

TURVALLISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN LY-
HYTAIKAISHOIDOSSA OLEVALLE ASIAKKAALLE

Lääkehoitokansion tuottaminen lyhytaikaishoidon yksiköille
palvelukeskus Henrikinhovissa

Kirsi Naukkarinen q32063

Opinnäytetyö

Diakonia-ammattikorkeakoulu

f39sh

TIIVISTELMÄ

Naukkarinen, Kirsi. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen lyhytaikaishoidossa olevalle asiakkaalle- lääkehoitokansion tuottaminen lyhytaikaishoidon yksiköille palvelukeskus Henrikinhovissa. Diak. Pori, syksy 2018, 93 s, 4 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, sairaanhoitajan koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa palvelukeskus Henrikinhovin lyhytaikaishoidon yksiköille lääkehoitokansio erityisesti lähihoitajien käyttöön turvaamaan lyhytaikaishoidossa olevien asiakkaiden turvallista ja laadukasta lääkehoitoa.

Kansion kokoamista varten kerättiin ennakkotietoa ja henkilökunnan toiveita kyselylomakkeen avulla. Kyselyssä selvitettiin mihin aiheisiin ja lääkehoidon osaluokkiin henkilökunta toivoi tukea ja ohjeita. Lisäksi haastateltiin yksiköissä työskenteleviä sairaanhoitajia ja hoitotyön esimiestä heidän toiveistaan. Kansion oltua käytössä kahden kuukauden ajan, kerättiin palautetta palautelomakkeella kansion hyödyllisyydestä ja toimivuudesta.

Opinnäytetyössä kerättiin tarvittavaa tietoa sekä teorialähteistä, että yhteistyökumppaneilta ja henkilökunnalta. Kerätyn informaation pohjalta koottiin lääkehoidon kansio, joka sisälsi muistilistan asiakkaan vastaanottolanteeseen, tiivistelmän lyhytaikaishoidon erityispiirteistä ja ohjeita päivittäiseen lääkehoidon toteuttamiseen yksikössä.

Kansion avulla pystyttiin tuottamaan henkilökunnalle materiaalia, joka tuki lyhytaikaishoidon yksikössä työskentelyä, asiakkaan vastaanottamista, lääkehoidon turvallisuutta ja perehdytystä sekä opiskelijoiden ohjausta.

Läákehoidon turvallisuutta pystyttiin lisäämään kansion materiaalin avulla sekä sillä, että opinnäytetyön toteutuksen kautta lääkehoidon ongelmakohtiin tartuttiin ja niitä lähdettiin aktiivisesti korjaamaan. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön avulla käynnistyi suuria muutoksia Henrikinhovin lyhytaikaishoidon yksiköiden lääkehoidossa.

Asiasanat: lääkehoito, lääkehoitokansio, lyhytaikaishoito, iäkkään lääkehoito, turvallisuus

ABSTRACT

Naukkarinen, Kirsi. Implementing safe medicinal treatment. A guide to the nursing personnel of Henrikinhovi, intensive service housing for the elderly. 93 pages, 4 appendices. Language: Finnish. Pori. Autumn 2018. Diaconia University of Applied Sciences. Degree programme in nursing. Degree title: nurse.

The aim of this bachelor's thesis was to provide a guide of safe medicinal treatment for Henrikinhovi service center. Henrikinhovi is an intensive service housing for the elderly with the need for interval care. Guide was specially planned for practical nurses and the aim was to guarantee safe and high-class treatment in pharmacological treatments.

The completed guide was based on the information the survey provided. Especially, the survey pointed out the medicinal areas the staff stated important and for what they needed more accurate information and support on. During the progress of the thesis, information was collected from well-trusted sources as well as by interviewing the nurses working in the interval units and the manager of the care. Feedback was collected via questionnaires after the couple of months, especially, focusing on the usefulness and functionality of the guide. The comprised folder consisted of a checklist for the admission of a client, the summary of the special features of interval care and instructions for implementing safe medicinal care.

As a result of the study, the material provided improved and increased the safety in medication with the elderly, when admitting a new customer, implementing medicinal treatment and when briefing new nurses and students. This study changed the practices, especially helped the nurses to notice the problems in their units and to solve them. All in all this thesis supported big changes in Henrikinhovi's interval units.

