

Jenni Heikkinen ja Jenni Keränen

Turvallisen lääkehoidon aloittaminen hoitokodissa

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö

Syksy 2017



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiivistelmä

Tekijä(t): Heikkinen Jenni & Keränen Jenni

Työn nimi: Turvallisen lääkehoidon aloittaminen hoitokodissa

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja (AMK)

Asiasanat: turvallinen lääkehoito, hoitokoti, kirjallisuuskatsaus

Lääkehoito on yksi hoitotyön keskeisimpiä osa-alueita. Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, tarkoituksenmukainen ja taloudellinen lääkehoito takaa sen, että hoito on potilasturvallista sekä asiakkaan saamat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat laadukkaita. Lääkehoitoa toteutetaan monissa toimintaympäristöissä niin osasto- kuin avohoidossa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata turvallisen lääkehoidon toteutumista uuden lääkkeen aloituksessa hoitokodin asukkaalle. Tavoitteena oli, että erään Pohjois-Suomessa sijaitsevan hoitokodin hoitotyöntekijät voivat hyödyntää kirjallisuuskatsauksessa saatua tietoa turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa. Tutkimuskysymyksenä oli, millaista on potilasturvallinen lääkehoito tilanteessa, jossa potilaalle aloitetaan uusi lääkitys hoitokotiympäristössä.

Opinnäytetyömme menetelmänä käytimme kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Aineiston haku tehtiin Medic-, Melinda-, Theseus-, Ovid- sekä CINAHL-tietokannoista. Aineistoon valitsimme yhteensä 17 suomen- tai englanninkielistä artikkelia pääsääntöisesti sisäänottokriteereitä noudattaen. Kuvailun rakentamisessa käytimme aineistolähtöistä laadullista sisällönanalyysiä.

Tuloksista muodostui kolme pääluokkaa: hoito-organisaatio turvallisen lääkehoidon toteutuksessa tilanteessa, jossa asukkaalle aloitetaan uusi lääkitys, hoitotyöntekijän lääkehoidon osaaminen uuden lääkkeen aloituksessa ja henkilöstöresurssit turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen uuden lääkkeen aloituksessa. Hoito-organisaation mahdollistamaan turvallisen lääkehoidon toteutukseen kuuluvat työyksikön toimintatavat ja tilat, yhteistyö muiden toimijoiden kanssa, työntekijöiden osaamisen varmistaminen ja tiedonkulku. Hoitotyöntekijän osaamisen näkökulmasta on tärkeää huolehtia oikeanlaisesta tiedosta, taidosta ja asenteesta uuden lääkkeen aloituksessa. Myös henkilöstöresurssit vaikuttavat lääkehoidon turvallisuuteen niin riittävän henkilöstön määrän kuin selkeän työnjaon kannalta.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitokodissa uuden lääkkeen aloittamisessa lääkehoidon turvallisuutta lisäävät selkeät ohjeistukset ja yhtenäiset käytännöt lääkehoidon toteuttamisessa, hyvä tiedonkulku ja yhteistyö eri toimijoiden ja organisaatioiden välillä. Tärkeää on myös huomioida asukkaan oikeudet saada lääkehoidon ohjausta sekä osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Jatkotutkimusaiheena voisi olla systemaattisempi katsaus lääkitysmuutosten turvallisuudesta toteuttamisesta hoitokodissa tai muussa terveydenhuollon toimintaympäristössä. Uuden lääkkeen ja lääkitysmuutosten turvallista toteuttamista voisi kartoittaa myös eri tiedonhakatavoin muun muassa keräämällä tietoa haastattelemalla hoitohenkilöstöä erilaisissa hoito-organisaatioissa.

Abstract

Author(s): Heikkinen Jenni & Keränen Jenni

Title of the Publication: Starting Safe Medication in a Nursing Home

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: safe medication therapy, nursing home, literature review

Medication therapy is an essential part of nursing. It must be properly implemented, effective, safe, appropriate and economical so that nursing is safety and social- and health care services are high quality. Medication therapy is implemented in many different health care environments.

The purpose of this thesis was to describe how safe medication therapy was implemented when a new medication was started to a nursing home resident. The aim of this thesis was to produce information about safe medication therapy which the staff of a nursing home located in Northern Finland could use of when implementing safe medication therapy.

The research question was to study what kind of safe medication therapy was in a situation when a new medication was started to a nursing home resident. The method used in this thesis was descriptive literature review. The literature search was conducted using Medic-, Melinda-, The-
seus-, Ovid- and CINAHL- databases. The literature comprised of 17 Finnish and English articles, which were mainly chosen by using intake criteria. The literature was analysed using qualitative content analysis.

The results were divided into three main categories: role of care organisation in safe medication therapy when new medication is started to a nursing home resident, competence of staff in a starting a new medication and human resources allocated to implement safe medication therapy in starting a new medication. Safe implementation of medication therapy, facilitated by the care organisation, consists of practices and facilities in the nursing home, collaboration with other actors, verification of the competence of the staff, and information flow. The competence of the staff in starting a new medication includes appropriate knowledge, skills and attitude of each staff member. Human resources also influence medication safety; therefore, the number of staff has to be sufficient and responsibilities of each staff member have to be clear.

As a conclusion it can be stated that clear instructions, shared practises, good flow of information and collaboration between different actors and organisations promote the implementation of safe medication medication in a nursing home. In addition, it is important to consider the rights of nursing home residents to receive guidance on a new medication and to participate in decisions made on their care. A further study, originating from this thesis, could be a more systematical literature review on safe implementation of medication changes in a nursing home or other care organisations. Safe implementation of a new medication and changes in medications could also be studied using different ways to retrieve information, for example by interviewing staff in different care organisations in order to gather information.

Sisällys

1 JOHDANTO.....	5
2 POTILASTURVALLINEN LÄÄKEHOITO UUDEN LÄÄKKEEN ALOITUKSESSA	6
2.1 Lääkehoitoa ohjaavat lait ja oikeudet	7
2.2 Lääkehoitosuunnitelma	8
2.3 Potilaskohtainen lääkehoidon toteuttamissuunnitelma	9
2.4 Lääkehoidon toteuttaminen hoitokodissa	10
2.5 Uuden lääkkeen aloittaminen hoitokodin asukkaalle	12
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYYS	13
4 KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ	14
4.1 Tutkimuskysymyksen muodostaminen.....	15
4.2 Aineisto haku ja valinta.....	16
4.3 Kuvailun rakentaminen	20
5 TULOKSET	23
5.1 Hoito – organisaatio turvallisen lääkehoidon toteutuksessa tilanteessa, jossa asukkaalle aloitetaan uusi lääkitys	24
5.1.1 Hoitokodin toimintatavat	24
5.1.2 Hoitokodin tilat.....	25
5.1.3 Yhteistyö hoitokodin ulkopuolelle	26
5.1.4 Hoitohenkilökunnan osaamisen varmistaminen, lupakäytännöt ja lisäkoulutus.....	27
5.2 Henkilöstöressurit turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa uuden lääkkeen aloituksessa	28
5.2.1 Selkeä työnjako	28
5.2.2 Riittävät henkilöstöressurit.....	28
5.3 Hoitotyöntekijän lääkehoidon osaaminen uuden lääkkeen aloituksessa	29
5.3.1 Hoitajan tiedot	29
5.3.2 Hoitajan taidot	30

5.3.3 Hoitajan asenne	32
6 POHDINTA.....	33
6.1 Eettisyys	33
6.2 Luotettavuus.....	34
6.3 Tulosten tarkastelu	36
6.4 Ammatillinen kasvu	39
6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	39
7 LÄHTEET	42
LIITE 1. TIETOKANTAHAUT.....	47
LIITE 2. KIRJALLISUUSKATSAUKSEEN HYVÄKSYTYT ARTIKKELIT	49
LIITE 3. ESIMERKKI AINEISTON ANALYYSISTÄ.....	54
LIITE 4. TURVALLINEN LÄÄKEHOITO UUDEN LÄÄKKEEN ALOITUKSESSA – TIIVISTELMÄ HOITOKODILLE	56

1 JOHDANTO

Lääkehoito on yksi hoitotyön keskeisimpiä osa-alueita. Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, tarkoituksenmukainen ja taloudellinen lääkehoito takaa sen, että hoito on potilasturvallista sekä asiakkaan saamat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat laadukkaita. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 3.) Lääkehoidon toteuttaminen kuuluu olennaisena osana hoitotyöntekijöiden työhön, siksi hänellä tulisi olla taitoa toteuttaa kaikki lääkehoidon prosessiin kuuluvat vaiheet turvallisesti. Sulosaaren (2016, 56 - 57) mukaan sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen merkitys kasvaa tulevaisuudessa väestön ikääntyessä, sekä monilääkityksen, lääkehoidon vaativuuden ja monioireisten potilaiden määrän lisääntymisen myötä (Sulosaari 2016, 56 - 57).

Lääkehoitoa toteutetaan monissa toimintaympäristöissä niin osasto- kuin avohoidossa. Erilaiset asumispalveluyksiköt ja tehostetut asumispalvelut luokitellaan avohoitoon kuuluviksi. (Inkinen ym. 2016, 11.) Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Pohjois-Suomessa sijaitseva hoitokoti. Hoitokodissa asuu 13 vammaiskuntoutujaa, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ja ohjausta päivittäisissä toiminnoissa, sekä avustusta turvallisen lääkehoidonsa toteuttamisessa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, millaista on turvallinen lääkehoito uuden lääkkeen aloituksessa hoitotiympäristössä. Toimeksiantaja voi hyödyntää opinnäytetyöstä saatua tietoa turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa. Opinnäytetyömme tuottamaa tietoa voi käyttää apuna myös uusien hoitotyöntekijöiden perehdyttämisessä lääkehoitoon.

2 POTILASTURVALLINEN LÄÄKEHOITO UUDEN LÄÄKKEEN ALOITUKSESSA

Potilasturvallisuus voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: hoitoon, laitteisiin sekä lääkahoitoon liittyvään turvallisuuteen. Lääkehoidon turvallisuus sisältää lääkevalmistukseen liittyvän turvallisuuden eli lääketurvallisuuden, sekä lääkehoidon toteuttamiseen liittyvän turvallisuuden eli lääkitysturvallisuuden. (Inkinen ym. 2016, 16.)

Lääketurvallisuus on tuotteeseen liittyvää turvallisuutta. Se käsittää lääkkeen farmakologisten ominaisuuksien sekä vaikutusten tuntemisen, lääkkeen laadukkaan valmistusprosessin, lääkevalmisteen merkitsemisen ja lääkevalmistukseen liittyvän informaation. Lääkitysturvallisuus kattaa prosesseja lääkkeen määräämisestä aina potilaalle antamiseen ja vaikutusten seurantaan asti. Siihen sisältyy terveydenhuollon organisaatioiden ja niissä toimivien yksiköiden toiminnot ja periaatteet, jotka liittyvät lääkkeiden käytön toimintatapoihin. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 8.)

Turvallinen lääkehoito tarkoittaa oikein toteutettua, tehokasta, taloudellista ja tarkoituksenmukaista lääkehoitoa. Turvallisesta lääkehoidosta on olemassa yhtenäisen toteuttamisen periaatteet, jotka selkiyttävät vastuunjakoja lääkehoidon toteuttamisessa. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen edellyttää, että hoitotyöntekijä toimii moniammatillisesti ja hallitsee lääkehoitoprosessin eri vaiheet ja kokonaisuuden. (Inkinen ym. 2016, 3.) Lääkehoitoprosessiin kuuluvia vaiheita ovat lääkehoidon tarpeen arviointi, lääkkeen valinta, hankkiminen, toimittaminen, annostelu, antaminen, lääkeneuvonta, motivointi ja potilaan sitouttaminen hoitoon. Lääkehoitoprosessiin sisältyy lisäksi lääkehoidon seuranta, vaikuttavuuden arviointi sekä tiedonkulun varmistaminen potilaalle ja tämän hoitoon osallistuville tahoille. Potilaskohtainen lääkehoidon toteuttamissuunnitelma kuuluu lääkehoitoprosessiin. (Kiviluoto 2014, 18; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 42, 45.)

Kiviluodon (2014, 19) mukaan potilaan lääkehoito on onnistunut, kun lääkehoitoon osallistuvat toimijat tekevät yhteistyötä, tällöin kaikki lääkehoitoprosessin toiminnot pystytään huomioimaan. Toimintaympäristö vaikuttaa lääkehoitoprosessin kulkuun, mutta toimijoiden roolit ovat siitä huolimatta erotettavissa. Lääkehoitoprosessiin osallistuvia toimijoita ovat lääkkeen määrääjä, toimittaja, lääkehoidon toteuttaja ja vaikutuksen arvioija. Potilas itse voi lääkehoitoprosessissa olla aktiivinen toimija tai passiivinen kohde, mutta aina toiminnan keskiössä. (Kiviluoto 2014, 19.)

2.1 Lääkehoitoa ohjaavat lait ja oikeudet

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) velvoittaa terveydenhuollon toimintayksikköä laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Lääkehoitosuunnitelma on osa potilasturvallisuussuunnitelmaa. (L 30.12.2010/1326.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) velvoittaa hoitotyöntekijöitä lääkehoidon ohjaukseen. Siinä käsitellään lisäksi muun muassa potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeutta. Laki määrää, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (L 17.8.1992/785.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) velvoittaa, että lääkemääräykset tulee merkitä potilasasiakirjoihin niiden antamisajankohdan mukaisesti. Potilasasiakirjoihin tulee kirjata hyvän hoidon järjestämiseen, suunnitteluun ja toteutukseen tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. (A 298/2009.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (28.6.1994/559) velvoittaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus tai muu riittävä ammatillinen pätevyys sekä ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet (L 28.6.1994/559). Lääkehoidon perusosaamisen terveydenhuollon ammattihenkilöt saavat kouluttautuessaan alalle, osaaminen täydentyy työkokemuksen ja täydennyskoulutusten kautta. Kaikkien lääkehoitoon osallistuvien työtehtäviin kuuluu lääkitysturvallisuudesta huolehtiminen, vaaratapahtumien raportointi sekä lääkitysturvallisuuden edistäminen. Työnantajan on syytä säännöllisesti varmistaa lääkehoitoon osallistuvien lääkehoidon osaaminen, sen mukaisesti mitkä lääkehoidon tehtävät ovat kyseisessä työyksikössä olennaisimpia. (Inkinen ym. 2016, 25.)

Lääkärillä on kokonaisvastuu lääkehoidosta. Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, esimerkiksi lääkehoitoon koulutettu sairaanhoitaja, ottaa kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta työyksikössä. Jokainen lääkehoitoa toteuttava ammattihenkilö kantaa kuitenkin vastuun omasta toiminnastaan. Sairaanhoitajan koulutus antaa valmiudet lääkkeen tilaukseen ja käyttökuntoon saattamiseen, lääkkeen antamiseen luonnollista tietä sekä ruiskeena ihon alle tai lihakseen. Nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, esimerkiksi lähihoitaja, saa jakaa lääkkeet potilaskohtaisiksi annoksiksi sekä annostella lääk-

keen luonnollista tietä. Osaamisen varmistamisen ja lisäkoulutuksen jälkeen nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö saa antaa potilaalle injektion ihon alle ja lihakseen. Sekä laillistetun että nimikesuojatun terveydenhuollon ammattihenkilön tehtäviin kuuluu lääkityksen ja riskitietojen selvittäminen, lääkehoidon tarpeen tunnistaminen, toteutuksen suunnittelu, toteutus, seuranta, vaikuttavuuden arviointi, ohjaus ja dokumentointi. Näiden ammattihenkilöiden tehtäviin lääkehoidossa kuuluu myös tiedon välittäminen niin potilasta hoitaville ammattihenkilöille, potilaalle kuin omaisillekin. Jokaisen hoitotyöntekijän velvollisuuksiin kuuluu oman osaamisen säännöllinen ylläpito ja kehittäminen koulutusten avulla. (Inkinen ym. 2016, 25 - 31.)

2.2 Lääkehoitosuunnitelma

Terveydenhuollon työyksiköissä toteutettava lääkehoito perustuu lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelma toimii lääkehoitoon liittyvien vastuiden jakamisen työkaluna, sekä tuo turvallisen lääkehoidon toimintatavat lähemmäs käytännön hoitotyötä. Vastuu lääkehoitosuunnitelman laatimisen, seurannan ja toteuttamisen organisoinnissa on työyksikön johdolla. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä päivitti vuonna 2016 Turvallinen lääkehoito- oppaan, joka ohjaa lääkehoidon käytäntöjä Suomessa. (Inkinen ym. 2016, 3, 12, 30.)

