko potilaalla vasta-aiheita esimerkiksi allergiaa ja onko lääkkeellä yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. (Saastamoinen, Hietaanen, Juvonen & Monto 2010, 95.)

Vastuu lääkehoidosta on ensisijaisesti hoitavalla lääkäriä kokonaisuudessaan, hoitaja kuitenkin vastaa itse toiminnastaan ja lääkehoidon toteutuksesta. Lääkehoitoon on kehitetty hoitajien työtä tukemaan seitsemän O:n sääntö (kuva 2) mikä on alun perin ollut WHO:n suosittama viiden O:n sääntö, mutta sitä uusittu viime vuosina. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 311.)



Kuva 2. Seitsemän O:n sääntö. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 311)

4.1 Lääkehoitoa koskevat lait

Läkelain yleisenä tavoitteena on ylläpitää turvallista lääkkeiden käyttöä ja niiden jakamista. Laki on laaja sisällöltään ja koskettaa niin lääketehtaita kuin niiden eteenpäin myyntiä jakotilanteeseen ja asiakkaaseen asti ulottuvaa vaihetta. (Läkelaki 2003/80 § 1.)

Suomessa sairaanhoitaja on laillistettu ammattihenkilö ja lähihoitaja on nimikesuojattu ammattihenkilö. Ammattihenkilöä koskeva lainsäädäntö kulkee käsi kädessä eettisten ohjeiden kanssa ja painottuukin vain potilaan saamaan mahdollisen suureen hyötyyn ja minimaaliseen haittaan terveyden ja toimintakyvyn edistämisen näkökulmasta. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559 § 15.)

Keskeisiä säädöksiä ammatillisessa vastuussa ovat potilasvahinkolaki 585/1986, henkilötietolaki 523/1999, asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994 sekä asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja niiden säilytyksestä 99/2001. Kuitenkin ammatillinen vastuu terveydenhuollossa on hyvin monimutkainen ja siinä voi olla kyseessä myös moraalinen tai eettinen vastuu aina kurinpidolliseen tai virkavastuuseen asti. (Puirava 2012, 157.)

Lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen on ensisijaisesti sairaanhoitajan tehtävä, mutta jos toiminnan kannalta on perusteltua voi lähihoitaja myös jakaa enteraalisesti eli ruansulatuskanavan kautta annettavia lääkkeitä ja käyttövalmiita injektio-lääkkeitä, kuten insuliinia potilaalle. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 44.)

Lääkehoidon suunnitelma toiminta- ja työyksikössä perustuu lakiin. Laki on säädetty terveydenhuoltolain pykälässä kahdeksan, osassa laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma. Laki määrää mitä asioita lääkehoidon suunnitelmassa tulee pitää sisällään, jos yksikössä toteutetaan lääkehoitoa, oli sitten kysymyksessä avohoidon tai osastohoidon yksikkö. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 12.)

4.2 Dokumentointi

Ammattieettiset ja juridiset seikat määrittelevät tarkasti hoitotyön kirjaimista. Yksiköissä tulee kirjata päivittäisistä toimista ja hoidon kannalta oleellisista asioista toimintayksikön ylläpitämään potilaskertomukseen, joka etenee aikajärjestyksessä. Sähköinen kertomus on osa potilaskertomustallennusta, jonka tarkoituksena on turvata hoidon jatkuvuus, turvata ammattilaisen oikeusturva terveydenhuollossa sekä taata tiedonvaihdon mahdollisuus. Potilaskertomuksen moniammatillinen käyttö on tärkeä sähköisen kirjaamisen etu, joka parantaa huomattavasti potilaan hyvää hoitoa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 12, 15.)

Lääkehoidon toteutuksessa kiinnitetään huomiota suunnitelmallisuuteen, jossa on mainittu lääkehoidon tarkoituksenmukaisuus ja vaikuttavuuden seuranta. Seurannassa tehdyt havainnot dokumentoidaan eli kirjataan huolellisesti ja asianmukaisesti sekä raportoidaan eteenpäin. Suunnitelmassa on huomioitu myös tilanteet, joista erityisesti raportoidaan hoitavaa lääkäriä. Lääkärin kanssa käydyistä lääkehoitoon liittyvistä keskusteluista dokumentoidaan tapahtuma-aika, määräykset sekä tarve, sekä miksi lääkäriä on konsultoitu. Potilaan ajantasainen lääkelista on dokumentoinnin oleellisin asiakirja. Se on tae hoidon jatkuvuudelle, sekä haittavaikutusten ja päällekkäisen lääkehoidon toteutuksen ehkäisemiseen. (Ritkala-Castren 2014.)

Potilaskertomus ja lääkelista ovat siis tärkeä osa moniammatillisen yhteistyön onnistumisessa, lääkehoidon toteutuksessa. Lääkelista tulosteisissa tulee näkyä päivä, jolloin se on tulostettu, käsin tehtyjä merkintöjä ei tule olla tulostetussa lääkelistassa. Tiedot potilaan allergioista, riskilääkkeistä tai kuuriluonteisista lääkkeistä tulee näkyä potilaan hoitokertomukselta, johon lääkäri on lääkehoidon indikaation kirjannut. Lääkkeet, joita ei annostella joka päivä, on hyvä tehdä erillinen lista, josta selviää lääkkeen antamisajankohta. (Sulosaari, Hahtela & Ranta 2013, 154—155.)

Lääkäri tekee lääkemääräyksen, sähköisen lääkemääräyksen elektronisesti valtakunnalliseen reseptikeskukseen. Määräys sisältää potilaan henkilötiedot, lääkettä ja lääkehoitoa koskevat tiedot, voimassaoloajan sekä määräjän tiedot, jotta sekaannuksilta vältytään ja potilas saa oikeat ohjeet apteekista lääkehoidon toteutukseen. Laitos ja avohoidossa tulee määräjän kirjata (asetus 776/2003) potilaskertomukseen määräys kokonaisuudessaan. Määräys sisältää antopäivän, kaupanimen, vahvuuden, pakkauskoon, uudelleen toimittamisen mahdollisuuden, käyttötarkoituksen sekä

mahdollisen lääkevaihdon kieltämisen. Hoitajien tehtävä on kirjata toteutunut lääkehoito potilasasiakirjaan lääkehoidon toteutukseen. Sairaanhoidaja saa ottaa vastaan määräyksen ja toteuttaa annostelun yksityiskohtaisesti lääkkeen otto-ohjeet huomioiden sekä määritellä lääkkeen antoajat. (Tokola 2010, 22—23; Salimäki & Peura 2012, 20—22.)