Key words: pharmacology, guide, interval, old people, safety

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	7
3 TURVALLINEN, TEHOKAS JA TALOUDELLINEN LÄÄKEHOITO.....	8
4 TURVALLISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN	9
4.1 Lääkehoitosuunnitelma	10
4.2 Turvallinen lääkehoitoprosessi	13
4.3 Aseptiikka lääkehoidossa	15
4.4 Hoitoon sitoutuminen.....	17
4.5 Potilaan ohjaus ja motivointi lääkehoidossa	18
5 IÄKKÄÄN LÄÄKEHOITO	21
5.1 Iäkkään lääkehoidon ongelmat ja haasteet	23
5.2 Ikääntyneen lääkityksen arviointi ja lopetus.....	26
5.3 Ikääntyneen lääkehoito kotihoidossa.....	26
6 YHTEISTYÖTAHO; PALVELUKESKUS HENRIKINHOVI	32
7 LÄÄKEHOITOKANSION TUOTTAMINEN JA KÄYTTÖÖNOTTO	34
7.1 Lääkehoitokansion suunnitteluvaihe.....	34
7.1.1 Lähtökohdat kansion työstämiselle	35
7.1.2 Lääkehoitokansion tavoitteet	35
7.2 Lääkehoitokansion tiedonhankinnan vaihe.....	37
7.2.1 Yhteistyöhenkilöiden tapaaminen	37
7.2.2 Ennakkokysely henkilökunnalle ja sen tulokset	38
7.2.3 Yhteenveto henkilökunnalta saaduista vastauksista	41
7.2.4 Lyhytaikaishoidon asiakkaan lääkehoidon seuraaminen	42
7.3 Lääkehoitokansion toteutusvaihe	44
7.4 Kansion esittely henkilökunnalle.....	47
7.5 Kansiesta kerätty palaute ja sen tulokset	48
POHDINTA	53

LÄHTEET	56
LIITTEET	58

1 JOHDANTO

Lääkehoidon turvallisuus on osa potilasturvallisuutta. Potilaalla on oikeus turvalliseen hoitoon ja siihen, ettei hän hoidon aikana vahingoitu. Turvallinen hoito tarkoittaa sitä, että hoitomenetelmät ja niiden toteuttaminen ovat turvallista. Myös lääkitys- ja laiteturvallisuus on osa potilasturvallisuutta. Lääkehoidon osalta potilasturvallisuus voi kärsiä, mikäli potilas saa haittavaikutuksia lääkkeestä tai lääkehoidossa tapahtuu muu poikkeama, jonka vuoksi potilas kokee haittaa. Potilasturvan edistämiseksi onkin tärkeää ymmärtää, etteivät asiat johdu yksittäisistä ihmisistä tai laitteista vaan tärkeässä roolissa on vuorovaikutus eri järjestelmien osien välillä. Turvallinen lääkehoito koostuu yksittäisen työntekijän ammattitaidosta, organisaation hyvin suunnitellusta toiminnasta sekä potilaan sitoutumisesta lääkehoitoonsa. (Sulosaari, Hahtela & Ranta 2013, 99–100.) Yhteistyökumppanini palvelukeskus Henrikinhovin hoitotyön esimies ja lyhytaikashoidon yksikössä työskentelevä sairaanhoitaja kertoivat tarpeestaan kehittää lääkehoidon turvallisuutta erityisesti lyhytaikashoittoon tulevien asiakkaiden kohdalla. Siitä lähti alkusysäys tälle opinnäytetyölle.

Noin joka kymmenes potilas joutuu alttiiksi haittatapahtumalle ja tulevaisuuden säästötoimet sekä hoitajien kiireen lisääntyminen tulevat varmasti lisäämään riskiä niiden lisääntymiselle. Siksi onkin tärkeää kehittää toimintatapoja ja – malleja joiden avulla voidaan tuottaa turvallista ja laadukasta hoitoa. Erityisesti lääkehoidossa tapahtuu paljon vaaratilanteita. Sairaanhoitajilla onkin suuri rooli lääkehoidon turvallisuuden varmistamisessa. Heidän tulee olla sitoutuneita toimimaan, varmistamaan ja kehittämään turvallista lääkehoitoa yksiköissään. Suurin osa tilastoiduista vaaratilanteista ja poikkeamista olisi ollut ennalta ehkäistävissä tai kokonaan estettävissä. Lääkehoidon ja potilasturvallisuuden hallinta perustuukin osa-alueisiin, joita ovat suunnitelmallisuus, riskien säännöllinen arviointi, vaaratapahtumista raportointi ja niistä oppiminen, toiminnan kehittäminen, vastuiden selkeä määrittäminen ja yhteiset toimintatavat. (Sulosaari ym. 2013, 99–100.) Palvelukeskus Henrikinhovissa on todettu lyhytaikashoidossa olevien asiakkaiden lääkehoito haastavaksi. Tämän työn kautta tarkoitukseni on lähteä etsimään heidän organisaationsa ongelma- ja riskikohtia ja pohtimaan yhdessä henkilökunnan kanssa keinoja lääkepoikkeamien ja vaaratilanteiden ehkäisemiseksi.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni avulla tuotetaan palvelukeskus Henrikinhovin henkilökunnan ja erityisesti lähihoitajien käyttöön yksikkökohtainen kansio lyhytaikaishoidossa olevien lääkehoidosta, jonka avulla he voivat suorittaa näiden asiakkaiden lääkehoitoa turvallisesti. Kansioon tuotetaan selkeää ja arkeen sopivaa materiaalia, kuten muistilistoja ja yksinkertaisia infokokonaisuuksia, joiden avulla henkilökunta pystyy tarkistamaan suorittamansa työtehtävät ja asiakkaan lääkehoidon keskeisimmät osa-alueet esimerkiksi asiakkaan saapuessa lyhytaikaisjaksolle. Kansion avulla pyritään myös tukemaan lähihoitajien roolia lääkehoidossa ja vahvistamaan heidän osaamistaan. Lähihoitajien vastuu lääkehoidossa korostuu lyhytaikaishoidon yksiköissä ja työni avulla pyritään lisäämään heidän vastuunottoa, aktiivisuutta ja epäkohtiin pureutumista lääkehoitoa toteuttaessaan.