Lääkehoitosuunnitelmasta ilmenee, millaista lääkehoitoa työyksikössä toteutetaan ja miten, millaiset lääkehoitoluvat työyksikössä lääkehoitoa toteuttava tarvitsee ja kuinka osaaminen varmistetaan. (Inkinen ym. 2016, 12 - 14). Suunnitelmaan on kirjattava turvalliseen lääkehoitoon perehdyttämisestä työyksikössä, lääkehuollon järjestämisestä, opiskelijasta lääkehoidon toteuttajana sekä ohjauksesta ja neuvonnasta. Työyksikön lääkehoitosuunnitelma perustuu yksikössä toteutettavan lääkehoidon riskeihin ja vaatimuksiin. Siinä ilmenee työyksikön lääkehoidon erityispiirteet sekä henkilöstön määrä työvuoroissa. Näiden seikkojen lisäksi lääkehoitosuunnitelmaan kirjataan lääkehoidon seuranta- ja palauttejärjestelmät sekä kuvataan se, kuinka lääkehoidon vaikuttavuutta arvioidaan. Lääkehoitosuunnitelman ajantasaisuus on tarpeen tarkastaa vuosittain. Myös toiminnan, olosuhteiden tai säädösten muuttuessa suunnitelma on päivitettävä ja henkilökuntaa tulee informoida suunnitelmaan tehdyistä muutoksista. (Matikainen 2016.)

Pohjois-Suomessa sijaitsevassa hoitokodissa on sekä työyksikkökohtainen että organisaatiokohtainen lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelmat on päivitetty vuoden 2017 keväällä. Organisaatiokohtainen lääkehoitosuunnitelma on hoitohenkilökunnan luettavissa organisaation tietojärjestelmästä. Työyksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma säilytetään toimistossa omassa kansiossaan. Jokainen hoitotyöntekijä on lukenut lääkehoitosuunnitelman ja lukukuittauksellaan varmistanut tutustuneensa siihen. Pohjois-Suomessa sijaitsevan hoitokodin lääkehoitosuunnitelmasta käy ilmi, millaista lääkehoitoa työyksikössä toteutetaan, millaista osaamista lääkehoitoa toteuttavalta hoitotyöntekijältä vaaditaan ja kuinka osaaminen varmistetaan. Lääkehoitosuunnitelmasta ilmenee myös työyksikön lääkehoidon riskitekijät, lääkkeiden käsittelyyn liittyvät asiat sekä lääkehoidon vaaratapahtumissa toimiminen.

2.3 Potilaskohtainen lääkehoidon toteuttamissuunnitelma

Potilaskohtainen lääkehoidon toteuttamissuunnitelma on osa potilaan terveys- ja hoitosuunnitelmaa ja se tehdään yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaskohtaisesta lääkehoidon toteuttamissuunnitelmasta käy ilmi henkilötietojen lisäksi kaikkien käytössä olevien lääkkeiden nimi ja vahvuus, lääkemuoto, antoreitti, annostusohje, lääkityksen kesto, käyttötarkoitus ja lääkkeen määrääjän nimi sekä yksilöintitunnus. Pitkäaikaista lääkehoitoa toteutettaessa lääkehoidon toteuttamissuunnitelmaan kirjataan myös, kuka lääkehoidon vaikutuksia seuraa ja miten, sekä mihin otetaan yhteyttä, jos ongelmia ilmenee. Potilaskohtainen lääkehoidon toteuttamissuunnitelma voi yksinkertaisimmillaan olla ajantasainen lääkityslista tai lääkemääräys. (Inkinen ym. 2016, 14 - 15.)

Lääkityslistan ajantasaisuus tarkastetaan aina, kun potilas saapuu uuteen terveydenhuollon toimintayksikköön, hänen hoitopaikkansa vaihtuu tai tarpeen mukaan. Jos havaitaan ristiriitoja potilaan tai hänen omaistensa kertoman ja lääkemääräysten tai potilastietojärjestelmien välillä, tiedot on päivitettävä ajan tasalle. Jos lääkehoidon oikeellisuuden tarkastuksen yhteydessä ilmenee tarvetta lääkehoidon kokonaisarvioinnille tai tarkistukselle, huolehditaan siitä, että tieto tarpeesta kulkee eteenpäin ja asia tulee hoidetuksi. (Inkinen ym. 2016, 51.)

2.4 Lääkehoidon toteuttaminen hoitokodissa

Hoitokodissa lääkehoitoa toteuttavan hoitotyöntekijän on ymmärrettävä lääkehoidon koko kaari: arvioida asukkaan vointia ennen lääkkeen antoa, ymmärtää miksi ja miten lääkettä annetaan, sekä seurata lääkkeen vaikutusta asukkaan vointiin. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen edellyttääkin niin juridis-eettisen, farmakologisen, fysiologisen kuin lääkelaskennallisenkin tiedon hallintaa. (Ritmala-Castrén 2006.)

Lääkkeiden jako potilaskohtaisiin annoksiin tapahtuu ajantasaisen lääkelistan mukaisesti. Ennen lääkkeenjakoja tarkastetaan annostusohjeen oikeellisuus ja mahdolliset muutokset asukkaan lääkehoidossa. Säännöllisesti otettavan lääkityksen lisäksi tarkastetaan, onko asukkaalla käytössään kuuriluontoisia lääkkeitä. Lääkkeenjaossa huomioidaan lääkkeen nimi, vaikuttava aine, lääkemuoto, vahvuus, antokerrat, ottoajankohdat sekä lääkehoidon mahdolliset päällekkäisyydet. Lääkkeet jaetaan lääkelusikalla tai pinseteillä, jolloin välteetään lääkkeiden kostuminen ja kontaminoituminen. Lääkkeet voidaan annostella lääkela-seihin, mittalasiin, ruiskuun tai dosettiin. Lääkkeitä, jotka eivät säily pakkauksesta pois otettuina, tarvittavia lääkkeitä ja huumausaineita sisältäviä lääkkeitä ei jaeta valmiiksi. Kaikissa ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa tarjoavissa työyksiköissä suositellaan lääkkeiden kaksoistarkastusta. (Inkinen ym. 2016, 44.)

Pohjois-Suomessa sijaitsevassa hoitokodissa jokaisella asukkaalla on kolme henkilökohtaista dosettia. Jokaisen asukkaan henkilökohtaiset lääkkeet säilytetään lukitussa lääkekaapissa, omissa nimetyissä koreissaan. Asukkaiden lääkkeet jakaa lääkkeenjakovuorossa oleva hoitotyöntekijä kahdeksi viikoksi kerrallaan ajantasaisen lääkelistan mukaisesti. Pääasiassa keskushermostoon vaikuttavista lääkkeistä pidetään kulunvalvontaa. Jokaisen lääkkeenjaon yhteydessä hoitotyöntekijä merkitsee jakamansa pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet erilliseen kansioon. Lääkkeidenjaon yhteydessä tarkastetaan lääkkeiden riittävyys seuraavalle lääkkeidenjakokerralle. Loppumassa olevat lääkkeet tilataan apteekista sähköistä lomaketta käyttäen. Lääkkeet jakanut hoitotyöntekijä merkitsee lääkkeidenjaon potilastietojärjestelmään. Viikon lopussa toinen hoitotyöntekijä tarkistaa tulevan viikon dosetin, merkitsee tarkastuksen potilastietojärjestelmään ja tekee tarvittaessa potilasturvallisuusilmoituksen (HaiPro) virheellisestä lääkkeenjaosta.

Asukkaiden tarkastetut, käytössä olevat dosetit säilytetään ruokasalissa olevassa lukitussa kaapissa, josta lääkevastuussa oleva hoitotyöntekijä jakaa ne asukkaille pääasiassa ruokailuiden yhteydessä. Lääkkeiden antamisen yhteydessä tarkastetaan vielä, että asukas, dosetti, lääkkeenantoajankohta ja lääkkeet ovat oikeat. Käytössä olevien dosettien kanssa samassa kaapissa on asukkaiden ajantasaiset lääkelistat, joista tietojen oikeellisuuden voi tarkastaa.

Lääkehoidon vaikutusten arviointi tapahtuu asukkaan tilaa seuraamalla, arvoja (esimerkiksi verenpaine, paino) mittaamalla, asukkaan kokemuksia kysymällä ja lääkkeen kuluusta seuraamalla. Kaikkien hoitotyöntekijöiden on tärkeää osata tunnistaa ongelmatilanteet lääkehoidossa ja raportoida havainnoistaan eteenpäin. (Inkinen ym. 2016, 46 - 47.)

Lääkehoidon toteuttaminen dokumentoidaan asianmukaisesti kirjaamalla potilastietoihin. Dokumentaatiojärjestelmän tarkoituksena on yhdenmukaistaa toimintoja ja varmistaa toimenpiteiden jäljitettävyyttä. Kirjauksista on käytävä ilmi, kuinka lääkehoito on toteutettu ja onko sen vaiheissa ilmennyt jotain erityistä. Työyksikön kirjaamiskäytäntöjen on hyvä olla mahdollisimman yhdenmukaiset, näin haittatapahtumien syntyminen pyritään estämään. (Inkinen ym. 2016, 47.)

Lääkehoidon toteutukseen kuuluu lääketiedon antaminen asukkaalle. Lääketieto tarkoittaa tietoa lääkehoidosta ja lääkkeistä, jotka ovat terveydenhuollon ammattilaisten ja kulluttajien saatavilla eri tietolähteistä kasvotusten, kirjallisesti tai sähköisten palveluiden kautta. Lääketietoa tuottavat viranomaiset, terveydenhuollon ammattilaiset, potilasjärjestöt, sekä lääketieteellisyys. Tärkeimmät lääketietokannat ammattilaisille ovat Terveysporttietokanta ja sen erityistietokannat (esimerkiksi interaktiotietokanta), sekä Käypä Hoitosuosituksen. (Lääkeinformaatio lääkehoidon tukena 2014, 1; Lääkepolitiikka 2020, 24 - 25.)

Työyksiköt noudattavat lääkkeiden hankinnassa ja tilaamisessa lääkehoitosuunnitelmassa kirjattuja tilauskäytäntöjä ja vastuita. Kaikissa lääkehoidon vaiheissa on varmistuttava siitä, etteivät lääkkeet joudu asiattomien käsittelyksi, lääkkeet kuljetetaan asianmukaisesti ja tietosuoja toteutuu. Lääkkeet tulee työyksiköissä säilyttää lukittavissa, riittävän suurissa ja tarkoituksenmukaisissa tiloissa, erillään muista tuotteista ja välineistä. Jokaisen asukkaan henkilökohtaiset lääkkeet tulee merkitä selkeästi ja säilyttää erillään muista

lääkkeistä. Työyksiköissä on huomioitava, että lääkkeet ovat asukkaan henkilökohtaista omaisuutta, eikä niitä saa luovuttaa toisille asukkaille. (Inkinen ym. 2016, 41 - 42.)

2.5 Uuden lääkkeen aloittaminen hoitokodin asukkaalle

Lääkehoitoon liittyvien tarpeiden määrittäminen edellyttää hoitotyöntekijältä, että he tunnistavat asukkaan lääkehoitoon liittyviä tarpeita. Tämän lisäksi hoitotyöntekijöiden on osattava hankkia lääkehoidon kannalta oleellista tietoa asukkaan voinnista ja kyettävä tarpeen mukaan välittämään nämä tiedot lääkärille sekä muulle lääkehoitoon osallistuvalla. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 284.)

Kun lääkäri on arvioinut lääkehoidon tarpeen, määrätään asukkaalle uusi lääkehoito tai tehdään jo käytössä olevaan lääkitykseen tarvittavat muutokset. Lääkäri antaa lääkemääräyksen, kirjaa lääkityksen potilastietoihin ja varmistaa, että hoitotyöntekijä on ymmärtänyt määräyksen oikein. Lääkehoidon määrääjä huomioi lääkehoidon toteutettavuuteen liittyvät tekijät, kuten hoitotyöntekijöiden osaamisen sekä lääkkeen saatavuuden. (Inkinen ym. 2016, 34, 40.)

Hoitotyöntekijöiden on annettava asukkaalle tietoa uudesta lääkkeestä. Kaikilla asukkaan lääkehoitoprosessiin osallistuvilla on oltava myös yhdenmukainen tieto siitä, mihin tarkoitukseen asukas lääkettä käyttää, mitä lääkettä hän käyttää ja millä annostuksella. (Inkinen ym. 2016, 58 - 59.)

Hoitotietoihin tulee tehdä merkintä asukkaan lääkehoidosta sekä hänen saamastaan lääkehoidon ohjauksesta riittävän tarkasti. Lääkehoidon toteuttamiseen liittyvien seikkojen lisäksi on tärkeää kirjata, onko lääkehoidon aikana ilmennyt jotain erityistä (A 298/2009; Inkinen ym. 2016, 47.)

Pohjois-Suomessa sijaitsevassa hoitokodissa asukkaan lääkemääräyksen vastaanottanut hoitotyöntekijä kirjaa uuden lääkkeen käytössä olevaan potilastietojärjestelmään. Hän huolehtii, että ajantasaiset lääkelistat löytyvät potilastietojärjestelmän lisäksi lääkkeenjakokansiosta sekä kansiosta, joka on samassa lääkekaapissa käytössä olevien dosettien kanssa. Lääkemääräyksen vastaanottanut hoitotyöntekijä huolehtii, että lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta on ohjelmoitu sopivan ajan kuluttua lääkityksen aloittamisesta.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata turvallisen lääkehoidon toteutumista uuden lääkkeen aloituksessa hoitokodin asukkaalle.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että hoitotyöntekijät voivat hyödyntää kirjallisuuskatsauksessa saatua tietoa turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa Pohjois-Suomessa sijaitsevassa hoitokodissa.

Tutkimuskysymys: Millaista on potilasturvallinen lääkehoito tilanteessa, jossa potilaalle aloitetaan uusi lääkitys hoitokotiympäristössä?

4 KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

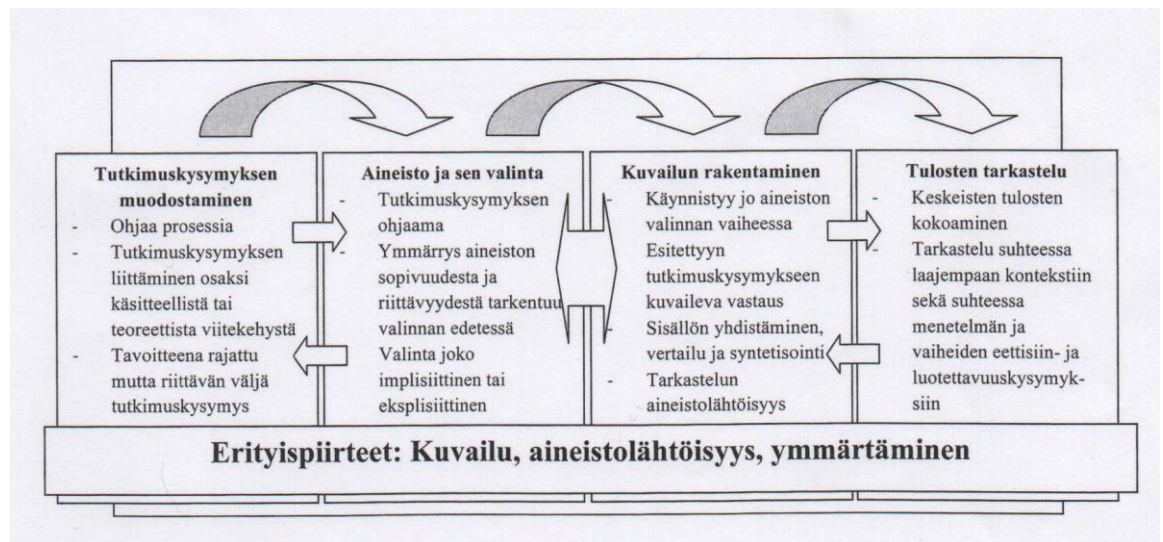
Kirjallisuuskatsaus on tieteelliseen toimintaan perustuva, prosessimainen tutkimusmenetelmä, joka kohdistuu tarkasteltavan aiheen aiempiin tutkimuksiin. Sen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva aiheesta tai asiakokonaisuudesta tai etsiä eri tutkimusten eroavaisuuksia ja ilmiöiden ongelmia. Kirjallisuuskatsaus tulee olla toistettavissa ja sen pohjana on aihealueen perusteellinen tuntemus. Terveystieteissä kirjallisuuskatsaukset ovat yksi keino näyttöön perustuvan toiminnan lisäämiseksi. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7.)