Lääkemääräystä eli sähköistä reseptiä säilytetään reseptikeskuksessa 30 kuukautta. Resepti voidaan uusida kolme kertaa. Mikäli reseptissä on merkintä ne.rep. sitä ei voida uusida. Iteroitu lääkemääräys tarkoittaa reseptissä, että uusintamahdollisuus on rajattu yhdestä kolmeen kertaan. Huumausainereseptiä, iteroitua tai puhelinmääräystä ei voi uusida. Huumausainereseptit tehdään erilliselle huumausainereseptikaavakkeelle ja lääkäreiden tulee pitää niistä erillistä kirjanpitoa potilasasiakirjojenmerkintöjen lisäksi. Valvira, aluehallintovirastot sekä apteekit seuraavat huumausainereseptien määräämistä ja käyttöä. Apteekissa seuranta tapahtuu säilyttämällä reseptit sekä pitämällä luettelolla kaikista toimittamistaan lääkkeistä. (Tokola 2010, 23; Salimäki & Peura, 20—22.)

5 LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN

Hoitotilanne määrittää lääkkeen antotavan, antotapoja on kahta eri päätyyppiä, enteraalinen ja paraenteraalinen. Enteraalinen eli suun kautta ruuansulatuselimistöön p.o./per.os tai peräsuoleen per.rect. Paraenteraalissa taas lääke annetaan ruuansulatuskanavan ohi ja se voi olla kajoava tai ei kajoava. Kajoavassa lääkehoidossa lääke ruiskutetaan esimerkiksi lihakseen (i.m.) tai laskimoon (i.v.) ja ei kajoavassa lääke voidaan inhaloida esimerkiksi keuhkoihin. Antotapa vaikuttaa lääkkeen vaikutuksen alkamisaikaan, voimakkuuteen ja keston sekä joidenkin haittavaikutusten ilmenemiseen. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 194—198.)

Tabletit, kapselit ja oraalinesteet ovat yleisimpiä suun kautta annettavia lääkkeitä. Tabletit joissa on jakourre, voidaan puolittaa, kun taas kapselit annetaan yleensä kokonaisena. Jos lääkeaineen tarkoitus on hajota vasta ohut- tai paksusuoleessa, voidaan ne antaa suoliliukoisina enterotabletteina tai -kapseleina. Enterovalmisteissa on päällyste, joka liukenee vasta ohut- tai paksusuoleessa, niitä ei saa murskata, hienontaa eikä puolittaa, koska silloin niiden pinta tuhoutuu ja lääkeaine vaikuttaa liian aikaisin. (Nurminen 2010, 14—15.)

Depotvalmisteet ovat lääkkeitä, joissa lääkeaine vapautuu hitaasti ja vaikutus alkaa hitaasti. Kerta-annos vaikuttaa pitkään jolloin lääke voidaan ottaa harvemmin. Depottabletit ja -kapselit ovat yleensä nieltävä kokonaisena. Jos valmisteen rikkoo tai puolittaa kesto-vaikutus katoaa. Jos lääkeaine vaikuttaa liian nopeasti, sillä saattaa olla vakavia haittavaikutuksia, koska niissä on tavallista enemmän vaikuttavaa ainetta. Depottabletit, jotka saa puolittaa, on varustettu jakourteella.

Resoribletit ovat kielen alla liukenevia lääkkeitä, joista lääkeaine pääsee liukenemaan verenkiertoon. Nieltynä ne menettävät tehonsa, mahahapot hajottavat ne tai muuttuvat tehottomaan muotoon maksassa. (Nurminen 2010, 15–16.)

Ruuansulatuskanavan kautta rektaalisesti annettavia lääkkeitä käytetään, kun ihminen ei pysty jostain syystä ottamaan niitä suun kautta. Peräpuikot eli supot ja peräruiskeet ovat peräsuoleen annettavia lääkkeitä. Emätinpuikot ja emätinvoiteet vaikuttavat joko paikallisesti tai imeytyvät verenkiertoon. Lääkelaastarien avulla tavoitellaan pitkää vaikutusaikaa ja taasaista imeytymistä ihon läpi verenkiertoon ja inhaloitavat lääkkeet ovat yleisimmin astmalääkkeitä, jossa tarkoituksena on saada lääkettä keuhkoputkien limakalvoille mutta mahdollisimman vähän verenkiertoon. (Nurminen 2010, 16–19.)

5.1 Lääkkeen jakaminen

Läkettä jakaessa hoitajan tulee aina tarkistaa lääkemääräyksen oikeellisuus vertaamalla sitä asiakkaan ajantasaiseen lääkelistaan. Varmistaa oikea lääkemuooto, antoreitti sekä tarkistaa annosmäärä ja että, lääkkeen antoaika on oikea, samalla tarkistetaan myös lääkkeen käyttökelpoisuus. Ruiskeina annettavissa lääkkeissä on aina noudatettava erityistä huolellisuutta, niissä ei saa olla värimuutoksia, samentumia eikä vieraita hiukkasia. (Nurminen 2010.)

Murskattu tabletti tulisi sekoittaa pieneen määrään viileää vettä, tabletit tulee murskata yksi kerrallaan. Erilaisia lääkkeitä ei saisi sekoittaa keskenään murskattuna, koska lääkkeiden apuaineet ja vaikuttavat aineet voivat reagoida keskenään. Murskattuja tabletteja ei saisi myöskään sekoittaa lämpimään ruokaan, koska lämpö nopeuttaa kemiallista reaktiota. Joitakin kapseleita voi avata, mutta tämä tulee aina tarkistaa erikseen lääketietokannasta tai Pharmaca Fennica kirjasta. Silmätippoja, silmävoiteita tai korvatippoja annettaessa huolehditaan, ettei annosjakelijan kärki osu potilaaseen ja ne annostellaan makuuasennossa tai istuma-asennossa pää taakse päin käännettynä. Injektioita annettaessa huolehditaan, että ruiskun liittoskohtaan eikä neulan kärkiosaan kosketa käsillä. Ennen ihon lävistystä pistoskohta desinfioidaan, eikä siihen sen jälkeen myöskään enää kosketa. Pistos annetaan ihon kuivuttua. Käytetyt neulat ovat myös hävitettävä asiallisesti, mukana on hyvä pitää pientä riskijäteastiaa, johon neulan voi heti laittaa. Hylsyttyminen eli neulan laittaminen takaisin suojukseen, on yleisin käytetyn neulan pisto- ja viiltotapaturmien aiheuttaja. (Koskinen & Turunen 2012, 78–79.)