Lyhytaikaishoidon yksiköiden lääkehoidon kansiota koostaessa käytetään hyödyksi henkilökunnan osaamista ja tietopohjaa. Heiltä kerätään toiveita sen suhteen mihin asioihin he kaipaavat tukea. Kansion avulla tavoitellaan yhtenäisiä toimintatapoja työntekijöiden kesken sekä kirjaamisen, että työtapojen suhteen. Kansioon tuotetaan yksinkertaisia käytännön ohjeita, joihin henkilökunta pystyy tukeutumaan asiakasta hoitaessaan ja hänen hoitoaan suunnitellessaan. Kansion kokonaisuus ja sen sisältö perustuvat siis sairaanhoitajien sekä osastolla työskentelevien lähihoitajien toiveisiin siitä, mihin lääkehoidon osa-alueisiin he toivoisivat tukea ja selkeitä ohjeita.

Lääkehoitokansion oltua käytössä noin kahden kuukauden ajan kerätään palaute lyhytaikaishoidon yksiköiden henkilökunnalta siitä, ovatko he kokeneet kansion hyödylliseksi ja onko siitä ollut apua arjen lääkehoitoa toteuttaessa. Lisäksi loppukeskustelun avulla kerätään palaute sairaanhoitajilta, tiimivastaavilta ja vanhuspalvelupäälliköltä. Näiden palautteiden avulla voidaan arvioida opinnäytetyöni tavoitteiden saavuttamista.

3 TURVALLINEN, TEHOKAS JA TALOUDELLINEN LÄÄKEHOITO

Onnistunut lääkehoito on moniammatillista yhteistyötä. Päärooleissa ovat lääkärit, hoitajat ja farmasian alan ammattilaiset. Onnistunutta lääkehoitoa kuvaamaan käytetään usein T-T-T-mallia. Turvallinen, tehokas ja taloudellinen. (Koskinen, Puirava, Salimäki, Puirava & Ojala 2012, 46.)

Turvallisen lääkehoidon perustana on jokaisen ammattiryhmän ymmärrys omasta toimenkuvastaan ja vastuistaan. Mahdollisimman turvallisen lääkehoidon taustalla on yhteisymmärrys ammattilaisten sekä potilaan välillä. Vastuun lääkehoidon turvallisuudesta kuitenkin kantaa ammattilaiset; lääkärit, hoitajat, farmaseutit ja proviisorit. Oman roolin ymmärtäminen sekä tietämyksen ja osaamisen jakaminen työryhmän kesken lisää lääkehoidon turvallisuutta. Moniammatillisessa ryhmässä tärkeää on kunnioittaa toisen ammattia ja hänen osaamistaan. Suomalaisessa hoitokulttuurissa edelleen haasteena ovat avoimuuden puuttuminen ja liialliset hierarkkiset rakenteet. Työnohjauksella ja kouluttamisella voidaan kuitenkin kehittää moniammatillista yhteistyötä ja näin saada kaikkien osaaminen käyttöön takaamaan turvallisen lääkehoidon onnistuminen. (Koskinen ym. 2012, 46–47.)