Kirjallisuuskatsauksia on useita erilaisia tyyppejä riippuen niiden käyttötarkoituksesta. Pääsääntöisesti kirjallisuuskatsaukset voidaan kuitenkin jakaa kolmeen tyyppiin, joita ovat kuvaileva katsaus, systemaattinen katsaus ja meta-analyysi. (Salminen 2011, 6; Suhonen ym. 2016, 8.) Opinnäytetyömme menetelmäksi valitsimme kuvailevan kirjallisuuskatsauksen, sillä se on käyttökelpoinen esimerkiksi käsitteellisiä ilmiöitä käsittelevissä tutkimuksissa, joissa keskeisenä ei ole näytön aste tai yleisyys. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä, tutkimuskysymykseen perustuvaa ja ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvausta, jossa tuloksena laadullinen vastaus. Tavoitteena voi olla esimerkiksi tiedon tuottaminen käytännön työhön. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291 - 295.)

Salminen (2011, 6 - 7) mukaan kuvaileva kirjallisuus katsaus on ikään kuin yleiskatsaus, jonka voi jakaa vielä kahteen eri tyyppiin, narratiiviseen ja integroivaan. Integroiva kirjallisuuskatsaus muistuttaa systemaattista katsausta. Narratiivinen katsaus on puolestaan tutkimusmenetelmällisesti kevyin ja sitä käytetään, kun halutaan saada laaja yleiskuva aihealueesta, aiheen historiasta tai kehityksestä. Opinnäytetyömme kirjallisuuskatsaus on tämän määritelmän mukaan narratiivinen, sillä narratiivisessa katsauksessa tiivistetään aiempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia ja kuvailevan synteessin avulla saadaan johdonmukainen ja ajantasainen tutkimustieto. (Salminen 2011, 6 - 7.)

Kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat pääosin samat riippumatta katsaustyyppistä. Vaiheita ovat kirjallisuuden haku, arviointi, aineiston perusteella tehty synteesi ja analyysi. (Suhonen ym. 2016, 8.) Kangasniemi ym. (2013, 294) kuvaavat kirjallisuuskatsauksen nelivai-

heiseksi prosessiksi, joita ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle on tyypillistä, että vaiheet voivat edetä osittain päällekkäisesti kuten kuvassa 1 (Kangasniemi ym. 2013, 294).



Kuva 1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet (Kangasniemi ym. 2013, 294).

4.1 Tutkimuskysymyksen muodostaminen

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on tutkimuskysymyksen muodostaminen. Tutkimuskysymys määrittää alustavan kirjallisuuskatsauksen avulla ja liittää käsitteellisen tai teoreettisen viitekehysten osaksi. Se ohjaa koko tutkimusprosessia, ja riittävän täsmällisenä ja rajattuna se mahdollistaa ilmiön syvällisen käsittelyn. Toisaalta sopivan väljän tutkimuskysymyksen avulla ilmiötä voi tarkastella eri näkökulmista. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Hyvään tutkimuskysymykseen on oltava mahdollista vastata kirjallisuuden perusteella. Liian laajan kysymyksen vuoksi aineistoa voi tulla liikaa, eikä sitä ole mahdollista käsitellä. Liian rajallinen kysymys ei tuota aineistoa tarpeeksi tai ollenkaan. Kysymystä muodostet-

taessa on hyvä miettiä, minkälaista tietoa kysymykseen vastaamalla saadaan. Tutkimuskysymyksen laajuuden määrää osaltaan myös tutkijan käytössä olevat resurssit. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24.)

Opinnäytetyömme alustava tutkimuskysymys saatiin toimeksiantajalta ja tutkimussuunnitelmavaiheessa se muokkautui lopulliseen muotoonsa. Tutkimuskysymyksessä näkyy opinnäytetyömme lähtökohta eli turvallinen lääkehoito. Tämä antaa tiedonhakuun väljyyttä, sillä uuden lääkkeen aloitukseen liittyvät käytänteet on taas liian rajattu kysymys, jolla aineistoa ei löydy tarpeeksi. Mielestämme on tärkeää, että kontekstina oleva hoitokotiympäristö mainitaan myös tutkimuskysymyksessä. Tämä myös sopivasti rajaa kysymystä. Käyttämämme tutkimuskysymys antaa liikkumatilaa etsiä tietoa turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta hoitokodissa ja poimia saadusta aineistosta uuden lääkkeen aloittamista koskevat tiedot.

4.2 Aineisto haku ja valinta

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toinen vaihe käsittelee aineistoa ja sen valitsemista. Kuvailevan kirjallisuuskatsaukseen aineistolähtöisyys tarkoittaa sitä, että aineistoa valitessa pohditaan minkälaisen vastauksen kukin alkuperäistutkimus antaa suhteessa tutkimuskysymykseen. Näin ollen aineiston valinta ja analyysi tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Aineiston riittävyys perustuu tutkimuskysymyksen laajuuteen. Yleisesti käytetään tieteellisiä tietokantoja, mutta kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen voidaan ottaa mukaan myös muita kuin tieteellisiä artikkeleita, jos se on tutkimuskysymykseen nähden perusteltua. (Kangasniemi ym. 2013, 295 - 296.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinnan prosessi voi olla implisiittinen tai eksplisiittinen. Implisiittisessä valinnassa ei raportoida aineiston hankintaan käytettyjä tietokantoja tai sisäänotto- ja arviointikriteereitä, vaan lähteiden valinta ja lähdekritiikki sisällytetään aineiston käsittelyyn ja kuvaukseen. Eksplisiittisessä valinnassa haku tehdään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoin, mutta asetetuista rajauksista tai hakusanoista voi kesken prosessin poiketa, jos se on tarpeellista tutkimuskysymyksen kannalta. Aineisto valitaan ensisijaisesti sisällön perusteella. (Kangasniemi ym. 2013, 295 - 296.)

Opinnäytetyössämme käytämme aineiston eksplisiittistä valintaa, sillä vielä aloittelevina tutkijoina koemme ennalta määrättyjen hakusanojen ja rajauksien ohjaavan kirjallisuuskatsauksen tekemistä paremmin kuin implisiittisessä valinnassa ja lisäävän opinnäytetyömme luotettavuutta kuvaamalla koko aineistonhaun prosessin tietokantoja ja käytettyjä hakusanoja myöten.

Tietokantahakuja varten mietitään sopivat hakusanat tai hakulausekkeet, joissa apuna voi käyttää tutkimuksen keskeisiä käsitteitä. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25 - 26). Ennen varsinaista kirjallisuushakua voi tehdä hakujen testailua, jotka osaltaan ohjaavat oikeiden hakusanojen käyttöön. Hyvä on myös pohtia, minkälaista tietoa haluaa löytää. Tutkimuskysymys ei yleensä suoraan käy hakulausekkeeksi. (Lehtiö & Johansson 2016, 36.) Kirjallisuushaun suunnitteluvaiheessa muodostetaan myös tutkimusten mukaanotto- ja poissulokriteerit, joiden avulla kirjallisuuskatsaus pysyy paremmin tarkoitettussa aiheessa ja tutkimusten valinta helpottuu. Kriteerien avulla tutkimuksia voidaan valita ensin otsikkotasolla, sitten abstraktitasolla ja viimeiseksi kokotekstejä tarkastellen. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26 - 27.)

Tietoa kannattaa hakea useista hoitotieteellisistä tietokannoista ja haut on hyvä tallentaa muistiin niin, että niihin voi tarvittaessa palata. Tarvittaessa apua voi kysyä kirjaston informaattikolta. Kirjallisuushaku ja aineiston käsittely ovat kirjallisuuskatsauksen eniten aikaa vieviä vaiheita. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26 - 27.)

Opinnäytetyössämme tiedonhaku toteutettiin systemaattisesti Medic-, Melinda-, Theseus-, Ovid- sekä Ebsco-portaalin CIHAHL-tietokannoista. Tiedonhaussa hyödynnettiin Kajaa-nin ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikon asiantuntemusta, häneltä saimme vinkkejä tietokantojen ja asiasanojen käytössä. Tiedonhakua teimme tutkimuskysymyksestä johdetuilla suomen- ja englanninkielisillä hakusanoilla. Hakusanojen yhdistelyt ja katkaisut teimme tietokantojen ohjeiden mukaisesti.

Medic-tietokannasta teimme tiedonhakua hakusanoilla lääkitysturvallisuus, turvallinen lääkehoito AND hoitoko* sekä asumis* AND lääkehoi*. Kirjallisuuskatsaukseen valitsimme Medic-tietokannasta kaksi lehtiartikkelia, toinen Sic! -lehestä ja toinen Suomen lääkäri-lehdestä. Ne eivät olleet varsinaisiin tutkimuksiin perustuvia tieteellisiä artikkeleita, vaan asiantuntijoiden antamia näkökulmia, jotka mielestämme ovat tutkimuskysymykseen

nähdessä perusteltuja ja voidaan näin ollen ottaa mukaan kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen.

Melinda-tietokanta tuotti hakutuloksia esimerkiksi hakusanoilla lääkitysturvallisuus, ”turvallinen lääkehoito”, hoitoko? AND lääkehoi? sekä lääkehoidon toteuttaminen. Osa saamistamme hakutuloksista oli oppikirjoja, niitä ei otsikon perusteella hyväksytty jatkoon tarkempaa tutkimista varten. Lääkityksen aloittamiseen liittyviä tutkimusartikkeleita yritimme hakea lyhennetyillä hakusanoilla lääk* ja aloit*, mutta näillä hauilla saimme vain tiettyyn lääkevalmisteseen tai sairausryhmään liittyviä tuloksia, joiden emme katsoneet vastaavan tutkimuskysymykseen.

Theseuksesta teimme tiedonhakuja fraaseilla lääkitysturvallisuus AND hoitoko* ja lääkitysturvallisuus AND asumis*, jolloin saimme tuloksiksi hoitokotien tai asumispalveluiden lääkehoitoa koskevia opinnäytetöitä. Näiden kahden haun tuloksissa on osittain samoja opinnäytetöitä. Tiedonhakuja tehdessämme jätimme otsikko- tai abstraktivaiheessa pois opinnäytetyöt, joissa tehtiin tai päivitettiin terveydenhoidon työyksikön lääkehoitosuunnitelma. Muutaman tällaisen opinnäytetyön luettuamme totesimme, että niitä ohjaa sama opas lääkehoitosuunnitelman laatimisesta, jota olemme itsekin tässä opinnäytetyössä käyttäneet, eivätkä anna uusia näkökulmia kirjallisuuskatsaukseen.

Ulkomaisista tietokannoista kuten EBSCO- portaaliin kuuluvasta CINAHL:ista ja OVID:ista teimme tiedonhakuja hakusanoilla medication safety AND nursing home sekä medication management AND nursing home. Haku rajattiin siten, että tuloksena näkyivät vain tutkimusartikkelit, joista kokoteksti on saatavilla. Tuloksia saimme mielestämme niukasti, joten lisää hakutuloksia saimme muokkaamalla käytettyjä hakusanoja. Hakusanoilla medication AND nursing home saimme enemmän tuloksia, joskin osa hakutuloksista oli päällekkäisiä ensimmäisen haun kanssa. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkeleiden halusimme olevan mahdollisimman ajantasaista, joten valintakriteerinä tutkimusartikkeleille oli, että se on julkaistu vuonna 2007 tai sen jälkeen.

Haku toteutettiin lopullisessa muodossa kesäkuun 2017 aikana, jolloin vuodelta 2017 mukaan tulivat siihen mennessä julkaistut artikkelit. Kirjallisuuskatsaukseen lopullisesti valitut artikkelit on julkaistu pääasiassa vuonna 2007 - 2017. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu taulukossa 1. Artikkelit, jotka eivät täyttäneet sisäänottokriteerejä suljettiin pois aineiston valintaprosessin yhteydessä.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Suomen tai englannin kieli	Muu kieli
Koko teksti saatavilla (netistä /tilattuna)	Ei koko tekstiä saatavilla
Koskee tai voidaan liittää lääkehoidon aloitukseen	Koskee muuta lääkehoitoa
Koskee yksikön lääkehoidon toimintatapoja ja -periaatteita (lääkitysturvallisuutta)	Koskee yksittäisen lääkkeen turvallisuutta (lääketurvallisuutta)
Voidaan liittää hoitokotiympäristössä tapahtuvaan lääkehoitoon	Koskee muualla annettavaa lääkehoitoa (esim. sairaalat, iv-lääkkeet)
Julkaistu vuonna 2007 - 2017	Julkaistu ennen vuotta 2007
Julkaistu luotettavassa tietolähteessä	Tietolähde ei luotettava

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto ja poissulkukriteerit

Tekemämme tietokantahaut ovat liitteessä 1. Taulukossa on nähtävillä käytetty tietokanta, hakusana(t) ja haun tuottamat tulokset. Tietokantahaussa löydetyt artikkelit kävimme läpi otsikon sekä tiivistelmän avulla ja niiden pohjalta valitsimme tarkempaan tarkasteluun sisäänottokriteerit täyttävät artikkelit. Taulukkoon on eritelty otsikon perusteella valitut artikkelit, tiivistelmän pohjalta valitut ja kokotekstin perusteella kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit. Kokotekstien läpikäynnin pohjalta lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 17 artikkelia. Mielestämme aineisto oli tässä vaiheessa riittävä ja tarpeeksi monipuolinen, jotta vastaus tutkimuskysymykseen voidaan saada.

Valituiksi tulleissa artikkeleissa ei lääkehoidon toteuttamisympäristöä ole kuvattu hoitokoti-termillä, muita käytettyjä termejä olivat esimerkiksi avohoidon toimintayksikkö, asuminen- ja laitospaikka, hoivakoti tai pitkäaikaishoito. Näiden katsoimme kuitenkin olevan sopivia kirjallisuuskatsauksemme ja rinnastettavissa hoitokotiympäristöön, sillä kaikissa on kyse paikasta, jossa asukas asuu ympärivuorokautisesti ja saa tarvitsemansa hoidon.

4.3 Kuvailun rakentaminen

Kolmantena vaiheena kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on tutkittavan ilmiön kuvailun rakentaminen. Siinä tutkimuskysymykseen vastataan laadullisena kuvauksena ja tehdään uusia johtopäätöksiä niin, että luodaan jäsentynyt kokonaisuus. Tämä voi sisältää sisäistä vertailua, vahvuuksien ja heikkouksien analysointia ja laajempien päätelmien tekemistä. Kuvailu rakennetaan usein laadullisen aineiston analyysimenetelmiä käyttäen siten, että ilmiöön vaikuttavat asiat ryhmitellään kokonaisuuksiksi ja niitä tarkastellaan esimerkiksi teemoittain, hierarkkisesti tai suhteessa käsitteisiin tai teoreettiseen lähtökohtaan. (Kangasniemi ym. 2013, 296 - 297.)

Aluksi analyysissä kuvataan tutkimusten keskeinen sisältö pääpiirteissään, joita ovat esimerkiksi kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet. Jotta aineistosta saa hyvän kokonaiskuvan, voi yhteenvedon tehdä taulukkomuotoon. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30 - 31.) Opinnäytetyömme kirjallisuuskatsaukseen valitut 17 artikkelia on esitetty taulukossa liitteessä 2. Otsikoimme taulukon tekijöiden sekä otsikon, tutkimuksen tarkoituksen, tutkimusmenetelmän ja otoksen sekä keskeisten tutkimustulosten tai johtopäätösten mukaisesti.

Tämän jälkeen aineiston analyysissä tutkija etsii aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, ryhmittelee ja vertailee niitä lukemalla aineistoa, tekemällä merkintöjä eli koodaamalla. Merkintöjen tulisi koskea tutkimuksen pääasiat, joita ovat usein tulokset ja johtopäätökset. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30 - 31.) Aineistolähtöisessä laadullisessa eli induktiivisessa sisällönanalyysissä voidaan erottaa kolme vaihetta, joita ovat aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisen käsitteen luominen eli abstrahointi. Aineiston pelkistäminen on informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin, jolloin aineistosta etsitään tutkimuskysymykseen vastaavat ilmaisut ja pelkistetään ne yksinkertaisimmiksi käsitteiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108 - 109.)