Huumausaineiksi luokiteltavia lääkkeitä ei jaeta valmiiksi lääkelaseihin tai dosetteihin, vaan ne annostellaan juuri ennen potilaalle antamista. Poikkeustapauksissa, jotta kaksoistarkistus voidaan tehdä ja lääkkeen

voi jakaa laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, voidaan nestemäiset, huumausaineita sisältävät lääkkeet annostella etukäteen. Tällöin lääkekulutuskorttiin on merkittävä sekä lääkkeen jakajan, että potilaan, että antajan nimet. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 55.)

Aina lääkkeen jaossa ja antamisessa on suositeltavaa käyttää kaksoistarkastusta, jolla pyritään vähentämään mahdollisia virheitä. Kaksoistarkastuksessa hoitajat toimivat itsenäisesti, lääkkeen jakaja jakaa lääkkeet dosettiin tai lääkekippon ja lääkkeen antava hoitaja puolestaan tarkistaa, että dosetissa olevat lääkkeet vastaavat lääkelistassa olevia merkintöjä. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 293.)

5.2 Lääkepakkkaus

Lääkevalmisteissa olevien pakkauksimerkintöjen tarkoituksena on lääkkeen tunnistaminen ja ohjaaminen valmisteen oikeaan ja turvalliseen käyttöön. Lääkepakkauksessa tärkeimmät tiedot ovat valmisteen nimi, vahvuus ja lääkemuoto. (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2013, 5; Saano & Taam-Ukkonen 2014, 58.)

Lääkkeet säilytetään aina alkuperäisissä pakkauksissa, vajaita pakkauksia ei myöskään saa yhdistellä. Liuospulloihin merkitään avaamispäivämäärä ja kellonaika. Huumausaineet (N) säilytetään erillisessä lukituskaapissa tai lokerossa. (Nurminen 2010, 20–24.)

Pakkausselosteet ja valmisteyhteenvedot ovat virallisia dokumentteja ja sisältävät hyväksytyt käyttöaiheet ja annostukset. Pharmaca Fennica lääketietokannassa on kooste valmisteyhteenvedoista, jotka ovat hyväksytyt myyntiluvan myöntämisen yhteydessä. Valmisteyhteenvedot ja pakkausselosteet ovat luettavissa myös Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen kotisivuilta www.fimea.fi, jotka sisältävät tietoa ammattilaisten tarvitsemasta tuoteinformaatiosta. (Ojala 2012, 40.)

/

Pakkauksessa ilmoitetaan pakkauskoko ja lääkemuoto, valmisteen nimi, nimen alla on valmisteen sisältämän lääkeaineen nimi ja lääkkeen vahvuus, (ibuprofeeni 400mg). Constit q.s. –merkinnällä tarkoitetaan että tablettiin on lisätty apuaineita, merkittäviä apuaineita ovat sorbitoli, laktoosi tai atsoväriaineet, jos niiden määrä on merkittävä. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 58.)

Lääkepakkauksessa on valmisteen eränumero, jonka perusteella voidaan jäljittää valmistuserä, pakkauksessa tulee näkyä myös valmistajan tai myyntihaltijan nimi, käytettävä ennen päivämäärä sekä tunnistamista varten pohjoismainen tuotenumero. Punainen kolmio kärki ylöspäin tarkoittaa, että lääke vaikuttaa suorituskykyyn ja voi olla haitaksi liikenteessä. Joissakin pakkauksissa voidaan käyttää myös hyväksytyjä antoreittien lyhenteitä kuten lihakseen i.m., laskimoon i.v., ihonalle s.c. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 58.)

5.3 Lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta

Verenkiertoelimistön muodostavat verisuonet ja sydän. Sydän on lihaskudoksista muodostunut elin, joka on syntynyt toimivista soluista. Solut ovat ihmisen toiminnan ja rakenteen perusyksikkö. Ihmisen elintoiminnot perustuvat solutason tapahtumiin. Solukalvo sisältää valkuaisaineita eli reseptoreita, joita kutsutaan myös vastaanottajaelimiksi. Niiden tehtävänä on yhteistoiminnan tukeminen sekä sitoa ja tunnistaa normaalia toimintaa sääteleviä esimerkiksi hormoneja hormoneille spesifisellä tavalla. Reseptoreiden tehtävä ei kuitenkaan ole olla lääkeainetta varten vaan niillä on tärkeä tehtävä säilyttää elimistön tasapaino. Ihmisen sairastuessa säätelyjärjestelmässä esimerkiksi aineenvaihduntasairauteen, aineenvaihdunnassa, jota hormonit säätelevät, tapahtuu muutoksia. Lääkeaineella pyritään vaikuttamaan kyseisten muutosten syntymekanismiin palauttamalla se normaaliin tilaan. (Tokola 2010, 139—140.)

Vaikutuksen aikaansaamiseksi solutasolla on lääkemäärän oltava veressä lääkeaineesta riippuen riittävän suuri. Lääkäri tekee päätöksensä lääkkeen määräämisestä potilaan sairauden ja farmakologisen vaikutuksen mukaan. Lääkkeiden tehosta puhuttaessa puhutaan terapeuttisesta alueesta, joka tarkoittaa suurimman ja pienimmän tehoavan annoksen välistä eroa. Käytön kannalta luonnollisesti turvallisin on leveä terapeuttinen leveys. Kapean terapeuttisen leveyden lääkkeitä ovat esimerkiksi sydänlääkkeistä digoksiini, jota käytetään rytmihäiriöiden ja sydämen vajaatoiminnan hoitoon. Rytmihäiriöllä tarkoitetaan sydämen sykkeen epäsäännöllisyyttä, joka aiheuttaa sydämenlyöntien väliin jäämistä, sykkeen epäsäännöllisyyttä tai liian nopeaa tai hidasta syketiheyttä. Digoksiinin annostus on erityisesti vanhuksilla tarkkaa, sillä se kumuloituu eli kertyy elimistöön aiheuttaen vakavia haittavaikutuksia. (Tokola 2010, 141—142, 147.)

Lääkehoidon jatkamisen edellytys on lääkehoidon oikea vaikuttavuus, sitä arvioidaan suhteessa tarpeisiin, tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon. Mikäli vaikuttavuuden seurannassa huomataan, että terapeuttinen vaikutus on riittämätön, on annosta muutettava tai lääkeaine vaihdettava. Lääkehoidon arviointia toteutetaan seuraamalla potilaan tilaa, mittaamalla verenpainetta, painoa tai laboratoriotutkimuksilla. Lääkeaineen tarvetta seuraamalla voidaan arvioida kuinka se vaikuttaa. Esimerkiksi kuinka paljon lääkettä potilas ottaa ja kuinka hän itse kokee lääkkeen vaikuttavuuden, haitat ja hyödyt. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 46—47.)