Tehokas lääkehoito voidaan määrittää tavoitteiden ja niiden saavuttamisen perustella. Lääkehoidon tavoite on ennen kaikkea parantaa potilaan elämän laatua. Tavoite saavutetaan, kun potilaan elämänlaatua heikentävät tekijät on tunnistettu ja ne on lääkehoidon avulla saatu poistettua tai ainakin hallintaan. Kun tavoitteet saavutetaan toistuvasti, voidaan puhua tehokkaasta lääkehoidosta. (Koskinen ym. 2012, 48.)

T-T-T- mallin tarkoituksena on myös pienentää lääkehoidosta aiheutuvia kustannuksia. Mallin avulla opitaan jakamaan vastuut oikein, välttämään turhaa tai väärää lääkehoitoa, lisäämään potilaiden elämänlaatua ja sitä kautta säästämään yhteiskunnan varoja. Taloudellisuus lääkehoidossa näkyy siis suorina kustannuksien laskuina, mutta myös pitkäaikaisina hyötyinä ja kestäväenä kehityksenä lääkehoidossa. (Koskinen ym. 2012, 49.)

4 TURVALLISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN

Lääkehoidon turvallisuus voidaan jakaa kahteen osa-alueeseen; lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus liittyy lääkkeiden farmakologisiin ominaisuuksiin ja niiden tuntemiseen. Lääkitysturvallisuus taas liittyy lääkkeiden käyttöön ja hoitoprosessin toteuttamiseen. (Nurminen 2011, 116.) Lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa ongelmia voi syntyä monessa eri vaiheessa ja lääkityspoikkeamia sattuu kaikkialla. Vakavista vaaratilanteista, joita Valvira tutkii, moni liittyy lääkitykseen. Erityisesti riskiryhmään kuuluvat iäkkäät ja monilääkityt potilaat. Lääkityspoikkeama voi olla apteekkiin toimitetussa reseptissä. Siinä voi olla esimerkiksi väärä annos, pakkauskoko tai kokonaan väärä lääke. Vaaratapahtumia voi tulla myös sairaalahoidon aikana annetuissa lääkemääräyksissä tai lääkehoidon toteutuksessa. Virheitä voi tapahtua lääkkeenjaon tai antamisen aikana. Lisäksi vaaratilanteita voi syntyä, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen tai kotiin, jolloin ajantasainen lääkitystieto ei siirrykään potilaan mukana. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 9-10.) Yleisimmin lääkityspoikkeamia tapahtuu kirjaamisessa ja lääkkeiden antamisessa. Poikkeaman taustalla yleisimmin on tiedonkulun katkos tai inhimillinen erehdys. Hoitovirheitä tapahtuu myös kiireen ja puutteellisen perehdytyksen vuoksi. Virheen sattuessa tulee reagoida välittömästi, tilanteesta ilmoitettava lääkärille, tapahtuma tulee dokumentoida potilasasiakirjoihin ja virheestä tulee kertoa myös potilaalle itselle. (Nurminen 2011, 116-117.)

Turvallisen lääkehoidon taustalla on aina osaaminen, joka perustuu hyvään ammatilliseen peruskoulutukseen, täydennyskoulutukseen ja kokemukseen. Pelkästään osaaminen ei kuitenkaan riitä. Suurin osa vaaratilanteista johtuu kommunikaation ongelmista terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välillä tai ammattihenkilöiden kesken. Lisäksi vaaratilanteita aiheuttavat vaaralliset toimintatavat ja suojausten puutteet. Toisaalta potilaan ohjaus saattaa olla puutteellista ja lääke voi jäädä kokonaan ottamatta. Huomaamatta voi myös jäädä erilaiset haittavaikutukset ja toivottujen vaikutusten puute, tässä erityishaasteena lisäksi monilääkityspotilaat. (Inkinen ym. 2016, 3-4.) Turvallisen lääkehoidon toteuttamisen apuna toimii Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Turvallinen lääkehoito opas, joka velvoittaa lääkehoitosuunnitelman tekoon. Lääkehoitosuunnitelma on

osa organisaation laadunhallintaa ja potilasturvallisuuden suunnitelmaa. (Sulo-
saari, Hahtela & Ranta 2013, 101.)

4.1 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoitosuunnitelma on käytännön apuväline lääkehoidon kehittämiseksi. Sii-
hen on hyvä koota esimerkiksi kaikki ohjeistukset liittyen lääkehoitoon, joita orga-
nisaatiossa on käytössä. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 18.) Yksikön lääkehoi-
don tulee perustua tähän suunnitelmaan, joka on osa terveydenhuoltolain 8 §:ssä
säädettyä laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Lääkehoitosuunnitelmalla
pyritään varmistamaan lääkehoidon laatu ja turvallisuus. Se on osa jokaisen uu-
den työntekijän perehdytystä ja heidän tulee saada tietää kenen vastuulla lääke-
hoidon eri osa-alueet ovat ja miten lääkehoitoa yksikössä käytännössä toteute-
taan. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee aina huomioida oman yksikön kannalta
oleelliset asiat ja tunnistaa kriittiset lääketurvallisuuden alueet. (Inkinen ym. 2016,
12.)