Opinnäytetyössämme teimme aineistolähtöisen laadullisen sisällönanalyysin sen eri vaiheiden mukaisesti. Luimme kaikki mukaan otetut 17 artikkelia ja poimimme sieltä tutkimuskysymykseemme vastaavat ilmaisut osittain jo aineiston valintavaiheessa. Poimitut alkuperäisilmaukset olivat joko artikkeleiden tuloksissa tai johtopäätöksissä. Lopullisen

aineiston valinnan jälkeen luimme valitut lehti- ja tutkimusartikkelit vielä uudelleen varmistaksemme, että olemme huomioineet niistä tutkimuskysymykseemme vastaavan informaation. Aineistosta nousi yhteensä 86 pelkistettyä ilmausta. Taulukossa 2 on nähtävillä esimerkki alkuperäisen ilmaisun pelkistämisestä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Turvallisen lääkehoidon toteutumiseen vaikuttaa hoitajan asenne ja motivaatio työtä kohtaan (Autio, Hyry & Skyttä 2016, 38).	Hoitajan asenne ja motivaatio	Hoitajan asenne	Hoitotyöntekijän lääkehoidon osaaminen uuden lääkkeen aloituksessa
Exact documentation of prescribed drugs is essential to prevent medication errors (Storli, Ingebrigtsen, Nakrem & Elstad 2017, 9).	Uusien lääkkeiden huolellinen dokumentointi	Hoitajan tiedot	

Taulukko 2. Alkuperäisen ilmaisun pelkistäminen

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineisto käydään läpi ja etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samankaltaiset käsitteet yhdistetään luokiksi ja nimetään sisältöä kuvaavalla tavalla. Aineiston abstrahoinnissa eli teoreettisen käsitteen luomisessa jatketaan yhdistelemällä luokituksia ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin niin kauan kuin se sisällön näkökulmasta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110 - 111.)

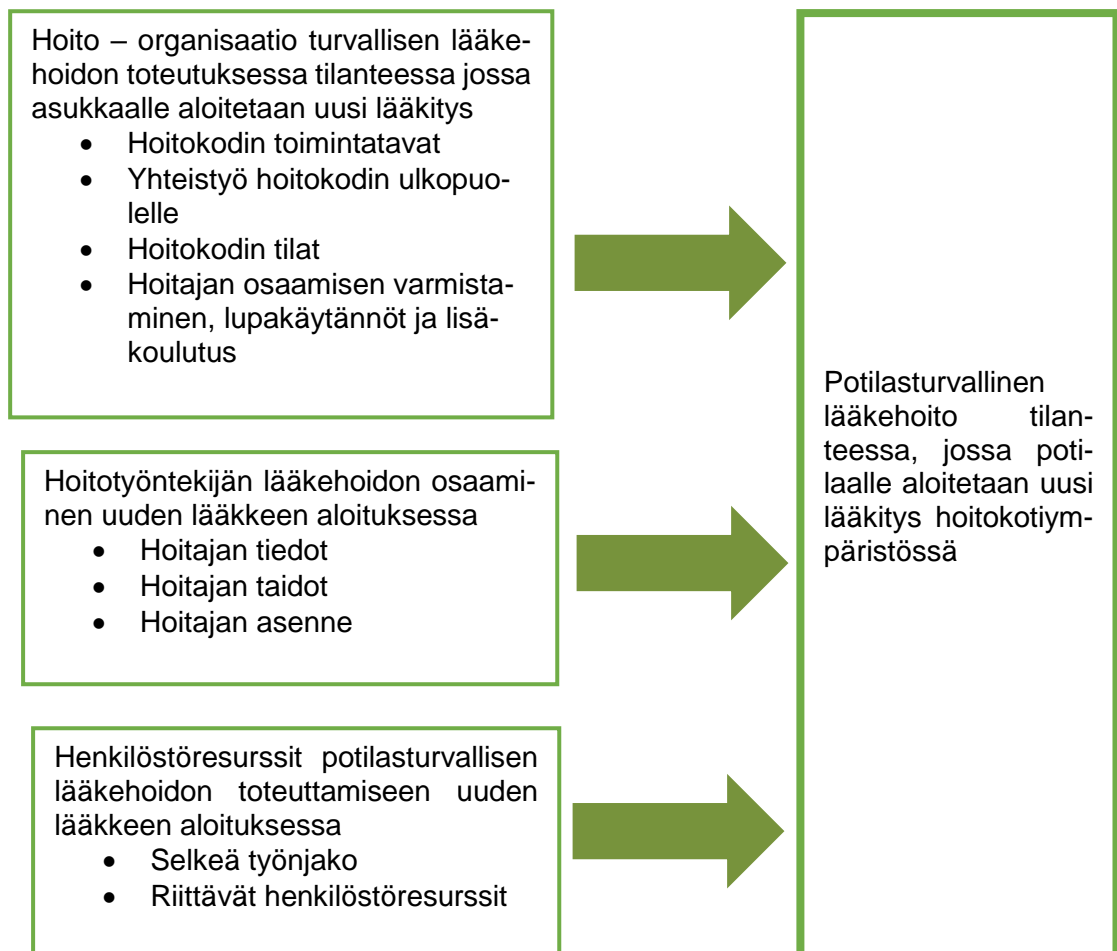
Opinnäytetyössämme ryhmittelimme 86 kappaletta pelkistettyjä ilmausta yhdistämällä samankaltaisia ilmauksia omiksi luokikseen. Yhdistimme pelkistetyt ilmaukset ala- ja yläluokkiin koodaamalla, liitteessä 3 olevan taulukon tavoin. Näitä alaluokkia muodostui kaiken kaikkiaan 9 kappaletta, yläluokkia kolme. Muodostamiemme yläluokkien mukaisesti vastaamme tutkimuskysymykseen siitä, millaista on potilasturvallinen lääkehoito tilanteessa, jossa potilaalle aloitetaan uusi lääkitys hoitokotiympäristössä.

Lopuksi tehdään synteesi eli analyysin avulla löytyneistä yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista muodostetaan looginen kokonaisuus. Synteesin on tarkoitus olla yksittäisiä tutkimustuloksia yleisempi näkökulma, jossa huomioidaan myös mahdolliset ristiriitaiset tulokset. Tehdyt päätökset on hyvä perustella ja synteesin havainnollistamiseksi voi esittää taulukoita tai kuvioita. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 31.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeisenä vaiheena on tulosten tarkasteleminen. Keskeiset tutkimustulokset kootaan ja niitä tarkastellaan suhteessa laajempaan kontekstiin. Tähän vaiheeseen kuuluvat myös tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi. (Kangasniemi ym. 2013, 207.)

5 TULOKSET

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen artikkeleiden perusteella selvitimme, millaista on turvallinen lääkehoito tilanteessa, jossa asukkaalle aloitetaan uusi lääkitys hoitokotiympäristössä. Tutkimuksessamme muodostui kolme pääluokkaa: hoito-organisaatio turvallisen lääkehoidon toteutuksessa tilanteessa, jossa asukkaalle aloitetaan uusi lääkitys, hoitotyöntekijän lääkehoidon osaaminen uuden lääkkeen aloituksessa ja henkilöstöressit potilasturvallisen lääkehoidon toteuttamiseen uuden lääkkeen aloituksessa. Tulosten tarkastelu jäsentyy kuvan 2 mukaisesti.



Kuva 2. Potilasturvallinen lääkehoito tilanteessa, jossa asukkaalle aloitetaan uusi lääkitys hoitokotiympäristössä

Hoito-organisaatio turvallisen lääkehoidon toteutuksessa tilanteessa, jossa asukkaalle aloitetaan uusi lääkitys pääluokka pitää sisällään neljä alaluokkaa: hoitokodin toimintatavat, yhteistyö hoitokodin ulkopuolelle, hoitohenkilökunnan osaamisen varmistaminen, lupakäytännöt, lisäkoulutus ja tiedonkulku, sekä hoitokodin tilat. Hoitotyöntekijän lääkehoidon osaaminen uuden lääkkeen aloituksessa yläluokka pitää sisällään kolme alaluokkaa: hoitajan tiedot, taidot ja asenne. Henkilöstöresurssit turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen uuden lääkkeen aloituksessa yläluokka pitää sisällään kaksi alaluokkaa: riittävät henkilöstöresurssit ja selkeä työnjako.

5.1 Hoito – organisaatio turvallisen lääkehoidon toteutuksessa tilanteessa, jossa asukkaalle aloitetaan uusi lääkitys

Tutkimusartikkeleidemme perusteella hoito – organisaatio voi vaikuttaa turvallisen lääkehoidon toteutumiseen joko turvallisuutta lisäävästi tai sitä vähentävästi (Ahola, Haikonen & Hakkarainen 2011, 25; Mustajoki, Kinnunen, Aaltonen & Hannula 2015; Vogelsmeier, Scott-Cawiezell & Zellmer 2007, 6). Hoitokodin toimintatapojen tulee olla strukturoituja, yhteistyö niin hoitokodin henkilökunnan, toimijoiden kuin organisaatioidenkin välillä tulee toimia ja tilojen tulee olla asianmukaiset.

5.1.1 Hoitokodin toimintatavat

Tutkimusten mukaan ajantasainen, työyksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma on potilasturvallisuutta lisäävä työkalu ja siihen kirjattujen toimenpiteiden tulee näkyä käytännön hoitotyössä. (Autio, Hyry & Skyttä 2016, 44; Nykänen 2009, 52.) Lääkehoitosuunnitelman tulee olla kaikkien lääkehoitoa toteuttavien hoitotyöntekijöiden saatavilla. Tavallista on, että lääkehoitosuunnitelma on paperiversion lisäksi sähköisessä muodossa. (Etelä-Suomen aluehallintovirasto 2010, 14; Nykänen 2009, 52.) Lohmanin (2015, 19) tutkimuksen mukaan kaikki hoitotyöntekijät eivät tiedä onko työyksiköllä lääkehoitosuunnitelmaa tai mistä sen löytää luettavaksi. (Lohman 2015, 19, 23.)

Tutkimusten mukaan toimintayksikön hyvin organisoitu, hallitusti toteutettu lääkehoito ja yhtenäiset toimintatavat lääkehoidon toteutuksessa voivat vähentää lääkityspoikkeamia ja tuovat samalla kustannussäästöjä (Gallagher Gordon 2014, 21; Nygård 2014, 40; Nykänen 2009, 52). NICE:n (The National Institute for Health and Care Excellence) (2014) suositusten mukaan hoitokodeissa lääkehoidon prosessien ja käytännön toteutustapojen tulee olla kirjattuina ja kaikkien hoitoon osallistuvien saatavilla. Suositusten mukaan kirjallisten, toimivien ohjeiden perusteella hoitotyöntekijä voi toteuttaa turvallista ja tehokasta lääkehoitoa. Uuden lääkkeen aloituksen yhteydessä hoitotyöntekijällä tulee olla tiedossa käytännön toimintatavat esimerkiksi lääkkeen määräämisestä: kuka lääkäri määrää lääkkeet asukkaalle, kuinka uuden lääkityksen anto - ohjeet kirjataan potilastietojärjestelmään ja kuinka uusi lääkitys asukkaalle tilataan. (NICE 2014.) Piironen (2009, 19 - 21, 32) havaitsi tutkimuksensa perusteella, että 70 % tutkimuksessa mukana olleista vanhainkodin osastoista oli selkeät lääkehoidon ohjeistukset (Piironen 2009, 19 - 21, 32). Lohmanin (2015, 27 - 28, 30) tutkimuksessa havaittiin, että osastoilla on erilaisia käytäntöjä toteuttaa lääkehoitoa. Käytännöt lääkehoidon toteutuksessa vaihtelivat myös saman osaston sisällä. Miltei kaikki haastateltavat kokivat vaihtelevien käytäntöjen olevan riski turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle. Haastateltavat kokivat käytäntöjen vaihtelun hämmentävän niin henkilökuntaa kuin asiakkaitakin. (Lohman 2015, 27 - 28, 30.)

Sosiaali- ja terveysalan työyksikön kulttuurin tulee kannustaa hoitotyöntekijää raportoi-
maan sekä lääkespoikkeamista että läheltä piti- tilanteista. Tutkimusten mukaan poikkeamaraporttien kautta opitaan lisää turvallisesta lääkehoidosta. Sairaanhoitajien ja muun hoitohenkilökunnan tulee ymmärtää virheistä oppimisen, muutosprosessin ja ennaltaehkäisyn tärkeys lääkehoidossa. (Autio ym. 2016, 21; Gallagher Gordon 2014, 21.)

5.1.2 Hoitokodin tilat

Rauhallisella ympäristöllä on vaikutus turvallisen lääkehoidon toteutumiseen (Autio ym. 2016, 37.) Hoitotyöntekijän tulee saada valmistella lääke käyttökuntoon keskeytyksettä ja rauhassa. (Storli ym. 2017, 3). Erillinen lääkehuone voi vähentää keskeytyksiä lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa (Gallagher Gordon 2014, 21).

5.1.3 Yhteistyö hoitokodin ulkopuolelle

Jotta lääkehoito on turvallista, tärkeää on tiedonkulku ja yhteistyö toimijoiden ja organisaatioiden välillä. Tilanteessa, jossa asukkaalle on aloitettu uusi lääkehoito tai lääkityksessä on tapahtunut muutoksia, tiedonsiirron tärkeys korostuu entisestään. (Vogelsmeier ym. 2007, 9.) Kilpisen (2012, 29, 34 - 35.) mukaan asukkaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen lääkehoitoa koskeva tieto siirtyy sellaisten työyksiköiden välillä hyvin, joissa käytössä on sama tietojärjestelmä. Yleisin menetelmä tiedonsiirrossa tutkimukseen osallistuneilla työyksiköllä olivat suullinen raportointi, tietojärjestelmät, puhelinkeskustelu ja paperimuodossa oleva lääkelista. Ongelmaksi tiedonsiirrossa työyksiköiden välillä koettiin epämääräiset, käsinkirjoitetut lääkelistat, joista on vaikea saada selvää. (Kilpinen 2012, 29, 34 - 35.)

Vogelsmeierin (2007, 10) tutkimuksen mukaan lääkkeen saatavuusongelmat liittyvät apteekin ongelmaan toimittaa uutta lääkettä hoitokodin asukkaalle pian sen määräämisen jälkeen. Uuden lääkkeen saaminen hoitokotiin saattoi kestää päiviä. Lääkkeen hankinnan haasteita voi tulla erityisesti apteekkien aukioloaikojen ulkopuolella, viikonloppuisin tai loma-aikoina. Eri hoitokodit raportoivat erilaisia toimintamenetelmiä uuden lääkkeen hankkimiseksi esimerkiksi viikonloppuisin tai loma-aikaan. (Vogelsmeier 2007, 10.)

Työyksiköiden välisen tiedonsiirron ja lääkkeiden saatavuuden lisäksi tärkeää on yhteistyö lääkehoidon toimijoiden välillä. Vogelsmeier ym. (2007, 9, 11 - 12) totesivat tutkimuksessaan lääkäreiden, hoitohenkilökunnan ja apteekin välisen kommunikaation olevan tehotonta. Vaikka kommunikaatio-ongelmat koskivat kaikkia lääkehoidon toimijoita, olivat toimijoiden huolenaiheet toisistaan poikkeavia. Lääkäreiden huolenaiheena olivat lääkkeen määräystilanteen kommunikaatio-ongelmat lääkärin ja hoitotyöntekijän tai asukkaan välillä. Hoitotyöntekijät nostivat suurimmaksi kommunikaatioon liittyväksi ongelmaksi lääkkeen hankinnan apteekista, lääkärin vastaanotolla lääkemääräyksen ymmärtämisen ja lääkehoitoon liittyvän seurannan ohjelmoinnin. Apteekki nosti ongelmaksi apteekin ja hoitotyöntekijöiden kommunikaatio-ongelmat tilanteessa, jossa asukkaan lääkitykseen tulee muutoksia tai hänelle määrätään uusi lääke. Ratkaisuna kommunikaatio-ongelmiin tutkimuksessa pidettiin yhteisen tietojärjestelmän käyttöä paperireseptien ja -kirjausten sijaan. (Vogelsmeier ym. 2007, 9, 11 - 12.) Von Bonsdorff-Nikanderin ja Salmisen (2013)

mukaan apteekkien ja terveydenhuollon toimintayksiköiden välinen yhteistyö on apteekkitarkastusten perusteella saatujen käsitysten mukaan vielä vähäistä. Yhteistyön tärkeys tulee korostumaan vuosi vuodelta, sillä apteekkien rooli terveydenhuollon toimintayksiköiden lääkehoidon toteuttamisessa kasvaa, esimerkiksi annosjakelupalvelun ja asukkaan lääkehoidon moniammatillisen arvioinnin lisääntymisen myötä. (Von Bonsdorff-Nikander & Salminen 2013.)

5.1.4 Hoitohenkilökunnan osaamisen varmistaminen, lupakäytännöt ja lisäkoulutus

Nykäsen (2009, 39 – 40) tutkimuksen mukaan uudelta hoitotyöntekijältä tarkastetaan peruskoulutuksen antama valmius ja aiempi lääkehoidon työkokemus perehdytyksen yhteydessä. Lääkevastaavana toimiva sairaanhoitaja huolehtii, että perehdytys annetaan. (Nykänen 2009, 39 - 40.) Lohmanin (2015, 28) tutkimuksessa havaittiin perehdytyksessä olevan eroja perehdyttäjistä ja toimipisteestä riippuen. Vaillinaisen perehdytyksen koettiin olevan yhteydessä hoitotyöntekijän ammattitaidon puutteeseen työyksikössä myöhemmin työskennellessä. (Lohman 2015, 28.)