Lääkeaineiden vaikutuspaikkojen eli reseptoreiden ja entsyymien määrät muuttuvat iän myötä. Vanhenemismuutokset johtavat lääkeaineiden tehostumiseen ja kestävät pidempään kuin nuorempana ja näin haittavaikutusten vaara on suurempi. Imeytyminen, hajoaminen ja lääkeaineen erittyminen muuttuvat. Sairaudet kuitenkin lisääntyvät iän myötä ja elintoiminnot heikkenevät. Tästä syystä haittavaikutuksia tulee seurata ja hoita-

jien on oltava tietoisia lääkkeiden vaikutusmekanismeista ja yhdessä lääkärin kanssa seurata lääkkeiden annoksia ja vaikutuksia sekä tarkastella niitä kriittisesti säännöllisin väliajoin. (Kivelä 2004, 33.)

5.4 Diabeteksen lääkehoito

Diabeteksessa on kyse veren sokeripitoisuuden suurentumisesta, se jaetaan tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseen. Tyypin 1 diabeteksessa haiman insuliinia tuottavat solut eli beettasolut tuhoutuvat ja tästä seuraa insuliinin puutostila. Sairauden puhkeamiseen liittyy yleensä ympäristötekijät tai perimä ja se puhkeaa poikkeuksetta aina nuorilla. Tyypin 2 diabeteksessa kyse on insuliinin tehottomuudesta tai sen puutteesta. Insuliinin tehottomuudesta puhuttaessa käytetään sanaa insuliiniresistenssi. Tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen liittyviä rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä, ylipainoa, kohonnutta verenpainetta ja keskivartalolihavuutta kutsutaan metaboliseksi oireyhtymäksi. Tyypin 2 diabetes puhkeaa päinvastoin kuin tyypin 1 diabetes, eli yleensä yli 40 vuotiailla. Diabetes voi aiheuttaa monia liitännäissairauksia, lääkehoidossa tavoitteena onkin pitää veren sokeritaso normaalina ja ehkäistä uusien sairauksien puhkeaminen. (Haataja 2012, 329.)

Ikääntyneen diabeteksen hoidossa tavoitteet ovat samat kuin muillakin, glukoositaso on oltava tasainen ja sellainen, ettei se aiheuta oireita, kuten väsymystä, kuivumista, janon tunnetta, painon laskua tai sekavuutta. Jatkuvat hypoglykemit eli matalat sokeriarvot ovat iäkkäillä varsin harmillisia niistä aiheutuvien loukkaantumisten vuoksi, myös jatkuvat hypoglykemit aiheuttavat kognitiivisten toimintojen heikentymistä. Jos potilaalla on jo kognitiivisia vaikeuksia entuudestaan, on ne selvitettävä, ja mietittävä pystyykö hän itsenäisesti huolehtimaan sairaudestaan vai tarvitseeko hän siihen apua. (Diabetes 2016.)

Ravinnosta imeytyvä glukoosi tarvitsee insuliinia. Haastavinta insuliinihoidossa onkin pitää perusinsuliinin saanti tasaisena vuorokauden kaikkina aikoina. Aamulla herätessä terveellä ihmisellä insuliinin pitoisuus on korkeimmillaan ja iltaa kohti sen pitoisuus laskee. Kortisoli on insuliinin vasta-vaikuttajahormoni ja aiheuttaa siis insuliinihoidossa olevalle diabeetikolle lisääntyneen insuliinitarpeen aamuun vaihteluillaan. (Saano & Taam-Ukko-nen 2014, 390.)

Insuliinihoidon toteuttaminen on yksilöllistä ja hoito suunnitellaan yksilöllisesti selvittämällä potilaan oma insuliiniherkkyys. Insuliinihoitoa voidaan siis toteuttaa perusinsuliinilla eli pitkävaikutteisella insuliinilla ja/tai ateriainsuliinilla eli syömisen yhteydessä otettavalla insuliinilla, jolla halutaan estää syömisestä johtuva verensokerin liiallinen nousu. Monipistoshoito, joka on tyypin 1 perushoito, siihen kuuluu sekä perusinsuliini, että ateriain-

suliini. Sekoiteinsuliinihoito on myös yksi hoitomuoto, jossa korvataan molemmat insuliinitarpeet, mutta sitä ei suositella tyyppin 1 diabeetikoille. (Saano & Taam- Ukkonen 2014, 390.)

Hoitajien on tärkeä ymmärtää insuliinihoidon toteuttamisen perusta. Tätä varten on kehitetty muutamia sääntöjä muistin tueksi, joiden avulla insuliinihoidon toteuttaminen on yhdenmukaista. On hyvä muistaa, että kahden millimoolin pienennys veren sokeripitoisuudessa tarvitaan yksi yksikkö insuliinia, sekä kaksi millimoolia suurennus veren sokeripitoisuudessa vaatii 10 grammaa hiilihydraatteja, silloin 10 grammaa hiilihydraatteja tarvitsee luonnollisesti noin yhden yksikön ateriainsuliinia. Pitkävaikutteinen insuliiniannos on normaalisti 40 -50 yksikköä vuorokaudessa. Pikainsuliinin yhden yksikön tehoa voidaan laskea jakamalla luku 100 vuorokauden kokonaisinsuliinimäärällä. Luvut ovat suuntaa antavia, ja ne ovat laadittu suuntaa antaviksi. (Saano & Taam- Ukkonen 2014, 390.)

Insuliinihoidossa tärkeitä asioita ottaa huomioon on esimerkiksi säännönmukaisuus, sillä insuliinihoidolla korvataan elimistöstä puuttuvaa tai heikentyntä toimintaa. Insuliini annostellaan ihonalaiseen kudokseen (s.c.) ja annostelussa tulee kiinnittää huomiota oikeaan pistotekniikkaan ja pistopaikkaan, koska ne ovat ratkaiseva tekijöitä imeytymisen kannalta. Pankarit, vatsa ja reidet ovat yleisimpiä ja suositeltuja paikkoja insuliinin laittamiselle. (Haataja 2012, 331—333.) Vatsan alueelle suositellaan pistettävän ateriainsuliini, sillä vatsan alueelta imeytyminen on nopeinta (Diabetesliitto 2016).