Lääkehoitosuunnitelman muotoa ohjaavat säädökset. Velvoittavat normit lääke-
hoitosuunnitelman takana ovat potilasturvallisuusasetus 341/2011 ja laki potilaan
asemasta ja oikeuksista 785/1992. Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmasta tu-
lisikin näiden säädösten mukaisesti löytyä seuraavat tiedot:

- lääkehoitoon liittyvien riskien tunnistaminen ja niihin varautuminen
- turvalliseen lääkehoitoon perehdyttäminen
- henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
- opiskelija lääkehoidon toteuttajana
- lääkehuollon järjestäminen
- lääkehoidon toteuttaminen
- lääkehoidon vaaratapahtumissa toimiminen
- potilaan ja omaisten ohjaus ja neuvonta
- dokumentointi ja tiedonkulku
- seuranta- ja palautejärjestelmät

Lisäksi lääkehoitosuunnitelmassa tulee kuvata lääkehoidon osaamisvaatimukset, miten osaaminen varmistetaan ja ylläpidetään sekä arvioida lääkehoidon vaikuttavuus. (Inkinen ym. 2016, 12.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito on lääkehoidon toteuttamiseen tarkoitettu laatusuositus. Oppaan mukaan jokainen sosiaali- ja terveyshuollon toimintayksikkö on veloitettu tekemään suunnitelma siitä, kuinka potilaiden lääkehoito käytännössä toteutetaan. Periaatteet ovat samat huolimatta potilaan hoitopaikasta tai palvelua tuottavasta yksiköstä. Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa toimintayksikön johto. Aluehallintovirastot valvovat yksiköiden lääkehoidon asianmukaisuutta. Lääkehoitosuunnitelma on myös yksi laatuvaatimuksista esimerkiksi kuntien ostaessa palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. (Tokola 2010, 257.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan jokaisessa terveydenhuollon ja sosiaalialan yksikössä on oltava vastaava lääkäri. Vastaava lääkäri johtaa ja valvoo yksikön terveydenhuoltoa ja myös hyväksyy yksikön lääkehoitosuunnitelman. Lääkehoitosuunnitelman laatimisessa hyväksi käytännöksi on osoittautunut, että johto nimeää moniammatillisen työryhmän joka vastaa suunnitelman teosta sekä määrittelee tarvittavat resurssit, keinot ja vastuunjaon. Lääkehoitosuunnitelma olisi hyvä tarkistaa vähintään kerran vuodessa ja se tulee päivittää aina, kun säädöksissä, toiminnassa tai olosuhteissa tapahtuu muutoksia. (Inkinen ym. 2016, 12–14.)

Lääkehoitosuunnitelmaan voidaan ohjeistaa myös uusia toimintatapoja, kuten Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on tehty. Siellä on käyttöön otettu uusi tapa jakaa lääkkeitä. Lääkehoitosuunnitelmassa ohjataan jakamaan lääkkeit suoraan potilastietojärjestelmän lääkitysosiosta, jolloin voidaan varmistua potilaan lääkityksen ajantasaisuudesta. Entuudestaan tuttu kaksoistarkastus on muovattu uuteen malliin. Lääkkeet jaetaan parityöskentelynä, jolloin tarkistus tapahtuu samanaikaisesti jaon kanssa. Tätä tapaa kutsutaan systemaattiseksi lääkkeenjaoksi parityönä. Työpariin kuuluu annosteleva ja avustava hoitaja. Avustavan hoitajan tehtävänä on lukea lääkitysosiosta ääneen lääke, annosmäärä ja antoaika. Annosteleva hoitaja varmistaa, että hänellä on sama tieto

omassa tulosteessa ja ilmoittaa lääkkeen tiedot ääneen. Avustava hoitaja seuraa lääkkeenjakoa ja valvoo, että oikea lääke jaetaan oikeaan paikkaan. Tämän jälkeen hän tarkistaa saman vielä uudestaan ja merkitsee lääkelistaan ”tarkistettu”. (Hörkkö. 2017, 26-27.)