Autio ym. (2016, 44) tutkimuksessa osa haastatelluista sairaanhoitajista toi ilmi liian alhaisen vaatimustason lääkeluvan saamiseksi. Osa haastateltavista koki tarpeelliseksi LOVE (Läkehoidon osaaminen verkossa) koulutuskokonaisuuden työyksikön hoitotyöntekijöille. Haastatteluista nousi kehittämisidea, jossa lääkeluvan saamiseksi hoitotyöntekijän tulisi ymmärtää koko lääkehoitoprosessi hoitokodissa. (Autio ym. 2016, 44.)

Merkittävä tekijä turvallisen lääkehoidon toteutumisen kannalta on hoitotyöntekijän täydennyskoulutus. (Ahola ym. 43; Autio ym. 2016, 46). Piironen (2009, 28 - 29.) tutkimuksen mukaan 47 % haastatelluista sairaanhoitajista ilmoitti osallistuneensa riittävästi lääkehoidon täydennyskoulutukseen. Sairaanhoitajat, jotka osallistuivat mielestään riittävästi lääkehoidon täydennyskoulutukseen, ilmoittivat lääkehoitotaitonsa hyviksi sekä tietonsa lääkkeitä riittäviksi useammin kuin ne vastaajat, jotka eivät olleet osallistuneet täydennyskoulutukseen. (Piironen 2009, 28 - 29.) Työyksikön lääkehoidon toteuttamiskäytäntö sisältyy tutkimusten mukaan usein työyksikön täydennyskoulutussuunnitelmaan, mutta täydennyskoulutus ei tulosten perusteella useinkaan toteudu siinä laajuudessa kuin pitäisi. (Etelä - Suomen aluehallintovirasto 2010, 13).

5.2 Henkilöstöressit turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa uuden lääkkeen aloituksessa

Tutkimusartikkeleiden pohjalta havaitsimme, että yksi turvallisen lääkehoidon toteutuksesta edesauttava tekijä on hoitokodin riittävät henkilöstöressit lääkehoidon toteuttamiseen (Gallagher Gordon 2014, 17; Lohman 2015, 30; Vogelsmeier ym. 2007, 6). Tilanteessa, jossa hoitokodin asukkaalle aloitetaan uusi lääkehoito, lääkehoitoa toteuttavia hoitotyöntekijöitä tulee olla riittävästi, työnjaon on oltava selkeä ja kaikkien hoitotyöntekijöiden tiedossa.

5.2.1 Selkeä työnjako

Opinnäytetyöhön valikoitujen artikkeleiden perusteella selkeä työnjako on yksi turvallista lääkehoitoa lisäävä tekijä. Etelä-Suomen aluehallintoviraston kuntakyselyn (2010, 12) tulosten perusteella ikäihmisten palveluasumisen yksiköistä 98 %:lla työyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ilmenee hoitotyöntekijöiden vastuualueet lääkehoidon toteutuksessa. Kaikissa työyksiköissä lääkehoidon vastuu määräytyy laissa määritellyllä tavalla ja hoitotyöntekijän koulutuksen mukaisesti: lääkäri kantaa kokonaisvastuun ja määrää lääkkeet, sairaanhoitaja kantaa päävastuun lääkehoidon toteuttamisesta. Lähihoitajat voivat toteuttaa lääkehoitoa oman koulutuksensa ja työyksikössä suoritettun lääkeluvan mukaisesti. (Autio ym. 2016, 33; Etelä-Suomen aluehallintovirasto 2010, 12.) Lohmanin (2015, 32) tutkimuksen mukaan toimintayksikön lääkehoidon turvallisuutta lisäävä tekijä oli työvuorolistoihin merkitty lääkevastaava, joka toteutti kaikki lääkehoitoon liittyvät asiat. Lääkevastaavan merkitseminen työvuorolistoihin vähentää epäselvyyksiä työnjaossa. (Lohman 2015, 32.)

5.2.2 Riittävät henkilöstöressit

Hoitotyöntekijällä tulee olla tarpeeksi aikaa lääkehoidon toteuttamiseen ja hoitokodin henkilöstöressien tulee olla riittävät (Autio ym. 2016, 42; Lohman 2015, 30). Storlin ym. (2017, 9.) tutkimus osoitti, että turvallista lääkehoitoa toteutettaessa on huomioitava, että lääkehoitoa toteuttavan työntekijän työpanosta ei samanaikaisesti käytetä tehtävissä,

joissa ei vaadita hoitotyön taitoja. Tällaisia tehtäviä hoitokodeissa ovat esimerkiksi siivoukset, ruoanvalmistus ja -jakelu. (Storli ym. 2017, 9.)

Aution ym. (2016, 34) tutkimuksessa havaittiin yhdeksi hoitokodin turvallista lääkehoitoa lisääväksi tekijäksi vakituisen hoitohenkilökunnan lääkehoidon toteutuksen, sillä he tuntevat asukkaat hyvin. Sijaisten lääkehoidon toteuttamista hoitokodeissa oli rajattu, sillä he eivät tunnista asukkaita (Ahola ym. 2011, 25).

5.3 Hoitotyöntekijän lääkehoidon osaaminen uuden lääkkeen aloituksessa

Tutkimusartikkeleiden perusteella yksi lääkehoidon turvallisuuteen vaikuttavista osa-alueista on hoitotyöntekijän lääkehoidon osaaminen (Autio ym. 2016, 35; Piironen 2009, 45; Storli ym. 2017, 2). Uuden lääkkeen aloituksen yhteydessä hoitotyöntekijällä tulee olla tietoa, taitoa ja oikeanlaista asennetta (Autio ym. 2016, 38; Gallagher Gordon 2014, 17; Storli ym. 2017, 7).

5.3.1 Hoitajan tiedot

Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen vaatii hoitohenkilökunnalta asianmukaisia tietoja ja taitoja. Laadukkaan lääkehoidon perustana on hoitotyöntekijöiden lääkehoidon koulutus. (Etelä-Suomen aluehallintovirasto 2010, 16). Hoitokotiympäristössä lääkehoidosta huolehtii yleensä asukkaan itsensä sijasta hoitotyöntekijät. Tämä vaatii riittävästi lääkehoidon osaamista ja aikaa. (Von Bonsdorff-Nikander & Salminen 2013.) Smeulers ym. (2014, 281 - 282) totesivat tutkimuksessaan, että hoitotyöntekijöillä on merkittävä rooli turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa. Turvallisuuden toteutumiseksi hoitotyöntekijöillä pitää olla tietoa lääkehoidon prosessin riskeistä, jotta turvallisuus huomioitaisiin päivittäisessä työssä. (Smeulers ym. 2014, 281 - 212.)

Hoitotyöntekijällä tulee olla tietoa asukkaan terveydentilasta sekä esimerkiksi ikääntymisen fysiologisista muutoksista ja niiden vaikutuksesta annettavaan lääkehoitoon. Lisäksi hoitotyöntekijällä tulee olla lääketietoutta, mitä lääkkeitä annetaan ja mitä varten niitä on

määrätty. Lääkkeet tulee myös tunnistaa ja tarkastaa ennen asukkaalle antamista. (Autio ym. 2016, 35 - 36.) NICE:n (2014, 20) suositusten mukaan kaikkien asukkaan hoitoon osallistuvien tulee tietää, milloin jokin lääke on aloitettu, vaihdettu tai lopetettu. Erityisesti uutta lääkettä aloitettaessa edellytetään lääkkeeseen paneutumista, missä hyvänä apuna on huolellinen tutustuminen lääkkeen pakkausselosteeseen (Ahola ym. 2011, 32). Hoitotyöntekijöiden kokemusten mukaan tietämättömyys lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista voi estää turvallisen lääkehoidon toteutumista hoitokodissa (Dilles ym. 2011, 180). Hoitotyöntekijän on tärkeää huolehtia myös omalta osaltaan lääkelistojen ajan tasalla pitämisestä (NICE 2014, 20; Uski 2014, 38).

Lääkemääräykset tulisi vastaanottaa aina kirjallisesti tai sähköisesti niin, että ne ovat luettavissa asukkaan tiedoista lääkehoitoa annettaessa (Ahola ym. 2011, 31). Suullisia määräyksiä vastaanotettaessa määräys on varmennettava esimerkiksi toistamalla saatu määräys (Ahola ym. 2011, 31; Mustajoki ym. 2015). Myös NICE:n (2014, 19 - 20) suositusten mukaan turvallisen lääkehoidon toteutumiseksi lääkärin tulisi tehdä lääkemääräykset aina kirjallisena, jolloin on nähtävillä selkeät ohjeet lääkkeen käytöstä ja vaikutusten seurannasta. Suullisesti annettujen ohjeiden jälkeen määräykset tulisi antaa kirjoitetussa muodossa mahdollisimman pian. Määräykset tulisi myös päivittää asukkaan lääkelistaan niin pian kuin mahdollista. (NICE 2014, 19 - 20.)

Lääkehoito-osaamisen lisäksi hoitotyöntekijältä vaaditaan teknologiaosaamista, sillä teknologia sisältyy lääkehoidon prosessiin usein olennaisena osana. Teknologian kehityksessä mukana pysyminen kuuluu siten myös hoitotyöntekijän työhön. (Gallagher Gordon 2014, 21.) Hoitotyöntekijöillä on usein mahdollista hyödyntää esimerkiksi Duodecimin lääketietokantaa (Lohman 2015, 32) tai Terveysporttia (Kilpinen 2012, 27).

5.3.2 Hoitajan taidot

Hoitotyöntekijän taidot ovat merkityksellisessä roolissa turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa hoitokodissa lääkehoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Hän tarkastaa lääkkeen valmistajan antamat ohjeet lääkkeen säilytyksessä ja käyttökuntoon saattamisessa (Uski 2014, 38). Myös aseptiikan toteutumiseen tulee kiinnittää huomiota, sillä Lohmanin (2015,

30) tutkimuksessa havaittiin puutteita käsien pesussa tai desinfioidussa sekä apuvälineiden puhdistuksessa ennen lääkkeiden antamista (Lohman 2015, 30).

Lisäksi asukkaan tunnistaminen tulee huomioida, sillä se on turvallisen lääkehoidon onnistumisen edellytys (Ahola ym. 2011, 33). Lääkkeitä jaettaessa ja annettaessa on siis tärkeää tarkastaa, että oikeat lääkkeet annetaan oikealle asukkaalle oikeaan aikaan (Autio ym. 2016, 36). Lääkkeen antava hoitotyöntekijä tarkistaa lääkkeet vielä ennen kuin antaa ne asukkaalle, jolloin kaksoistarkastus toteutuu (Uski 2014, 38). Tarvittaessa hoitotyöntekijän tulee miettiä lääkkeen antomuodon sopivuutta asukkaalle (Autio ym. 2016, 37). Hoitokotiympäristössä hoitotyöntekijän on hyvä kiinnittää huomiota myös lääkkeiden perille menoon, sillä välillä tarvitaan valvontaa lääkkeiden ottamiseen (Autio ym. 2016, 37; Kilpinen 2012, 26). Lääkehoidon tarkka dokumentointi kuuluu turvalliseen lääkehoitoon ja ehkäisee mahdollisia lääkityspoikkeamia (Ahola ym. 2011, 29).

NICE:n (2014, 25 - 27) suositusten mukaan hoitotyöntekijöiden huolehtiessa asukkaan lääkehoidosta, tulee huomioida seuraavat seikat kuten oikea asukas, oikea lääke, oikea antoreitti, oikea annos, oikea aika sekä toimenpiteet ennalta odottamattomissa tilanteissa. On myös tiedettävä, miten toimitaan ja kirjataan, jos asukas kieltäytyy lääkkeestä. Lääkkeen sopiva antoaika tulisi sopia yhdessä asukkaan kanssa. (NICE 2014, 25 - 27.)

Apteekin antama lääkeneuvonta jää usein tekemättä hoitokodissa asuvalle asukkaalle, sillä apteekin kanssa asioi asiakkaan puolesta hoitoyksikön henkilökunta tai omainen (Von Bonsdorff-Nikander & Salminen 2013). Hoitokodissa asuvat asukkaat eivät välttämättä oma-aloitteisesti pyydä lääkeneuvontaa. Hoitohenkilökunnan tulee huomioida, että hoitokodin asukas saa hänelle kuuluvan lääkeneuvonnan (Lohman 2015, 31). Yleisemmin lääkerohjausta annettiin suullisesti lääkkeenantotilanteessa selkeää kieltä käyttäen (Kilpinen 2012, 27, 33).

Lohman (2015, 27) havaitsi tutkimuksessaan, että välillä asukas sai tietää tehdyistä lääkemuutoksista silloin, kun tuli hakemaan seuraavaa lääkeannostaan. Hoitotyöntekijät kokivat asukkaan informoimisen vasta tässä vaiheessa turvallisuusriskiksi. Ihannetilanteessa lääkemuutoksia suunniteltaisiin yhteistyössä asukkaan kanssa. Asukkaalle voisi myös antaa tulostetun potilaskohtaisen lääkelistan tietojen tarkistamista varten. (Lohman 2015, 27, 31.) Myös NICE:n (2014, 11 - 12) suosituksissa korostetaan, että hoitokodin

asukkailla samanlainen oikeus tehdä omaa hoitoa koskevia päätöksiä kuin muillakin ihmisillä. Hoitohenkilökunnan tulee antaa tarvittavaa tukea ja tietoa näitä päätöksiä varten ja kannustaa asukkaita osallistumaan hoitoonsa. (NICE 2014, 11 - 12.)

Hoitotyöntekijä on konkreettisesti lähimpänä vuorovaikutuksessa asukkaiden kanssa, minkä vuoksi heidän on mahdollista arvioida asukkaiden tilaa ja lääkkeen vaikuttavuutta (Smeulers ym. 2014, 281). Lääkehoidon vaikutuksen seuranta on hoitajien vastuulla erityisesti silloin, kun jonkin lääkkeen annostusta lisätään, vähennetään tai asukkaalle annetaan tarvittavia lääkkeitä. Tarvittaessa konsultoidaan lääkäriä asukkaan voinnista sekä lääkemuutoksista. (Autio ym. 2016, 34.) Asukasta tarkkailemalla saadaan tietoa hänen tilastaan ja lääkkeen vasteesta (Ahola ym. 2011, 33). Lääkkeen vaikutusten seurannassa ja niiden kirjaamisessa esiintyy usein puutteita (Dilles ym. 2011, 180; Kilpinen 2012, 30). Esimerkiksi tarvittaessa annettavan lääkkeen vaikutus jää arvioimatta ja kirjaamatta, jolloin ei tiedetä kannattaako kyseistä lääkettä antaa toista kertaa (Kilpinen 2012, 30).

5.3.3 Hoitajan asenne

Lääkehoidon toteuttaminen vaatii tarkkuutta ja tietoa, ja esimerkiksi lääkkeiden rinnakkaisvalmisteiden huomiointi lisää lääkehoidon vaativuutta (Etelä-Suomen aluehallintovirasto 2010). Myös hoitotyöntekijän asenteella ja motivaatiolla on merkitystä turvallisen lääkehoidon toteutumiselle. Lääkityspoikkeamia voi aiheuttaa hoitotyöntekijän väsymys ja matala vireystila. Asukkaille tärkeää on hoitotyöntekijän rauhallinen työtapaa lääkkeitä annettaessa. (Autio ym. 2016, 38, 40.) Mikäli hoitotyöntekijän asenteessa tai työhön keskittymisessä on ongelmia, voi työ olla huolimatonta, epätarkkaa, lääkityspoikkeamia vähentää eikä lääkehoitoon keskitytä kunnolla (Ahola ym. 2011, 25).

Hoitohenkilökunnan asenteet vaikuttavat myös koko työyhteisön ilmapiiriin. Suvaitsevassa ja kannustavassa ilmapiirissä lääkityspoikkeamiin puututaan, kirjataan ja raportoidaan, jolloin niistä myös opitaan koko työyhteisössä. (Ahola ym. 2011, 29, 34; Kilpinen 2012, 28.) Lisäksi hoitotyöntekijällä tulee olla kiinnostusta oman ammattitaidon kehittämiseen ja lääkehoidon osaamisen ylläpitämiseen. Tärkeää on myös tiedostaa oma osaamisensa rajat sekä tarvittaessa hankkia uutta tietoa lääkehoitoon liittyen. (Autio ym. 2016, 35, 49).