Insuliini säilytetään jääkaapissa 2-8 asteessa, eikä se saa lämmetä yli 30 asteen. Pitkävaikutteiset insuliinit on sekoitettava ennen käyttöä. Insuliinihoidossa on myös huomioitava riittämättömän insuliiniannoksen aiheuttama hyperglykemia ja happomyrkytys sekä toisinpäin liiallinen insuliiniannos ja siitä aiheutuva hypoglykemia, joka voi aiheuttaa insuliinisokin. Hyperglykemia tarkoittaa liian suurta verensokeriarvoa, joka yleensä johtuu insuliinihoidon laiminlyönnistä. Hoitamattomana hyperglykemia johtaa happomyrkytykseen eli ketoasidoosiin, jolloin verenpaine laskee ja elimistö kuivuu ja se johtaa tajuttomuuteen. Hypoglykemia tarkoittaa veren liian matalaa sokeripitoisuutta. Hypoglykemia saattaa johtua liian suuresta tai väärin ajoitetusta insuliiniannostuksesta ja siinä oireina ovat vapina, heikotus ja mahdollisesti päänsärky. Hypoglykemiasta seuraa myös hoitamattomana tajuttomuus eli insuliinisokki. Tila on kuitenkin helpommin eslettävissä nopealla hiilihydraatilla kuin hyperglykemiassa, jossa hoitona on aina sairaalahoito. (Haataja 2012, 331—333.)

6 LÄÄKEHOIDON YHTEISVAIKUTUKSET JA HAITTAVAIKUTUKSET

Ikääntyneiden ihmisten lääkehoidossa useiden eri lääkkeiden samanaikainen käyttö on yleistä, johtuen siitä, että monella ikääntyneellä voi olla useampiakin perussairauksia ja toisaalta taas lääkkeiden yhdistelmähoidolla voidaan saavuttaa parempi hoitovaste. Useamman lääkkeen samanaikaisessa käytössä on huomioitava mahdolliset yhteisvaikutukset, jotka voivat olla, joko toisiaan vahvistavia tai heikentäviä. (Nurminen 2010, 61.)

Ikääntyneiden käytetyimpiä lääkeaineryhmiä ovat sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet, keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet sekä ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet. (Välimaa 2010, 17.)

Ikääntyneiden hoidossa keskeisiin tavoitteisiin kuuluu lääkkeiden haittavaikutusten ehkäisy ja tunnistaminen, ja yhteisvaikutuksia tarkasteltaessa tulee myös huomioida asiakkaan mahdolliset itsehoitolääkkeet. Myös luontaistuotteiksi rekisteröidyt lääkeaineet voivat olla yhteen sopimattomia muiden lääkkeiden kanssa ja niiden käytöstä tulisi keskustella lääkärin kanssa. Esimerkiksi mäkikuismaa sisältävät luontaistuotteet heikentävät sydän-, astma- ja epilepsia lääkkeitä. Myöskin varfariinin tehoa jotkut luontaistuotteet voivat vahvistaa tai heikentää, siksi luontaistuotteita ei tulisi käyttää ollenkaan verenohennuslääke marevanin kanssa. (Kivelä 2006, 92.)

Lääkkeiden haittavaikutusten tyypillisimpiä oireita ovat verenvuodot, muistin heikkeneminen, sekavuus, huimaus, kaatumiset ja niiden aiheuttamat vammat sekä dementiaa sairastavilla käytösoireet. (Ahonen 2011, 22.)

Yleisimmin haittavaikutuksia aiheuttavia lääkkeitä ovat verenohennuslääkeisiin kuuluva antikoagulanttilääke eli varfariini, tulehduskipulääkkeet, psykelääkkeet, nesteenpoistolääkkeet, opioidit, antikolinergiset lääkkeet, digoksiini, parkinsonin taudin lääkkeet ja epilepsia lääkkeitä. (Kivelä & Rähä 2007, 18.)

Diureetit ovat nesteenpoistolääkkeitä, joita käytetään paljon varsinkin iäkkäiden ihmisten verenpainelääkkeenä, ne eivät esimerkiksi sovi kihtipotilaille ja nestevajauksesta kärsiville. Diureettihoidon ongelmia ovat kuivuminen ja elektrolyyttipuutokset kuten veren liian alhainen kaliumpitoisuus, josta taas voi seurata rytmihäiriöitä. (Taam-Ukkonen 2014, 399.)

Tulehduskipulääkkeiden aiheuttamat yhteisvaikutukset ovat yleisiä varsinkin iäkkäillä, ja etenkin yhteiskäyttö varfariinin kanssa on kliinisesti merkittävä ongelma. Tulehduskipulääkkeet heikentävät nesteenpoistolääkkei-

den ja myös sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeisiin kuuluvan beetasalpaajien tehoa. Beetasalpaajat ovat suhteellisen turvallisia laajan terapeutisen alueen vuoksi, mutta eivät sovi astmaatikoille eivätkä kroonista keuhkohtaumaa sairastaville koska ne supistavat verisuonia, iäkkäitä hoidettaessa on myös huomioitava liiallisen verenpaineen laskun ja sydämen harvavyöntisyyden mahdollisuus, jotka voivat taas suurentaa kaatumisriskiä ja heikotusta. (Ahonen 2011, 47; Saano & Taam-Ukkonen 2014, 345—347.)

Kipulääkkeistä parasetamoli on turvallisin kipulääke, sillä on vähemmän haittavaikutuksia kuin tulehduskipulääkkeillä. Parasetamolin päiväannos ei saa kuitenkaan ylittää 4 grammaa sen maksa toksisuuden eli maksalle myrkyllisyyden vuoksi. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 571.)

Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä kalsiuminestäjillä on melko vähän haittavaikutuksia, mutta voivat aiheuttaa turvotuksia nilkoissa ja ranteissa, päänsärkyä, kasvojen kuumotusta ja ummetusta. Sydänlääkkeistä Nitraatit suurina annoksina laskevat verenpainetta ja aina nitraattihoidon aikana tulisi seurata verenpainetta. Digoksiinin haittoja tulee seurata tarkasti, munuaisten heikentyneen toiminnan ja lääkkeiden yhteisvaikutus voi muuttaa elimistön digoksiini pitoisuuksia ja vaarana on digoksiinimyrkytys, jonka oireita ovat ruokahaluttomuus, pahoinvointi, harva syke ja rytmihäiriöt. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 349—353.)

Verenohennuslääke varfariinin yleisimpiä haittavaikutuksia ovat lievät vuodot, pahoinvointi, oksentelu ja ripuli, myös mustelmia tulee seurata. Tulehduskipulääkkeet ja asetyylisalisyylihappo eli ASA eli aspiriini, joka on myös tulehduskipulääke lisäävät vuotoriskiä. Turvallisin lääke verenohennuslääkettä käyttävälle on parasetamoli. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 341361.)

Kaatumiselle altistavia tasapainohäiriöitä, lihasheikkoutta ja sekavuutta aiheuttavat rauhoittavat lääkkeet, joista yleisimpiä on bentsodiatsepiinit, joiden on havaittu myös heikentävän iäkkäiden kognitiivisia toimintoja (Ahonen 2011, 21).