Lääkkeenjaossa osastofarmaseutin tai sairaanhoitajan parina voi toimia myös perus- ja lähihoitaja sekä sairaanhoitaja- tai lähihoitajaopiskelija. Kun perus- sekä lähihoitajat osallistuvat aikaisempaa aktiivisemmin lääkehoitoon, heidän lääkeosaamisensa kehittyy ja osaamisen arvostus kasvaa. Kaiken kaikkiaan varmuus ja toiminnan systemaattisuus lääkkeenjaossa lisääntyy. Kesällä 2016 tehtiin Tyksin keuhkosairauksien osastolla, joka on ottanut tämän toimintatavan käyttöön, seuranta lääkkeiden perinteisen kaksoistarkistuksen ja systemaattisen lääkejaon välillä. Seurannassa tarkistettiin, täsmäsikö tulosteet lääkitysten osalta lääkitysosioiden kanssa. Seurannassa saatiin tulokseksi, että systemaattista lääkkeenjakoa käyttävillä osastoilla esiintyi vähemmän lääkkeidenjakovirheitä ja tulosteet olivat paremmin ajan tasalla. Tätä kautta potilasturvallisuus lisääntyi. (Hörkkö 2017, 27-29.)

Jokaiselle työyksikölle tulee tehdä työyksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma ja se pitää rakentaa jokaiselle toimintayksikölle itselleen sopivaksi ja vastaamaan kyseisen yksikön tarpeisiin ja riskeihin. Suunnitelmassa määritellään henkilökunnan lääkehoidon osaamisvaatimukset sekä sen pohjalta voidaan arvioida lisäkoulutuksen tarve. Suunnitelmassa näkyy myös henkilöstön tarvittava määrä kussakin vuorossa sekä omalle yksikölle ominaiset lääkehoidon erityispiirteet. Jokaisessa vuorossa tulee olla henkilökuntaa niin, että lääkehoitoa voidaan turvallisesti toteuttaa. Myös lomien ja sairaspöissaolojen aikana. Yksikkökohtaisessa lääkehoitosuunnitelmassa pyritään tunnistamaan omalle yksikölle ominaisimmat vaaranpaikat, tehdään suunnitelma, miten niitä voidaan välttää ja myös ohjeet, miten tulee toimia, jos lääkehoidossa poikkeama kuitenkin tapahtuu. Henkilökunnan lääkehoidon osaamista tulee jatkuvasti arvioida ja jokaisen henkilökohtainen vastuu on huolehtia jatkuvasta osaamisensa ylläpitämisestä ja taitojensa päivittämisestä. Johdon tehtävä on huolehtia, että henkilökunnalla on mahdollisuus kouluttautumiseen. Uusien työntekijöiden perehtyminen lääkehoitosuunnitel-

maan on välttämätöntä heti työsuhteen alussa. Myös suunnitelman päivittämisestä tulee huolehtia. Se, että työyksikössä toimitaan lääkehoitosuunnitelman mukaisesti, on jokaisen työntekijän henkilökohtainen vastuu. (Inkinen ym. 2016, 14.)

Myös jokaisella potilaalla on oma henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma, josta vastaa hoitava lääkäri. Yksinkertaisimmillaan se voi olla lääkemääräys eli resepti tai ajantasainen lääkityslista. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi potilaan henkilötiedot, jokaisen lääkkeen nimi ja vahvuus, lääkemuohto ja antoreitti, annostusohje, hoidon kesto, lääkkeen käyttötarkoitus sekä lääkkeen määrääjän nimi ja SV-numero. Mikäli kyseessä on pitkäkestoinen lääkehoito, tulee suunnitelmassa myös näkyä kuka hoidon vaikuttavuutta seuraa ja keneen potilas voi olla yhteydessä, mikäli hoidossa ilmenee ongelmia. (Inkinen ym. 2016, 14–15.)

4.2 Turvallinen lääkehoitoprosessi

Lääkehoitosuunnitelmassa arvioidut riskit ja riskikohdat voidaan tunnistaa erilaisen työkalujen avulla, mutta tämä voidaan tehdä yksinkertaisesti myös keskustelemalla henkilökunnan kanssa ja sitä kautta tunnistamalla riskialueet. Potilaan hoitoketjun aikana häntä hoitaa useat eri terveydenalan ammattilaiset ja tämän ketjun aikana vaaratilanteita voi tulla esimerkiksi puutteellisen kommunikaation vuoksi. (Sulosaari ym. 2013, 103.)