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys

Eettisessä ajattelussa pohditaan omien sekä yhteisön arvojen perusteella mikä jossain tilanteessa on oikein ja mikä väärin. Tutkimuksissa eettiset kysymykset voivat liittyä tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin kuten tutkimuskohteen ja menetelmän valintaan, aineiston hankintaan, tieteellisen tiedon luotettavuuteen, tutkittavien kohteluun, tutkimustulosten vaikutuksiin ja tiedeyhteisön sisäisiin toimintaperiaatteisiin. Eettiset toimintaperiaatteet auttavat ratkaisujen tekemisessä. Jokainen tutkija kantaa kuitenkin itse vastuun tutkimustyössä tekemistään valinnoista. (Kuula 2006, 11 - 21.) Opinnäytetyössämme tutkimuksen kohteena eivät ole ihmiset, joten eettiset kysymykset liittyvät opinnäytetyömme eri vaiheissa tehtyihin päätöksiin sekä tiedonhankintaan ja sen käyttöön. Eettisen käytännön mukaisesti anoimme tutkimuslupaa opinnäytetyömme toimeksiantajalta, jonka saimme hyväksytyyn tutkimussuunnitelman jälkeen.

Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys, jossa pohditaan miksi tutkimukseen ryhdytään ja mikä sen merkitys on (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25). Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimus tehdään tieteellisesti perusteltuun tarpeeseen ja sen tulee tuottaa lähtökohtaisesti hyvää (Eriksson, Leino-Kilpi & Vehviläinen-Julkunen 2008, 299). Opinnäytetyömme aiheen saimme toimeksiantajalta, joten aiheemme on työelämälähtöinen. Myös oma motivaatiomme tuki aihevalintaa, sillä molemmat olemme kiinnostuneita ja haluamme oppia lisää lääkeshoidosta sekä sen turvallisuuden kehittämisestä.

Opinnäytetyöstämme hyötyvät meidän oman ammatillisen kasvumme lisäksi toimeksiantajan hoitokodin hoitotyöntekijät, jotka voivat käyttää saamaamme tietoa asukkaiden turvallista lääkeshoittoa toteuttaessaan ja päivittäessään työyksikön lääkeshoitossuunnitelmaa. Toimeksiantajan arvion mukaan se voi laajentaa saamaansa tietoa myös muihin työyksiköihin niin halutessaan. Lopullisen opinnäytetyömme hyödynsaajia ovat lisäksi hoitokodin asukkaat, jotka hoitotyöntekijöiden lisääntyvän tiedon myötä saavat turvallisempaa lääkeshoittoa ja näin ollen hyvää hoitoa.

Tiedonhakuun, aineiston valintaan ja käsittelyyn sekä tulosten raportointiin liittyvät muun muassa hyvän tieteellisen käytännön periaatteet, joita noudatetaan myös ammattikorkeakouluissa opinnäytetöitä tehdessä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimustyössä noudatetaan rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Muiden tutkijoiden työtä arvostetaan, ja heidän julkaisuihinsa viitataan asianmukaisella tavalla. Tuloksia julkaistaessa toteutetaan myös hyvän tieteelliseen käytäntöön kuuluvaa avoimuutta ja raportointia. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 4-6.) Tutkijan on myös raportoitava aineistonsa kokonaisuus huolellisesti ja kattavasti, ei liian yksipuolisesti (Eriksson ym. 2008, 300).

Opinnäytetyössämme noudatamme hyvän tieteellisen käytännön periaatteita esimerkiksi merkitsemällä käyttämämme lähteet ja noudattamalla muutenkin rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Emme plagioi toisten tekstiä omaan opinnäytetyöhömmme vaan arvostamme muiden tutkijoiden ja opinnäytetyön tekijöiden työtä viittaamalla niihin asianmukaisesti. Olemme opinnäytetyössämme kuvanneet tekemämme kirjallisuuskatsauksen vaiheet yksityiskohtaisesti.

6.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voi tarkastella tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksen alussa luotettavuutta lisää tutkittavan ilmiön tunnistaminen ja selkeä nimeäminen sekä tutkimuksen merkityksen perusteleminen sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti. Tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien määrittelyssä on huomioitava, onko tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät perusteltu, esitetty selkeästi ja onko tarvittaessa niiden täsmentyminen kuvattu. (Kylmä & Juvakka 2012, 130 - 131.) Opinnäytetyömme tutkittava ilmiö selkiintyi suunnitelmavaiheessa, jolloin saimme muokattua tutkimuskysymyksen lopulliseen muotoonsa. Selkeä tutkimuskysymys ohjasi opinnäytetyön tekoa ja kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita. Lisäksi pyrimme selkiyttämään käyttämämme tutkimusmenetelmän, kuvailevan kirjallisuuskatsauksen niin, että meillä opinnäytetyön tekijöillä oli selkeä kuva, mitä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen eri vaiheissa tehdään. Koska kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on aineistolähtöinen ilmiön ymmärtäminen (Kangasniemi

ym. 2013, 292), sopi menetelmä mielestämme hyvin opinnäytetyömme aiheeseen. Halusimme kartoittaa eri näkökulmia mitä aiheesta tiedetään ilman aineiston laadullista arviointia.

Aineiston keruun kuvauksella ja aineiston analyysillä on merkitys tutkimuksen luottavuuden kannalta (Kylmä & Juvakka 2012, 131-132). Luotettavuutta lisää tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta sekä analyysin ja tulosten tulkinnan perusteista (Hirsjärvi ym. 2009, 232-233). Tällöin lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja tuloksiin päädytty. Analyysin kuvauksen apuna voi käyttää taulukointeja ja liitteitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksen eri vaiheiden yksityiskohtainen kuvaus ja teoriaan pohjautuva perustelu lisää tämän opinnäytetyön luotettavuutta. Olemme myös pyrkineet esittämään tehdyt valinnat ja päätökset mahdollisimman selkeästi, tarvittaessa taulukoita ja liitteitä apuna käyttäen.

Luotettavuuteen kuuluu myös itse aineiston luotettavuuden ja riittävyden sekä aineiston analyysimenetelmän sopivuuden arviointi (Kylmä & Juvakka 2012, 131-132). Tiedonhaku ja aineiston valintaa tehdessämme, meille paljastui pian, että suoraa tutkimustietoa opinnäytetyömme aiheesta ei ole saatavilla. Emme löytäneet lainkaan tutkimuksia, jotka käsittelevät uuden lääkkeen aloittamiseen liittyviä turvallisen lääkehoidon käytäntöjä hoitokotiympäristössä kuin muissakaan terveydenhuollon työyksiköissä. Uuden lääkkeen aloittamista koskeva tieto on sen verran rajattu, että laajensimme tiedonhakuja ja aineiston valintaa koskemaan turvallisen lääkehoidon kokonaisprosessia hoitokodissa. Uuden lääkkeen aloittamisessa korostuu nimenomaan koko lääkehoidon prosessi aina lääkehoidon tarpeen määrittelystä edeten asukkaalle annettavaan neuvontaan ja lääkehoidon vaikutuksen seurantaan. Löytämämme aineisto koskee pääosin hoitokoteja tai hoitokoteihin rinnastettavia asumismuotoja. Asukkaiden määrä, ikä ja tausta sen sijaan vaihtelevat siten, että valtaosa tutkimuksista koskee ikääntyneitä. Saimme kuitenkin useita näkökulmia turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta erilaisissa hoitokotiympäristöissä, minkä vuoksi tutkimuksemme tulokset ovat riittävän kokonaisvaltaisia ja vastaavat kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle asetettuja tavoitteita.

Tutkijan tiedostamaton tai tiedostettu tarkoitushakuisuus aineistonvalinnassa voi vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällinen väljyys voi aiheuttaa sen, että aineiston valinnassa käytetyt kriteerit ja perustelut saattavat muut-

tua tutkimuksen kuluessa. Muun muassa tästä syystä valitsimme opinnäytetyöhömmme aineiston eksplisiittisen valinnan, jossa käytetään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoin hakusanoja sekä rajauskriteerejä. Tarvittaessa kriteereistä voi kuitenkin poiketa, jolloin eksplisiittisessä valinnassa korostuu aineiston valinnan perusteellinen kuvaus luotettavuutta lisäävänä tekijänä. (Kangasniemi ym. 2013, 298.) Aineiston haussa sisäänotto-kriteerit ohjasivat valintojamme. Sisäänottokriteereiden avulla varmistuimme siitä, että aineisto oli tutkimuksemme kannalta relevanttia. Jotta tutkimuksemme tulokset olisivat luotettavia, luimme tutkimukset läpi huolellisesti ja teimme sisällönanalyysia koodaamalla ja ryhmittelemällä tutkimuskysymykseemme vastaavia ilmauksia. Tutkimuksemme tulokset olemme esittäneet aineistosta nousseiden asiakokonaisuuksien mukaisesti. Aineiston hakusanat, sisäänotto- ja poissulkukriteerit sekä kirjallisuuskatsaukseen valikoitunut aineisto on esitetty tekstissä tai taulukoissa, joka lisää tutkimuksemme vahvistettavuutta.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valintaan ja kuvailun rakentamiseen liittyy tutkijan subjektiivisuus, jolloin eri tutkijat voivat päätyä erilaisiin johtopäätöksiin (Kangasniemi ym. 2013, 298). Opinnäytetyössämme meitä tutkijoita on kaksi, mikä osaltaan vähentää aineiston valinnan ja kuvailun subjektiivisuutta ja lisää näin ollen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Tutkimustulosten raportoinnin luotettavuuteen kuuluu myös selkeys ja luettavuus sekä se, ovatko tutkimuksen aineisto, tulokset ja päätelmät suhteessa toisiinsa (Kylmä & Juvakka 2012, 133). Pyrimme esittämään tutkimustuloksemme selkeästi, ryhmiteltyinä aineistosta nousseiden asiakokonaisuuksien mukaisesti. Opinnäytetyöprosessimme ajan pidimme mielessä asetetun tutkimuskysymyksen niin, että löytämämme aineisto ja kirjoittamamme tulokset ja johtopäätökset antavat siihen kuvailevan vastauksen.

6.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata turvallisen lääkehoidon toteutumista uuden lääkkeen aloituksessa hoitokodin asukkaalle. Tulosten perusteella saatiin tietoa hoitoorganisaation, henkilöstöressurssien ja hoitotyöntekijän lääkehoidon osaamisen vaikutuksista turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi hoitokotiympäristössä. Uutta lääkettä aloitettaessa korostuu koko lääkehoidon prosessi kaikkine vaiheineen. Lääkehoidon turvallisen toteuttamisessa merkityksellisessä roolissa on hoitotyöntekijän osaaminen, mutta

myös se, miten hoitokodin organisaatio mahdollistaa turvallisen lääkehoidon toteuttamisen. Opinnäytetyömme tulokset vaikuttaisivat tukevan aiempaa teoretietoa aiheesta, joskin työssämme nousi esiin myös hoitajan asenteen ja työilmapiirin vaikutus lääkehoidon turvallisuuteen.

Tuloksista nousi esiin työyksikkökohtaisen lääkehoitosuunnitelman turvallisuutta lisäävä vaikutus. Ajantasaista lääkehoitosuunnitelmaa voidaan käyttää turvallisuutta lisäävänä työkaluna (Nykänen 2009, 52), mikä on myös Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaan lääkehoitosuunnitelman tarkoitus (Inkinen ym. 2016, 10). Kuitenkaan hoitotyöntekijät eivät aina tiedä, onko työyksiköllä lääkehoitosuunnitelmaa tai mistä lääkehoitosuunnitelman löytää luettavaksi (Lohman 2015, 23). Uutta lääkettä aloitettaessa lääkehoitosuunnitelma voisi toimia hoitotyöntekijän konkreettisena työkaluna lääkehoidon prosessin eri vaiheiden ja organisaation yhteisten toimintatapojen tarkastamiseksi. Organisaation toimintatapojen konkreettinen kuvaus auttaa siten toimintatapojen yhtenäistämässä ja uuden hoitotyöntekijän perehdytyksessä. Lääkehoitoon perehdytys voi nimittäin jäädä puutteelliseksi tai siinä voi olla eroavaisuuksia perehdyttäjistä ja toimipisteestä riippuen (Lohmanin 2015, 28).

Selkeä työnjako on tutkimustulostemme mukaan turvallista lääkehoitoa lisäävä tekijä (Autio ym. 2016, 3; Dilles ym. 2011, 178; Etelä-Suomen aluehallintovirasto 2010, 12; NICE 2014, 10; Nykänen 2009, 50). Myös Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaan lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla kuvattu lääkehoidon vastuut ja työnjako niin lääkehoidon toteutuksessa kuin hankinnassakin (Inkinen ym. 2016, 15, 49). Tutkimustuloksista nousi esille käytännön esimerkkejä työnjaon vaikutuksesta lääkehoidon turvallisuuteen muun muassa merkitsemällä lääkevastaava työvuorolistoihin (Lohman 2015, 32) ja valitsemalla vakituiseen hoitotyöntekijöihin kuuluva lääkehoidon toteutukseen (Autio ym. 2016, 34). Vakituisen henkilökunnan suosiminen ei mielestämme ole pidemmän päälle kannattavaa, sillä lääkehoidon perehdytys tulisi järjestää kaikille hoitotyöntekijöille. Hoitotyöntekijä osallistuu lääkehoitoon ammattitaitonsa ja työyksikön lupakäytäntöjen mukaisesti.

Vastuu lääkkeiden hankinnassa ja organisaation toimintatavoissa tulee erityisesti esille uutta lääkettä aloitettaessa. Hoitokodissa asukkaiden lääkkeet ovat henkilökohtaiset, jotka hankitaan pääsääntöisesti avohuollon apteekista (Inkinen ym. 2016, 41). Tutkimustulostemme mukaan uuden lääkkeen saatavuudessa hoitokodin asukkaalle saattoi kestää

päiviä (Vogelsmeier ym. 2007, 10). Erityisesti lääkkeen hankinnan haasteita voi tulla apteekkien aukioloaikojen ulkopuolella, viikonloppuisin tai loma-aikaan. Ongelmia voisi esiintyä myös koneellisessa annosjakelussa, sillä lääkemutokset eivät onnistu heti valmiiksi tilattuihin annoksiin. Turvallinen lääkehoito -oppaan suosituksen mukaan työyksikön lääkehoitosuunnitelmaan kirjattaisiin lääkkeiden hankintakäytäntö ja vastuut myös avohuollon yksiköissä, siten että asiakkaiden lääkehoidon jatkuvuus olisi turvattu myös apteekkien aukioloaikojen ulkopuolella (Inkinen ym. 2016, 41, 43). Apteekin kanssa yhteistyössä laadittu lääkehoitosuunnitelma voisi selkiyttää hoitokodin lääketilauuskäytäntöjä (Nykänen 2009, 52).

Lääkehoitoa toteuttavalla työntekijällä on oltava riittävästi aikaa lääkehoidon toteuttamiseen. Storlin ym. (2017, 11) tutkimuksesta nousi esiin, että hoitokodin työtehtäviin sisältyy paljon toimintaa, jotka eivät vaadi lääkehoidon osaamista. Lääkehoitoa toteuttavan työntekijän panosta näissä tehtävissä tulisi vähentää. (Storli ym. 2017, 11.) Dillesin ym. (2011, 180) sekä Kilpisen (2012, 30) tutkimuksien mukaan lääkkeen vaikuttavuuden seurannassa sekä niiden kirjaamisessa on havaittu puutteita (Dilles ym. 2011, 180; Kilpinen 2012, 30).

Kun asukkaan lääkityksessä tapahtuu muutoksia, tiedonkulun ja toimijoiden välisen yhteistyön tärkeys korostuu entisestään. Kilpisen (2012, 29) tutkimuksen mukaan tieto siirtyy sähköisesti hyvin niiden toimijoiden välillä, joilla on käytössään sama potilastietojärjestelmä (Kilpinen 2012, 29).

Tutkimustemme johtopäätöksiä tarkastelemalla ja vertaamalla niitä Pohjois-Suomessa sijaitsevan hoitokodin lääkehoitosuunnitelmaan, voidaan todeta turvallisten lääkehoidon käytäntöjen olevan hyvin kirjattuna lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoidon perehdytys ja asukkaalle annettava lääkeneuvonta olivat seikkoja, joista lääkehoitosuunnitelmassa ei ollut merkintää. Organisaatiokohtaisen lääkehoitosuunnitelman voisi tulostaa samaan kansioon työyksikkökohtaisen lääkehoitosuunnitelman kanssa, jotta varmistutaan siitä, että se on helposti löydettävissä.