Parkinsonin tauti, yli neljän lääkkeen samanaikainen käyttö sekä rauhoittavien, uni- ja masennuslääkkeiden tai antipsykoottisten eli neuroleptien käytön on myös havaittu lisäävän kaatumisriskiä. (Välimaa 2010, 6.)

Kortisoni voi aiheuttaa tarkkaavaisuuden häiriöitä sekä heikentää keskittymiskykyä ja muistitoimintoja. Vahvat kipulääkkeet eli opioidit voivat aiheuttaa myös sekavuutta. (Kivelä 2004, 84.)

Lääkkeiden lopettaminen aiheuttaa myös haittavaikutuksia. Haittavaikutuksia aiheuttavista lääkkeitä tunnetuimpia ovat vahvat kipulääkkeet eli opioidit ja rauhoittavat eli bentsodiatsepiinit joiden äkilliseen lopettami-

seen liittyy vieroitusoireita. Myös psykoosilääkkeiden tai masennuslääkkeiden äkillisestä lopettamisesta voi seurata vieroitusoireita. (Kivelä 2004, 57.)

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ylläpitää esimerkiksi Lääke75+ tietokantaa, tarkoituksena on tukea ja parantaa lääkitysturvallisuutta perusterveydenhuollossa. Lääke75+ on kaikkien käytettävissä oleva tietokanta. Tietokanta on tarkoitettu ensisijaisesti lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. Lääkehoito tulee aina aloittaa, muuttaa tai lopettaa lääkärin valvonnassa. (Fimea n.d..)

Kuvassa 3 kerrotaan koostetusti yleisempien lääkeaineryhmien aiheuttamista tyypillisistä fyysistä haittavaikutuksista.

<i>Haittavaikutus</i>	<i>Tyypillisimmät lääkeaineet tai lääkeaineryhmät</i>
Muistihäiriö, muu kognitiivinen häiriö, sekavuus, käytöshäiriöt	Bentsodiatsepiinit ja niiden tavoin vaikuttavat lääkeaineet Opioidit Antikolinergiset lääkkeet Psykoosilääkkeet, masennuslääkkeet Beetasalpaajat Parkinsonin taudin lääkkeet Epilepsialääkkeet Antihistamiinit Metoklopramidi Proklooriperatsiini
Huimaus, kaatuilu	Psyykenlääkkeet Epilepsialääkkeet Opioidit Glyseryylinitraatti Verenpainetta alentavat ja ortostaattista hypotoniaa aiheuttavat lääkkeet
Ortostaattinen hypotonia	Verenpainelääkkeet; diureetit, beeta- ja alfa-1-salpaajat Nitraatit Psykoosilääkkeet Trisykliset masennuslääkkeet Parkinsonin taudin lääkkeet
Virtsainkontinenssi	Diureetit Bentsodiatsepiinit ja niiden tavoin vaikuttavat lääkeaineet
Ummetus	Antikolinergit Opioidit Diureetit Kalsiumkanavan salpaajat Antasidit Rauta Disopyramidi
Masennus	Kortikosteroidit Rasvaliukoiset beetasalpaajat Levodopa Bentsodiatsepiinit ja niiden tavoin vaikuttavat lääkeaineet
Parkinsonismi (jäykkyys, vapina, liikkeiden hidastuminen)	Psykoosilääkkeet Metoklopramidi Proklooriperatsiini Litium Fluoksetiini Paroksetiini
Väsymys Verenvuodot	Bentsodiatsepiinit ja niiden tavoin vaikuttavat lääkeaineet Varfariini Asetyylisalisyylihappo, muut tulehduskipulääkkeet
Näköhäiriöt	Antikolinergit Alfa-1-salpaajat; alfutsosiini, tamsulosiini Inhaloitavat steroidit (kaihin kehittyminen)
Akilles-jänteen vaurio, jännetulehdus	Fluorakinolonit

Kuva 3. Kliinisesti merkittäviä lääkkeiden haittavaikutuksia iäkkäillä. Sirkka-Liisa Kivelä ja Ismo Rähä (2007)

7 LÄÄKEHOIDON EETTISYYS

Asiakkaan hoidon onnistumisen edellytys on, että yksittäisellä hoitajalla ja tiimillä on yhteneväiset eettiset periaatteet ja arvot. Toimiva vuorovaikutus kuuluu oleellisena osana onnistuneeseen kokonaisvaltaiseen hoitoon. Asiakassuhteessa ja tiimityössä onnistuneen ja arvostavan dialogin kautta korostuu osaava hoitotyö ja kumpikin kokee olevansa arvokkaita omassa asemassaan. Mikäli tiimissä on pelkoa ja epävarmuutta se heijastuu kovana kysymystulvana henkilökunnassa. (Koivukoski & Palomäki 2009, 62—63.)

Työyhteisön vastavuoroinen tuki, molemminpuolinen sitoutuminen ja keskinäinen luottamus ohjaavat toimintaa yhdessä sovittuihin tavoitteisiin. Yhteiseen tavoitteeseen tähtäävä työyhteisö, joka toimii arvostavassa ympäristössä, hallitsee myös kustannuksia sekä pystyy tuottamaan palveluja tehokkaasti. (Becker, Hahtela & Ranta 2015, 30.)

Onnistunut lääkehoito vaatii vuorovaikutusta moniammatillisessa työryhmässä, sillä lääkehoitoon liittyvä tiedonsiirto sekä oman roolin tunnistaminen siinä takaavat sen turvallisuuden. Kollegoiden tukeminen ammatillisesti potilaan hoidossa kannustaa ja ylläpitää moniammatillista yhteistyötä ja on hyvin keskeinen osa työn hallinnan kannalta. (Sulosaari, Hahtela & Ranta 2013, 44.)

Sairaanhoitajan ja lähihoitajan eettiset ohjeet neuvovat hyvään yhteistyöhön potilaiden hyväksi, sekä kunnioittamaan toinen toisiaan kollegoina sekä toisaalta huolehtimaan toinen toisesta. Eettiset ohjeet velvoittavat myös oppimaan uutta ja kehittämään omaa osaamistaan. (Sairaanhoitajaliitto 2015; Suomen lähi- ja perushoitajaliitto 2014.)

Perusosaaminen lääkehoitoon, tulee koulutuksen kautta, mutta osaamisen ylläpitäminen tulee aktiivisesta toimimisesta työelämässä ja täydennyskoulutukseen osallistumisesta. Lääkehoito on alue, joka muuttuu koko ajan ja siksi sen osaamista tulee koko ajan kehittää ja päivittää. Hoitajien on oltava tietoisia oman organisaation toimintasuunnitelmista ja lääkehoidosuunnitelman sisällöstä. Hoitajan tulee osata hakea tietoa eri lähteistä ja käyttää sitä oikein. Lääkkeiden oikea säilyttäminen, lääkepakkausten tietojen tulkitseminen, lääkkeiden tilaaminen ja dokumentointi ovat esimerkkejä lääkehoitoon osallistumisesta ja tärkeä osa ison kokonaisuuden onnistumisen kannalta. (Sulosaari, Hahtela & Ranta 2013, 16—17.)