Potilaan hoitoketjua voidaan ajatella myös prosessina. Seuraavaksi kuvataan miten prosessin tulisi edetä, jotta se olisi turvallinen ja mitä suojauksia voidaan käyttää turvallisen lääkehoitoprosessin saavuttamiseksi. Potilaan hakeutuessa hoitoon käydään hänen kanssaan läpi kirjallinen lääkelista. Tätä lääkelistaa potilas voi täydentää myös itse niin kyetessään. Lääkelistassa tulee näkyä potilaan kotilääkitys, mukaan lukien särkylääkkeet ja luontaistuotteet. Listasta tulisi löytyä myös tiedot perussairauksista, rokotustiedoista ja lääkeaineallergioista. Tämän jälkeen potilas saa tunnistusrannekkeen. Mikäli ranneketta ei ole käytössä, potilas tulee identifioida muilla keinoin. Lääkäri arvioi aina lääkehoidon tarpeen sekä antaa lääkepää tökset ja – määräykset. Tässä vaiheessa apuna voidaan käyttää

lääketietokantoja, kuten Pharmaca Fennica tai Terveysportin Lääkeinteraktiot ja -haitat sivustoa. Mikäli lääkäri antaa uusia lääkemääräyksiä, hoitaja tekee nämä muutokset ja kirjaa ne lääkehoitolehdelle. Jokaisella yksiköllä on käytössä omat toiminta- ja merkitsemistavat, joilla lääkemutokset ilmoitetaan. Mikäli lääkemääräys annetaan suullisesti, hoitaja toistaa määräyksen ääneen varmistaakseen, että on kuullut ja ymmärtänyt määräyksen oikein. Kun muutokset on lääkelistoihin tehty, tulee huolehtia päivitettyjen listojen tulostamisesta. Lääkelistat voidaan tulostaa päivittäin samaan kellonaikaan tai ne käydään muulla tavoin säännöllisesti läpi ja varmistetaan, että lääkelistat ovat yhteneviä. (Sulosaari ym. 2013, 104–105.)

Lääkkeiden jakamisen ja käyttökuntoon saattamisen aluksi tulee varmistaa, että lääkkeet tarkastetaan säännöllisesti. Tästä vastaa lääkehoitovastaava hoitaja. Lääkekaapissa ei saa olla vanhentuneita tai muuten käyttöön soveltumattomia lääkkeitä. Lääkehoidon aikana tulee myös noudattaa aseptiikkaa. Tilat, joissa työskennellään lääkkeiden kanssa, tulee olla puhtaat. Myös lääkkeitä käsiteltäessä tulee noudattaa aseptisia työotteita, huolehtia käsihygieniasta, käyttää asianmukaisia suojaimia sekä välttää viilto- ja pistohaavoja. Näin pyritään välttämään infektioita ja mikrobien siirtymistä hoitajalta potilaalle, potilaalta hoitajalle tai potilaalta toiselle hoitajan välityksellä. Lääkkeitä valmistaessa tai käsiteltäessä tulee henkilöllä olla ehdoton työrauha. Henkilö voi pukea ylleen lääkkeenjakoauhan tai työtilan oveen voidaan laittaa kyltti, joka ilmoittaa lääkejaon olevan käynnissä. Lääkkeitä jakaessa tulee aina varmistaa lääkkeen nimi ja vaikuttava aine, lääkemuo- to ja vahvuus, lääkkeen antamiskerrat ja –ajat sekä tarkistaa lääkkeen päällekkäisyydet. Lääkkeet voidaan jakaa erivärisiin lääkelaseihin, jotka noudattavat sovittua kaavaa. Esimerkiksi aamulääkkeet jaetaan keltaiseen lääkemukiin. Myös kaksoistarkistusta tulee noudattaa lääkkeenjaossa. Toinen hoitaja tarkistaa toisen hoitajan jakamat lääkkeet. (Sulosaari ym. 2013, 104–106.)

Lääkkeen antovaiheessa potilas tulee tunnistaa joka kerta. Potilaalla tulee olla tunnistusranneke. Potilaan henkilöllisyys varmistetaan rannekkeesta ja kysymällä henkilötunnusta ennen lääkehoidon antamista. Lääkettä annettaessa varmistetaan vielä lääkkeen oikeellisuus ja antotapa tai –reitti. Myös potilaalle kerrotaan mitä lääkettä hänelle annetaan. Lopuksi kirjataan lääkkeenanto. Kotiin tai

jatkohoitopaikkaan lähdetessä potilaalle annetaan lääkehoidon ohjausta ja kirjalliset lääkitystiedot. (Sulosaari ym. 2013, 106–107.)