6.4 Ammatillinen kasvu

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen rakentuu osaamisalueisiin eli kompetensseihin (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 35). Opinnäytetyössämme selvitimme, millaista on turvallinen lääkehoito tilanteessa, jossa asukkaalle aloitetaan uusi lääkehoito hoitokotiympäristössä. Tämä tukee erityisesti kliinisen hoitotyön sekä näyttöön perustuvan toiminnan- ja päätöksenteon kompetensseihin liittyvää ammatillista kehitystä.

Kliinisen hoitotyön kompetenssiin kuuluu yhtenä osa-alueena turvallisen lääkehoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi (Eriksson ym. 2015, 39). Opinnäytetyössämme olemme selvittäneet turvallisen lääkehoidon prosessin toteutumista hoitokodissa kirjallisuuskatsauksen avulla ja vahvistaneet näin tietoperustaamme ja ammatillista osaamistamme juuri tästä aiheesta. Vaikka opinnäytetyössä keskityimme hoitokotiympäristöön, uskomme tästä osaamisesta olevan hyötyä myös muissa toimintaympäristöissä sairaanhoitajana toimiessa. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen on sairaanhoitajan ydinosaa, mikä on sovellettavissa kaikkialle, missä lääkehoitoa toteutetaan. Turvallisen lääkehoitoprosessin hallitseminen lisää niin potilasturvallisuutta kuin hoitotyön laatuakin.

Sairaanhoitajan yhtenä kompetenssina on näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko. Tämän osaamisalueen alle kuuluvat tieteellisen tiedon hyödyntäminen, tiedonhaun hallitseminen, tieteellisten julkaisujen lukeminen ja arvioiminen kriittisesti. (Eriksson ym. 2015, 41 - 42.) Opinnäytetyömme toteuttaminen kirjallisuuskatsauksena on vahvistanut osaamistamme tieteellisen tiedon hakemisesta ja hyödyntämisestä. Olemme oppineet lisää tieteellisten julkaisujen lukemisesta sekä niiden kriittisestä arvioinnista. Myös tutkimusosaamisemme on kehittynyt. Olemme oppineet tieteelliseen tutkimukseen ja kirjallisuuskatsaukseen liittyviä työvaiheita, aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, tulosten raportointia sekä tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointia.

6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa selvitettiin kirjallisuuskatsauksen avulla, millaista on turvallinen lääkehoito hoitokodissa, tilanteessa jolloin asukkaalle aloitetaan uusi lääkitys. Tulosten pe-

rusteella ilmeni, että hoito – organisaatiolla, henkilöstöresursseilla ja hoitotyöntekijän lääkehoidon osaamisella on suuri vaikutus turvallisen lääkehoidon toteutumisen turvaamiseksi.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston pohjalta ilmeni, että hoitokodin lääkehoitosuunnitelma ja selkeät ohjeistukset lääkehoidon toteuttamisessa lisäävät lääkehoidon turvallisuutta. Uuden lääkkeen aloituksen yhteydessä hoitotyöntekijällä tulee olla tiedossa lääkehoidon käytännön toimintatavat ja vastuun jakautuminen. Selkeä työnjako ja työvuorolistoihin merkattu lääkevastaava on tutkimustulostemme mukaan turvallista lääkehoitoa lisäävä tekijä. Hyvä tiedonkulku ja yhteistyön tekeminen toimijoiden ja organisaatioiden välillä on myös yksi lääkehoidon turvallisuutta lisäävä tekijä. Vogelsmeierin ym. (2007, 9) tutkimuksen mukaan tiedonsiirron tärkeys korostuu entisestään silloin, kun asukkaalle on aloitettu uusi lääkehoito tai lääkityksessä on tapahtunut muutoksia (Vogelsmeier ym. 2007, 9).

Kirjallisuuskatsauksemme tulosten mukaan hoitotyöntekijällä on oltava riittävästi koulutusta, osaamista ja tietoa niin turvallisen lääkehoidon toteutuksesta kuin lääkehoidon riskitekijöistäkin. Kaikkien hoitoon osallistuvien on tiedettävä miksi lääke on asukkaalle määrätty, milloin lääke on aloitettu, vaihdettu tai lopetettu. Tietoa on oltava myös asukkaan terveydentilasta ja fysiologisista muutoksista, sekä niiden vaikutuksista lääkehoitoon. Hoitotyöntekijän on tiedettävä valmistajan antamat ohjeet uuden lääkkeen käyttökuntoon saattamisesta ja antamisesta asukkaalle. Lääkkeitä jaettaessa tai annettaessa on tärkeää varmistua siitä, että oikea asukas saa oikeat lääkkeet oikeaan aikaan. Lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta on hoitohenkilökunnan vastuulla erityisesti silloin, kun asukkaan lääkitykseen tehdään muutoksia. Tutkimuksissa korostettiin hoitokodin asukkaan oikeutta tehdä omaa hoitoaan koskevia päätöksiä, hoitohenkilökunnan on riittävästi tuettava asukasta päätöksenteossa.

Tässä opinnäytetyössä ei tullut esille asukkaan vaikutus lääkehoidon turvallisuuden lisäämiseksi. Dilles ym. (2011, 175) raportoivat turvallisen lääkehoidon esteiksi sen sijaan asukkaan lääkehoidosta kieltäytymisen, mielentilan sekä entistä vaikeammat sairaudet. Myös Lohmanin (2015, 29) mukaan asiakkaan kieltäytyminen ja esimerkiksi päihteiden vaikutuksen alaisena oleminen estää lääkehoidon turvallista toteuttamista. Kilpinen (2012, 28) havaitsi tutkimuksessaan, että asukkaat eivät aine kykene ottamaan vastaan lääkehoidusta esimerkiksi huonon muistin vuoksi. Asukas voi siten olla riskinä turvallisen

lääkehoidon toteutumiselle. Jatkossa voisi tutkia, voisiko hoitokodin asukas mahdollistaa ja lisätä lääkehoidon turvallisuutta omalla toiminnallaan.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ei arvioida näytön astetta (Kangasniemi ym. 2013, 293), joten jatkotutkimusaiheena voisi olla systemaattisempi katsaus lääkitysmuutosten turvallisesta toteuttamisesta hoitokodissa tai muussa terveydenhuollon toimintaympäristössä. Uuden lääkkeen ja lääkitysmuutosten turvallista toteuttamista voisi kartoittaa myös eri tiedonhaketavoin muun muassa keräämällä tietoa haastattelemalla hoitohenkilöstöä erilaisissa hoito-organisaatioissa.

7 LÄHTEET

A 298/2009. Viitattu 7.1.2017. <http://www.kamk.fi>, Finna, Suomen laki.

Ahola, M., Haikonen, S. & Hakkarainen, R. 2011. Turvallinen lääkehoito ja lääkityspoikkeamat: kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.9.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011122119095>

Autio, S., Hyry, E. & Skyttä, J. 2016. Turvallinen lääkehoito hoivakodeissa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.9.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201603253567>

Dilles, T., Elseviers, M. M., Van Rompaey, B., Van Bortel L. M. & Vander Stichele, R. R. 2011. Barriers for Nurses to Safe Medication Management in Nursing Homes. Journal of Nursing Scholarship 43, 171 - 180. Viitattu 4.9.2017. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01386.x

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 29.9.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Eriksson, K., Leino-Kilpi, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Hoitotiede ja tiede-etiikka. Hoitotiede 20, 295 - 303.

Etelä-Suomen aluehallintovirasto. 2010. Lääkehoidon toteuttaminen ikäihmisten asumis- ja laitospaikoissa. Kevään 2010 kuntakyselyn tulokset. Hämeenlinna. Viitattu 2.9.2017. http://www.avi.fi/documents/13166/149077/ESAVI_0710_Laakehoidon_toteuttaminen_ikaihminen_asumis- ja_laitospaikoissa/f199e696-0096-4445-96a2-85c4f01d834b

Gallagher Gordon, M. 2014. Improving the Process of Medication Administration. Pennsylvania Nurse 69, 17 - 22. Viitattu 4.9.2017. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=110536994&site=ehost-live>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 9.1.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S.(toim.) 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.11.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-577-6>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25, 291 – 301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Kilpinen, J. 2012. Lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun sekä potilaan informoinnin ja neuvonnan toteutuminen LOST:n toimintayksiköissä. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.9.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012112716708>

Kiviluoto, K. 2014. Potilas moniammatillisen lääkehoitoprosessin keskiössä - lainsäädännön viitoittamat toimintamahdollisuudet. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 26.6.2017. <http://docplayer.fi/24385997-Potilas-moniammatillisen-laakehoitoprosessin-keskiossa-lainsaadannon-viitoittamat-toimintamahdollisuudet.html>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

L 17.8.1992/785. Viitattu 5.12.2016. <http://www.kamk.fi>, Finna, Suomen laki.

L 28.5.1994/559. Viitattu 13.1.2017. <http://www.kamk.fi>, Finna, Suomen laki.

L 30.12.2010/1326. Viitattu 13.1.2016. <http://www.kamk.fi>, Finna, Suomen laki.

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Turun yliopisto.

Lohman, M. 2015. Järvenpään sosiaalisairaalan lääkehoidon prosessi. Opinnäytetyö. Laurea -Ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.9.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201504234821>

Lääkeinformaatio lääkehoidon tukena- Lääkeinformaatioverkoston tutkimusstrategia. 2014. Viitattu 8.1.2016. <http://www.fimea.fi/documents/160140/1156017/L%C3%A4%C3%A4keinformaatioverkoston+tutkimusstrategia/216fd250-9150-4f4d-aaff-8a080b7dc16f>

Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeidenkäyttöä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.6.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3101-5>

Matikainen, K. 2016. Turvallisen lääkehoidon tarkistuslista. Tesso 3/2016. Viitattu 29.12.2016. <https://tesso.fi/artikkelitagit/laatu-potilasturvallisuus>

Mustajoki, P., Kinnunen, M., Aaltonen, L.-M. & Hannula, K. 2015. Organisaatioiden saumat vuotavat. Suomen lääkärilehti 70, 244 – 245. Viitattu 3.9.2017. Saatavilla <http://www.kamk.fi/kirjasto>, Terveysportti.

NICE, The National Institute for Health and Care Excellence. 2014. Managing medicines in care home. Social care guideline. Viitattu 4.9.2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/sc1>

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Turun yliopisto.

Nygård, S. 2014. Lääkitysturvallisuuden parantaminen lääkehoidon toimintatapoja kehittämällä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.9.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014061512942>

Nykänen, M. 2009. Turvallista lääkehoitoa hoitokodille -lääkehoitosuunnitelman laatiminen moniammatillisesti. Kuopio: Kuopion yliopisto. Viitattu 2.9.2017. https://www2.uef.fi/documents/1052478/1052487/Nykanen_Minna.pdf/43ec112a-4c61-41c4-a25b-5d6848c671c4

Piironen, M. 2009. Ikääntyneen lääkehoidon toteuttaminen vanhainkodissa: sairaanhoitajan näkökulma. Pro Gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto.

Ritmala-Castren, M. 2006. STM opastaa: Lääkehoitoon turvallisuutta lääkehoitosuunnitelman avulla. Sairaanhoitaja 3/2006. Viitattu 13.1.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/stm-opastaa-laakehoitoon-turvallisuutta-laakehoitosuunnitelman-avulla/>

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 4.1.2017. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Smeulers, M., Onderwater, A. T., Van Zwieten M. C. B & Vermeulen, H. 2014. Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study. Journal of Nursing Management 22, 276-285. Viitattu 4.9.2017. DOI: 10.1111/jonm.12225

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. 2007. Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto. Viitattu 29.11.2016. https://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf

Storli, M., Ingebrigtsen O., Nakrem, S. & Elstad, T. A. 2017. Safety measures for medication in nursing homes. Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning 7, 1 - 13. Viitattu 4.9.2017. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2016.59801

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Turun yliopisto.

Sulosaari, V. 2016. Medication Competence of nursing students in Finland. Turku: Turun yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Uski, A.-M. 2014. Lääkityspoikkeamien raportointi -osa turvallista lääkehoitoa. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.9.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014052710242>

Vogelsmeier, A., Scott-Cawiezell, J. & Zellmer, D. 2007. Barriers to safe Medication Administration in the Nursing Home. Exploring Staff Perceptions and Concerns About the Medication Use Process. Journal of Gerontological Nursing. 33, 5 - 12. Viitattu 3.9.2017. Saatavilla Kamk Finna, Ovid tietokanta.

Von Bonsdorff-Nikander, A. & Salminen, K. 2013. Lääkitysturvallisuus ja lääkehuollon palvelut avohoidon toimintayksiköissä. Sic!-lehti 2/2013. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Viitattu 2.9.2017. http://sic.fimea.fi/2_2013/laakitysturvallisuus_ja_laa-kehoidon_palvelut_avohoidon_toimintayksikoissa

LIITE 1. TIETOKANTAHAUT

Tietokanta	Hakusanat	Tuloksia	Valittuja (otsikko)	Valittuja (abstrakti)	Valittuja (lopullinen)
Medic	lääkitysturvallisuus	4	2	1	1
	hoitoko* AND lääkehoi*	46	1	1	0
	asumis* AND lääkehoi*	2	0	0	0
	lääk* AND aloit*	133	0	0	0
	turvallinen lääkehoito AND hoitoko*	120	1	0	0
	hoitolaito* AND lääkehoi*	2	1	1	1
Melinda	lääkitysturvallisuus	8	1	1	0
	"turvallinen lääkehoito"	8	1	0	0
	hoitoko? lääkehoi?	12	1	1	1
	asumis? lääkehoi?	18	1	1	1
	lääk? aloit?	157	0	0	0
	lääkitysturvalli?	19	2	0	0
	turvallinen lääkehoi?	54	8	2	0
	lääkehoidon toteuttaminen	21	3	2	1
Theseus	lääkitysturvallisuus AND hoitoko*	51	8	4	2
	lääkitysturvallisuus AND asumis*	45	7	6	2
	lääkitysturvallisuus	288	11	5	1
	"turvallinen lääkehoito" AND hoitoko* lääkehoitoprosess* AND hoitoko*	164	8	2	1
	hoitoko*	50	8	2	0
CIHAHL / EBSCO	medication safety AND nursing home	7	3	1	1
	medication management AND nursing home	14	4	2	1
	medication AND nursing home	89	10	4	1
	new medication AND nursing starting medication	10	2	0	0
	medication process AND nursing	16	0	0	0
		25	3	1	1

	nursing homes or care homes or long term care or residential care AND medication safety	168	11	4	1
	nursing homes or care homes or long term care or residential care AND medication management	80	12	4	0
Ovid	medication safety AND nursing home	25	2	1	1
	medication management AND nursing home	104	2	1	0
	new medication	32	0	0	0
	starting medication	9	0	0	0
	medication process AND nursing	10	2	0	0
					17