Suomessa laki velvoittaa myös täydennyskoulutukseen, jolloin työnantajan tehtävänä on järjestää tehtävän mukainen täydennyskoulutusmahdollisuus 3-10 päivää vuosittain, asetus Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstön täydennyskoulutuksesta 119/2003 (Puirava 2012, 157).

8 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen, jonka olemme tehneet yhteistyössä erään pirkanmaalaisen palvelutalon kanssa, tarkoituksenamme on tukea ja opastaa palvelutalon henkilökuntaa haastavassa lääkehoidon toteutuksessa. Työelämälähtöisessä opinnäytetyössä näimme mahdollisuuden myös omalle ammatilliselle kasvulle. Työelämän edustajalta saimme tukea ja opastusta opinnäytetyömme toteutukseen.

Opinnäytetyön prosessi alkoi alku syksystä 2016, kun otimme ensimmäisen kerran yhteyttä yhteistyötahoon. Kävimme keskustelua henkilökunnan kanssa, ja he saivat kertoa mielteitään lääkehoidon toimivuudesta sekä siinä esiintyvistä ongelmakohtista. Keskustelujen perusteella esille nousi muutamia ongelmakohtia, joihin erityisesti toivottiin toimivia ratkaisuehdotuksia. Opinnäytetyömme rajasimme kuitenkin koskemaan vuorossa olevan lääkevastaavan ohjauslistaan/muistilistaan, joka toimisi työvälineenä lääkehoidon toteutuksessa vuorokohtaisesti. Suunnittelimme tarpeeseen sopivan muistilapun, tässä tapauksessa Excel-taulukon (liite 1), jonka tarkoituksena on tukea turvallista lääkehoitoa eri aikaan jaettavien lääkkeiden jaossa ja jota jokaisen vuorossa olevan lääkevastaavan tulisi päivittää aina tarpeen mukaan. Näiden ajatusten pohjalta lähdimme työstämään myös teoriapohjaa työllemme, sekä miettimään ratkaisua kuinka eri aikoihin jaettavat listanmukaiset lääkkeet olisivat yhdessä vuorokohtaisessa listassa.

Syksyn aikana mietimme teoriaa tehdessä, kuinka rakentaisimme hyvän ja toimivan ohjauslistan tukemaan eri aikoihin jaettavien lääkkeiden lääkehoidon toteutusta. Lähetimme palvelutaloon kokeiltavaksi tekemämme Excel-taulukon, jossa on selkeästi merkittynä asukkaan nimi (asukkaiden nimet muutettu liitteessä) ja lääkkeet, jotka eivät ole doseteissa valmiiksi jaettuina vaan jaetaan erikseen erillisen ohjeen mukaan. Listaa pidettiin käyttökelpoisena ja se otettiin kokeiluun eri aikoihin annettavien listanmukaisen lääkehoidon tueksi. Avasimme myös seitsemän O:n säännöstöä ohjauslistan tueksi muistuttamaan mistä hyvä turvallinen lääkehoito koostuu sekä rajausten kautta rakensimme teoreettiset lähtökohdat koskemaan palveluasumista ja tehostetun palveluasumisen lääkehoidon prosessia, teoriaosuudesta pyrimme rakentamaan toiveiden mukaisen ja helppoluokuisen ohjauksen turvalliseen lääkehoitoon.

Valmiin opinnäytetyömme esittelimme yhteistyösopimuksemme esimiehelle ja yksikön lääkehoidon vastaavalle hoitajalle maaliskuussa 2017 ja samalla pidimme työmme loppuseminaarin. Seminaarissa oli avointa keskustelua, jossa kaikilla oli mahdollisuus oppia uusia näkökulmia lääkehoidon toteutuksesta. Annoimme lääkehuoneen seinälle myös seitsemän 7 O:n ohjeet laminoituna lääkehoitoa tukemaan.

9 POHDINTA

Kuten jo aiemminkin on tullut esille, aiheen opinnäytetyöllemme saimme eräältä pirkanmaalaiselta palvelutalolta, jossa koettiin ongelmana lääkkeenjaon toimimattomuus sellaisenaan, yhtenä ongelmana koettiin, että erikseen jaettavien lääkkeiden tieto oli hajallaan. Tätä lähdimme työstämään niin, että tarvittava tieto löytyisi yhdestä paikasta, erikseen ja poikkeaviin aikoihin jaettavien lääkkeiden nimet ja kellonaika olisi samassa ohjauslistassa sekä asukkaan nimi kenelle lääke menee. Tähän kehitimme ohjauslistan, Excel-taulukon, josta näkyy asukas, lääke ja/tai kellonaika jolloin lääke tulee antaa. Tämän muistilistan toimivuus edellyttää kuitenkin sitoutumista myös henkilökunnalta ja kulloinkin lääkevuorossa olevan hoitajan tulee päivittää taulukko ajantasaiseksi aina muutoksia tullessa.

Toivomme että käytössä muistilista tulisi helpottamaan henkilökuntaa ja teoriaosuus antaisi tietoa ja motivoisi laadukkaaseen ja vastuulliseen lääkehoitoon. Alkuun listan käyttö voi tuntua vieraalta ja sen toimivuus käytännössä edellyttääkin henkilökunnan sitoutumista listan käyttöön.

Nykypäivän palvelutaloissa työtehtävät ovat moninaisia ja aika on rajallista, on tärkeää, että henkilökunnalle annetaan mahdollisuus kehittyä ja kehittää omaa työtään, jokaisella tulisi olla sama päämäärä eli asukkaan hyvä ja turvallinen hoito sekä työyhteisön toimivuus ja hyvinvointi. Hyvällä johtamisella on tähän suuri merkitys, jolla voidaan tukea henkilökuntaa kehittymään ja kehittämään omaa työtään, mikä vaikuttaa kaikkien hyvinvointiin ja hyvän työyhteisön saavuttamiseen.

Tällä opinnäytetyöllä haluamme kannustaa henkilökuntaa kehittämään ja pohtimaan toimivia ratkaisuja omaan työhön ja sen toimivuuteen. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää myös kuinka lääkkeenjako ja sen turvallisuuteen voisi vaikuttaa toimintaympäristöä kehittämällä ja organisoidulla palveluasumisen yksiköissä.

LÄHTEET

- Ahonen, J. (2011). *Iäkkäiden lääkehoito. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset*. Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 66. Haettu 14.12.2016 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf
- Aromaa, A. & Koskinen, S. (2002). *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset*. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Becker, E., Hahtela, N. & Ranta, I. (2015). *Kollegiaalisuus hoitotyössä*. Helsinki: Fioca Oy.
- Diabetes (2016). *Käypä hoito –suositus*. Julkaistu 22.3.2016. Haettu 22.3.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50056#s26/>
- Diabetesliitto (2016). *Pistospaikat*. Haettu 22.3.2017 osoitteesta https://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/insuliinihoito/pistospaikat
- Fimea (n.d.). *Lääke75+*. Haettu 13.2.2017 osoitteesta http://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-
- Haataja, H. (2012). *Diabetes*. Teoksessa Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. *Lääketietoa ammattilaisille*. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. (toim.) (2016). *Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoidon suunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Kivelä, S-L. (2004). *Vanhusten lääkehoito*. Helsinki: Tammi.
- Kivelä, S-L. & Riihinen, I. (2007). *Iäkkäiden lääkehoito*. Haettu 20.1.2017 osoitteesta <http://docplayer.fi/95507-lakkaiden-laakehoito-sirkka-liisa-kivela-ja-ismo-raiha.html>
- Koivukoski, S. & Palomäki U. (2009). *Hoitotyön tiimikirja*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Koskinen, T. & Turunen, P. (2012). *Läkehoidon hyvä hygienia*. Teoksessa Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. *Lääketietoa ammattilaisille*. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. Haettu 3.12.2016 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Haettu 12.12.2016 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=28.6.1994%2F559>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (2013). *Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen ohje. Lääkevalmisteen myyntipäällyksmerkinnät ja pakkausseloste*. Haettu 3.12.2016 osoitteesta http://www.finlex.fi/data/normit/41208-Ohje_1_2013_Laakevalmisteen_myyntipaallysmerkinnat_ja_pakkausseloste_FI.pdf
Läkelaki 31.1.2003/80. Haettu 12.12.2016 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

Lääketietokeskus (n.d.). *Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä*. Haettu 3.1.2017 osoitteesta <http://www.laaketietokeskus.fi/laaketieto/tietoa-laakkeista-ja-terveydesta/iakkaiden-laakehoidon-erityispiirteita>

Nurminen, M-L. (2010). *Lääkehoidon ABC*. Helsinki: WSOY.

Ojala, R. (2012) *Lääkehoito sairaalassa, terveyskeskuksessa ja muussa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä*. Teoksessa Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. *Lääketietoa ammattilaisille*. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pietilä, A-M. (2010). *Terveyden edistäminen: teorioista toimintaan*. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Puirava, A. (2012). *Lääkehoidon laadunvarmistus*. Teoksessa Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. *Lääketietoa ammattilaisille*. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. (2014). *Lääkehoidon käsikirja*. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saastamoinen, T., Hietanen, H., Juvonen, A. & Monto, R. (2010). *Hoitotyön toiminnot*. Helsinki: Kirjapaja

Sairaanhoitajaliitto (2014). *Sairaanhoitajien eettiset ohjeet*. Haettu 9.1.2017 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salimäki, J. & Peura, S. (2012). *Yhteistyöllä lääkehoidon haasteisiin*. Teoksessa Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. *Lääketietoa ammattilaisille*. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2014). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi*. Tulostettu 12.12.2016 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70280/URN_ISBN_978-952-00-3467-2.pdf?sequence=1

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. Haettu 3.12.2016 osoitteesta [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20ik%C3%A4%C3%A4ntyneen%20v%C3%A4est%C3%B6n%20toimintakyvyn](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search[type]=pika&search[pika]=laki%20ik%C3%A4%C3%A4ntyneen%20v%C3%A4est%C3%B6n%20toimintakyvyn)

Sulosaari, V., Hahtela, N. & Ranta, I. (toim). (2013). *Sairaanhoitaja & lääkehoito*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto (2015). *Lähihoitajan eettiset ohjeet*. Haettu 9.1.2017 osoitteesta https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/lahihoitajan_eettiset_ohjeet_148x148_12s.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2012). *Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti*. Haettu 20.1.2017 osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence

Tokola, E. (2010). *Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa*. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Ritmala-Castren, M. (2014). *STM opastaa: Lääkehoitoon turvallisuutta lääkehoitosuunnitelman avulla*. Haettu 2.1.2017 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/stm-opastaa-laakehoitoon-turvallisuutta-laakehoitosuunnitelman-avulla/>

Välimaa, K. (2010). *80 -vuotiaiden tamperelaisten käyttämä lääkitys ja lääkityksen yhteys koettuun terveyteen, kaatumisriskiin ja muistitoimintoihin*. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteen kandidaatti. Tampereen yliopisto. Haettu 14.12.2016 osoitteesta <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76654/gradu05125.pdf?sequence=1>

Kivelä, S-L. (2006). *Me, ikääntyminen ja lääkkeet*. 1.-2.painos. Porvoo: WSOY.

Liite 1

Asukkaan nimi	Lääke	aamu	klo 10	lounas	klo 13	klo 14	huomioitavaa
Kaarina, Piia, Sakari, Valma	Nitro	x					
Tapani	Exelon laastari	x					vaihdetaan päivittäin
Sakari	Parkkilääke	x klo 8:30				x	
Sakari	Duphalac 30 ml	x		Pegorion / smartlax			joka aamu
Helmi	Asacol	x					erillinen dosetti
Elina	Maltofer 40 gtt	ma,ke,pe,su					
Raimo.K		VS		VS			ohje korissa
Viivi	parkkilääke		x		x		
Saara	Sinemet						
Saara	Targiniq	x klo 8					

Thyroxinit erillisessä dosetissa Muista huumekortti!!

Asukkaan nimi	Päivällinen	iltapala	klo 21 lääkkeet	huomioitavaa
Valma	Novomix 10ky			
Raimo.K	VS			Katso ohje korista
Sakari	Pegorion			
Valma, Kaarina, Piia, Sakari		Nitrot pois		
Saara	Targiniq			dosetissa, HUOM!! muista antaja huumekortti
Saara			x	erillinen dosetti
Lempi	Targiniq			
Raimo.K			x	erillinen dosetti
Erkki			x	
Kaarina			x	erillinen dosetti
Valma	Insomin 1/2 tbl		x suuhun	toinen 1/2 yöpöydälle ottaa myöhemmin
Valma	melatoniini		x suuhun	

Lääkehoidon ohjauslista aamuvuorolle ja iltavuorolle (asiakkaiden nimet muutettu), Heidi Viitanen ja Sinikka Kulmala 2017