LIITE 2. KIRJALLISUUSKATSAUKSEEN HYVÄKSYTYT ARTIKKELIT

Tietokanta	Tekijä(t), tutkimus, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä, otos	Keskeiset tulokset / johtopäätökset
Medic	Von Bonsdorff-Nikander Anna ja Salmi Kristine. 2013. Lääkitysturvallisuus ja lääkehuollon palvelut avohoidon toimintayksiköissä. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea.	Sic! -lehden artikkeli	Sic! -lehden artikkeli	Huomioitavia asioita asiakkaiden henkilökohtaiset lääkemääräykset, lääkeneuvonnan toteutuminen, lääkkeiden jakelun, annostelun ja säilytyksen asianmukaisuus, lääkkeiden saatavuus akuutteihin tarpeisiin. Kehittämisideoina annostelu, yhteistyö apteekkien ja toimintayksiköiden välillä, moniammatillinen lääkehoidon arviointi.
	Mustajoki Pertti, Kinunen Marina, Aaltonen Leena-Maija & Hannula Kaija, 2015. Organisaatioiden saumat vuotavat. Suomen lääkärilehti.	Suomen lääkärilehden artikkeli.	Suomen lääkärilehden artikkeli.	Lääkehoito on altis virheille, koska annostelu vaatii tarkkuutta, prosessi on monimutkainen ja volyymi suuri. Virhe voi sattua lääkettä määrätessä, kirjatessa, jakaessa tai antaessa.
Melinda	Nykänen Minna, 2009. Turvallista lääkehoitoa hoitokodille -lääkehoitosuunnitelman laatiminen moniammatillisesti. Kuopio: Kuopion yliopisto	Tavoitteena Nikulanmäen kuntoutumiskylän lääkitysturvallisuuden parantaminen lääkehoitosuunnitelman avulla.	Projektityö	Keskeisiä lääkehoidon turvallisuutta parantavia muutoksia oli lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja systemaattisen täydennyskoulutuksen järjestäminen, johon apteekki osallistuu, selkeä vastuiden jakaminen ja työnjako, lupakäytännöt sekä lääkepoikkeamien systemaattinen seuranta.
	Etelä-Suomen aluehallintovirasto, 2010. Lääkehoidon toteuttaminen ikäihmisten asumis- ja laitostyksiköissä. Kevään 2010 kuntakyselyn tulokset.	Selvittää lääkehoidon toteuttamista kunnallisissa ikäihmisten tehostetun palveluasumisen yksiköissä sekä laitoksissa.	Aineisto koottiin Webropol-kyselyllä. Selvitykseen osallistui 130 toimintayksikköä.	Tulosten perusteella keskeiset suositukset: Lääkehoitosuunnitelma laaditaan toimintayksikkö- / työyksikkökohtaisena, lääkehoitoa toteuttavalla työntekijällä on oltava lääkehoidon koulutus, yksityisten toimintayksiköiden lääkehoidon ohjaus ja valvonta.
	Piironen Mirka, 2009. Ikääntyneen lääkehoidon toteut-	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyneiden	Aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyllä	Sairaanhoitajat pitivät omia lääkehoitotietojaan ja -taitojaan hyvinä. Vähiten tietoa sairaanhoitajilla oli omasta mielestään

	taminen vanhainkodissa: sairaanhoitajan näkökulma. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto.	lääkehoidon toteutumista vanhainkodeissa sairaanhoitajan näkökulmasta.	strukturoidulla kyselylomakkeella kaikilta erään Etelä-Suomen kaupungin vanhainkodeissa työskenteleviltä sairaanhoitajilta (N = 156).	lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Ne sairaanhoitajat, jotka olivat osallistuneet mielestään riittävästi lääkehoidon täydennyskoulutukseen, ilmoittivat läkehoidotaitonsa hyväksi ja tietonsa läkehoidosta useammin riittäviksi kuin ne sairaanhoitajat, jotka eivät olleet osallistuneet mielestään riittävästi lääkehoidon täydennyskoulutukseen.
Theseus	Autio Saara, Hyry Elisa ja Skyttä Johanna, 2016: Turvallinen lääkehoito hoivakodeissa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu	Selvittää lääkehoidon toteutumista ja riskitekijöitä Diakonissalaitoksen Hoiva Oy:n hoivakodeissa, joissa asukkaat ikääntyneitä/muistisairaita.	Kuuden sairaanhoitajan haastattelut. Laadullinen tutkimusmenetelmä, teemoittelu	Turvallisuuden kannalta merkittäviä tekijöitä ovat hoitajan lääkehoito-osaaminen, lääkkeiden kaksoistarkastus, täydennyskoulutus, asukkaan terveydentilan huomioiminen, rauhallinen ympäristö sekä hoitajan motivaatio ja asenne.
	Nygård, Susanna, 2014. Lääkitysturvallisuuden parantaminen lääkehoidon toimintatapoja kehittämällä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu	Selvittää palvelutalon hoitohenkilökunnan näkemyksiä minkälaisia palvelutalossa tapahtuvat lääkityspoikkeamat ovat, miksi niitä tapahtuu ja miten lääkehoidon toimintatapoja voidaan kehittää, jotta lääkityspoikkeamia ennaltaehkäistään.	Kehittämistyö ikääntyneille tarkoitettussa Vuoroparin palvelutalossa. Laadullinen sisälön analyysi sekä Learning café, yhteistoimintamenetelmä.	Hoitohenkilökunnan näkemyksen mukaan tyypillisimmät lääkityspoikkeamat liittyivät lääkkeiden jakoon, antoon ja kirjaamiseen. Niiden syiksi esitettiin työrauhan puute, puutteellinen tiedonkulku, huolimattomuus sekä unohdus ja kiire.
	Uski, Anna-Maria. 2014. Lääkityspoikkeamien raportointi -osa turvallista	Selvittää, kuinka paljon lääkityspoikkeamia oli vuonna 2013	Deduktiivinen sisällön analyysi ja sisälön erittely.	Ennaltaehkäisevinä toimenpiteenä poikkeamiin lääkkeiden kaksoistarkastus, lääkelistojen ajantasaisuus, lääkkeen oi-

	lääkehoitoa. Opin- näytetyö. Turun am- mattikorkeakoulu	Hovirinnan pal- velukeskuk- sessa, millaisia ne olivat ja, miten ne olivat raportoitu		kean säilytyksen ja käyttökun- toon saattamisen tarkistami- nen, lääkityspoikkeamista ra- portointi, lääkehoitosuunnitel- man ajantasaisuus, työntekijöi- den perehdytys ja opiskelu.
	Ahola Mika, Haiko- nen Satu & Hakka- rainen Reetta, 2011. Turvallinen lääke- hoito ja lääkitys- poikkeamat: kirjalli- suuskatsaus. Opin- näytetyö. Metropolia- ammattikorkea- koulu	Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata lääki- tyspoikkeamia ja niiden esiin- tyvyyttä ja en- naltaehkäisyä kirjallisuuden avulla	Kirjallisuus- katsaus	Tulokset osoittavat, että turval- linen lääkehoito sisältää monia riskikohtia ja parannettavaa on monella alueella. Parannuseh- dotuksia oli paljon, joista esiin nousivat varsinkin henkilöstön koulutus ja raportoinnin ja lää- kemääräysten kehittäminen.
	Lohman Mari, 2015. Järvenpään sosiaali- sairaalan lääkehoidon prosessi. Opin- näytetyö. Laurea - Ammattikorkeakoulu	Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Jär- venpään sosi- aalisairaalan lääkehoidon prosessi ja siinä esiintyvät riskitekijät lää- kitysturvalli- suuden näkö- kulmasta.	Tutkimus to- teutettiin ha- vainnoimalla neljää ja haastattele- malla viittä sairaalassa lääkehoitoa toteuttavaa työntekijää.	Toimintatapojen yhtenäistämi- seen eri toimipisteiden välillä tulisi jatkossa kiinnittää enem- män huomiota. Perehdytys tu- lisi yhtenäistää riippumatta siitä, kuka perehdyttää tai missä toimipisteessä perehdy- tys toteutetaan. Lääkehoidosta informoimiseen asiakkaille tu- lisi myös kiinnittää jatkossa enemmän huomiota.
	Kilpinen, Jenna. 2012. Lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun sekä po- tilaan informoinnin ja neuvonnan toteutu- minen LOST:n toi- mintayksiköissä. Opinnäytetyö. Lau- rea-ammattikorkea- koulu	Kuvata lääke- hoidon doku- mentoinnin ja tiedonkulun sekä potilaan informoinnin ja neuvonnan to- teutumista LOST:n toimin- taryksiköissä	Kolmen Loh- jan sosiaali- ja terveyden- huoltoalueen (LOST) sai- raanhoitajan teemahaas- tattelut, ai- neiston laa- dullinen ana- lyysi.	Potilaan neuvontaa ja ohjeis- tusta lääkkeiden käytössä osastoilla toteutettiin suulli- sesti. Parannettavaa oli lääke- hoidon vaikutusten kirjaami- sessa, lääkehoitoa koskevan tiedon siirtymisessä yksiköiden välillä ja lääkelistan oikeelli- suudessa ja ajantasaisuus- dessa.
CINAHL / EBSCO	Dilles Tinne, Else- viers Monique M., Van Rompaey Bart, Van Bortel Lucas M., & Vander Stichele Robert R. 2011. Bar- riers for Nurses to Safe Medication Management	Tunnistaa ja verrata hoita- jien kokemia lääkehoidon esteitä ja nii- den merkityk- siä hoitoko- dissa.	Aluksi 12 hoi- tajan ryhmä- keskustelut, joista sisällön analyysi ja sen jälkeen kyselytutki- mus 246 hoi- tajalle ja 270	Hoitajat kokivat hoitajaan, or- ganisaatioon, moniammatilli- seen yhteistyöhön sekä poti- laaseen ja omaisiin liittyviä tur- vallisen lääkehoidon esteitä. Lääkkeen valmistelu, antami- nen ja vaikutusten seuranta keskeytyivät, lääkkeiden yh- teisvaikutuksista ei ollut tar-

	in Nursing Homes. Belgia.		hoitoapulaiselle, joista tilastollinen analyysi.	peeksi tietoa ja moniammatillinen yhteistyö puutteellista. Oman ja muiden ammattiryhmien vastuiden jakautuminen ei ollut selkeää, esimerkiksi lääkehoidon vaikutusten seurannassa.
	Smeulers Marian, Onderwater Astrid T., Van Zwieten Myra C. B & Vermeulen Hester. 2014. Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study. Alankomaat.	Tutkia hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä lääkityspoikkeaminen ehkäisystä.	20 sairaanhoitajan puolistrukturoidut yksilöhaastattelut, laadullinen sisälön analyysi	Sairaanhoitajilla merkittävä rooli lääkitysturvallisuuden toteuttamisessa. Turvallisuuden edistämiseksi toimiva moniammatillinen yhteistyö, koulutus, tietokonepohjaiset lääkitysjärjestelmät, oppimisen mahdollistava työympäristö ja vastuun jakautuminen tärkeitä. Sairaanhoitajan tunnistettava tämä vastuu ja tiedettävä lääkehoidon riskeistä (esim. riskilääkkeet ja suuren riskin potilaat). Sairaanhoitajan kyky suoriutua tästä roolista sekä ympäristötekijät (mm. työpaine) vaikuttavat lääkitysturvallisuuteen.
	Gallagher Gordon, Mary. 2014. Improving the Process of Medication Administration. USA	Selvittää sairaanhoitajien näkemyksiä teknologian vaikutuksesta lääkehoitoprosessiin.	Kyselytutkimus, johon vastasi 92 hoitajaa.	Suuri osa sairaanhoitajista käyttää jonkinlaista teknologiaa potilaan lääkehoitoprosessin aikana, ja se on nykyisin olennainen osa lääkehoitoa. Teknologiaosaaminen ja osaamisen jatkuva päivittäminen teknologian kehittyessä kuuluu sairaanhoitajan työhön. Vaikka hoitajat kokivat teknologian käytön hidastavan prosessia, koettiin sen parantavan potilasturvallisuutta. Lääkitysvirheiden ehkäisemiseksi toteutumiseksi suositellaan myös organisaation lääkehoitoprosessin yhdenmukaistamista.
	Storli Marit, Ingebrigtsen Oddbjorn, Nakrem Sigrid & Elstad Toril A., 2017. Safety measures for medication in nursing homes. Norja.	Tutkimuksen tarkoituksena on osoittaa, kuinka hoitokodin turvatoimet toimivat lääkevirheiden estämiseksi.	Kuudentoista sairaanhoitajan ja 13 sairaanhoitajaopiskelijan haastattelut. Laadullinen	Tutkimus on osoittanut, että turvatoimenpiteet eivät toimi riittävän hyvin ja että hoitohenkilökunnalla on kasvava tarve lääketieteelliselle asiantuntemukselle. Tärkeä kysymys on, kuinka hoitotyön osaamista

			tutkimusmenetelmä ja teemoittelu.	voidaan hyödyntää turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa.
	The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2014. Managing medicines in care home. Social care guideline. Iso-Britannia.	Julkaisu antaa suositukset hoitokotien lääkehoidon prosesseista ja käytännön toteuttamisesta.	Suositukset laadittu näyttöön perustuva tietoa hyödyntäen.	Kattavat suositukset hoitokodin lääkehoitoprosessin jokaiseen vaiheeseen. Suosituksissa korostuu asukkaan oman osallisuuden tukeminen omaan lääkehoitoonsa sekä hoitokodin lääkehoitoon liittyvien toimintojen ajattelu prosesseina, jotka on kirjoitettu lääkehoitosuunnitelmaan.
Ovid	Vogelsmeier Amy, Scott-Cawiezell Jill & Zellmer David. 2007 Barriers to safe Medication Administration in the Nursing Home. Exploring Staff Perceptions and Concerns About the Medication Use Process. USA	Selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä lääkehoidon prosessista hoitokodissa.	76 hoitokodeissa työskentelevän sairaanhoitajan haastattelu yksilöllisesti tai ryhmässä. Haastatteluista sisällön analyysi, ja teemoittelu.	Kehitettävää ilmeni kommunikaatiossa, dokumentoinnissa, lääkkeiden kaksoistarkastuksessa ja lääkkeiden vaikutusten arvioinnissa. Uutta lääkitystä aloittaessa hoitokodin asukkaalle lääkkeen saavuus saattoi kestää päiviä. Eri hoitokodit raportoivat erilaisia toimintamenetelmiä uuden lääkkeen hankkimiseksi esimerkiksi viikonloppuisin tai loma-aikaan.

LIITE 3. ESIMERKKI AINEISTON ANALYYSISTÄ

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Lääkehoitosuunnitelma 4a Yhtenäiset toimintatavat 4b Hyvin organisoitu, hallitusti toteutettu lääkehoito 4c Yhteiset hoitolinjat 4d Lääkehoitoprosessin vaiheet kirjattuna 4e Lääkityspoikkeamien raportointi ja seuranta 4f	Hoitokodin toimintatavat 4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f	Hoito-organisaatio turvallisen lääkehoidon toteutuksessa tilanteessa jossa asukkaalle aloitetaan uusi lääkitys 4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 6a, 6b, 6c, 6d, 6e, 6f, 6g, 6h, 6i, 7a, 7b, 7c, 7d
Yhteistyö apteekin kanssa 5a Yhteistyö toimijoiden välillä 5b Tiedonkulku organisaatioiden välillä 5c Annosjakelupalvelun hyödyntäminen 5d Lääkkeiden saatavuus 5e	Yhteistyö hoitokodin ulkopuolelle 5a, 5b, 5c, 5d, 5e	
Lääkehoidon vastuun selkeä jakautuminen 6a Henkilökunnan työnjaon selkeys 6b Lääkehoidon vastuu vakituisella henkilökunnalla 6c Lääkehoito-osaamisen varmistaminen 6d Lupakäytännöt 6e	Hoitajan osaamisen varmistaminen, lupakäytännöt ja lisäkoulutus 6a, 6b, 6c, 6d, 6e, 6f, 6g, 6h, 6i	

Koulutustarpeiden arviointi 6f Uuden työntekijän perehdytys 6g Täydennyskoulutus 6h Oman osaamisen ylläpitäminen, kehittäminen 6i		
Lääkkeiden asianmukainen säilytys 7a Rauhallinen ympäristö /työrauha 7b Erillinen lääkkeenjako-tila 7c Asianmukaiset tilat lääkeshoidon toteutuksessa 7d	Hoitokodin tilat 7a, 7b, 7c, 7d	

LIITE 4. TURVALLINEN LÄÄKEHOITO UUDEN LÄÄKKEEN ALOITUKSESSA – TIIVISTELMÄ HOITOKODILLE

Turvallisen lääkehoidon toteutuminen uuden lääkkeen aloituksessa – Tiivistelmä hoitokodille

Hoito – Organisaatio

Hoitokodin toimintatavat

- Ajantasainen lääkehoitosuunnitelma kaikkien saatavilla
- Yhtenäiset toimintatavat lääkehoidon toteutuksessa
- Poikkeamaraportit

Yhteistyö hoitokodin ulkopuolelle

- Tiedonkulku lääkehoidon toimijoiden ja organisaatioiden välillä
- Lääkkeen saatavuuden varmistaminen

Hoitokodin tilat

- Rauhallinen, häiriötön tila lääkkeen käyttökuntoon saattamiseen (erillinen lääkkeenjako-tila)

Hoitajan osaamisen varmistaminen, lupakäytännöt ja lisäkoulutus

- Perehdytys, lääkeluvat
- Lääkehoidon täydennyskoulutukset

Henkilöstöresurssit

Selkeä työnjako

- Hoitotyöntekijöiden vastuut lääkehoidon toteutuksessa
- Työvuorolistalle merkattu lääkevastaava

Riittävät henkilöstöresurssit

- Riittävä aika lääkehoidon toteuttamiseen

Hoitotyöntekijä

Hoitajan tiedot

- Lääkehoidon koulutus, lääketietous
- Lääkehoidon riskit
- Asukkaan terveydentila
- Teknologiaosaaminen

Hoitajan taidot

- Lääkehoitoprosessin eri vaiheiden hallinta (säilytys, käyttökuntoon saattaminen, antaminen asukkaalle, vaikutusten seuranta, dokumentointi)
- Aseptiikka
- Lääkeneuvonta asukkaalle

Hoitajan asenne

- Motivaatio, kiinnostus ammattitaidon ylläpitoon
- Vireystila
- Rauhallinen työskentelytapa
- Työyhteisön ilmapiiri