Osa turvallista lääkehoitoa on myös seurannan toteuttaminen säännöllisesti. Keskeinen osa lääkehoitosuunnitelmaa on poikkeamista ilmoittaminen, niiden selvittäminen ja käsittely sekä niistä oppinen. Tällä kaikella pyritään potilasturvallisuuden paranemiseen oppimalla läheltä piti-tilanteista ja haittatapahtumista. Tarkoitus ei ole korostaa yksittäisen henkilön virhettä, puutetta tai vahinkoa vaan raportoinnin avulla tähdätään järjestelmävirheiden löytymiseen. Lisäksi toimintaa ja toimintatapoja voidaan kehittää raportoinnin avulla. (Sulosaari ym. 2013, 109.)

4.3 Aseptiikka lääkehoidossa

Lääkehoidon suorittaminen ei saa missään vaiheessa lisätä potilaan infektioriskiä ja kaikissa lääkehoidon vaiheissa vaaditaan tarkkaa aseptiikan noudattamista. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 185). Aseptiikka tarkoittaa menettelytapoja, joiden avulla pyritään toimimaan mikrobittomasti. (Terveyskirjasto 2017. Lääketieteen sanasto). Lääkehoidossa tulee huomioida välineiden ja ympäristön puhtaus niin, että lääkehoitoa pystytään toteuttamaan turvallisesti ja ilman potilaalle aiheutuvaa infektioriskiä. Keskiössä on hoitajan oma toimintatapojen arviointi, toimintatapojen kehittäminen ja uusien tapojen omaksuminen. Aseptiseen työskentelytapaan kuuluu aseptisen työjärjestyksen noudattaminen (puhtaasta likaiseen), toiminnan suunnittelu, käsihygienia, suojapukeutuminen, kiireetön ja rauhallinen työympäristö, hyvä valaistus ja asianmukaiset välineet, lääkkeiden aseptinen käsittely ja potilaan ohjaus. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 185.) Myös infektioiden torjuntaan liittyvät periaatteet ja niiden noudattaminen ovat hoitajan perustaitoja. Näitä periaatteita ovat oikeanlainen käsihygienia, aseptiikka eli infektioiden syntymisen estäminen, oikea suojainten käyttö, oikeat työskentelytavat sekä pisto- ja viiltovahinkojen välttäminen. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 162–163.) Jokaisella hoitajalla tulee olla aseptinen omatunto, joka perustuu tietoon, taitoon ja kokemukseen, joiden avulla hoitaja sitoutuu toimimaan aseptisesti. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 185.) Aseptinen omatunto on hoitajan eettinen

ohje ja arvo, joka määrittää millaista hoitoa potilas saa. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 163).

Lääkehoidossa infektioiden ehkäisyn kannalta erityisesti korostuu käsihygienia. Siitä tulee huolehtia aina ennen lääkkeiden käyttökuntoon saattamista, potilaalle lääkkeiden antamista tai jokaisen keskeytyksen jälkeen. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 185.) Lääkkeitä ei käsitellä koskaan paljain käsin vaan aina käytetään suojakäsineitä. Myös erilaiset atulat, lusikat ja tabletinpuolittajat ovat hyviä työvälineitä. Nämä työvälineet pestään päivittäin vedellä ja saippualla. Myös työtasot pyyhitään desinfiointiaineella. Lääketarjottimien ja dosettien pesusta tulee huolehtia kerran kuukaudessa tai aina tarvittaessa. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 164-168.) Käytettävät neulat ja ruiskut tulee pitää steriileinä ja mikäli lääkettä annostellaan esimerkiksi lagenulasta tai ampullista, tulee myös niiden steriilydestä huolehtia puhdistamalla ne ennen lääkkeen vetämistä. Myös pistopaikka tulee desinfioida. Injektioita annettaessa tulee käyttää tehdaspuhtaita suojakäsineitä. Suojakäsineet vaihdetaan jokaisen potilaan välissä. Ennen suojakäsineiden pukemista, kädet desinfioidaan käsihuuhteella. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 185.)

Aseptisiin työtapoihin kuuluu potilaan infektioriskin välttämisen lisäksi myös infektioriskin välttäminen itselle ja työtoverille. Tästä yleisin esimerkki lienee pistotapaturmat. Neulanpistotapaturmia ehkäistään käyttämällä turvaneuloja, -ruiskuja ja -kanyyleja sekä huolehtimalla turvallisesta neulojen ja pistävien jätteiden käsittelystä. Viiltävä jäte ja neulat on laitettava heti käytön jälkeen särmaisjäteastiaan ja neuloja ei saa missään tapauksessa laittaa uudelleen suojatulppaan. Mikäli kuitenkin neulanpistotapaturma tapahtuu, tulee kaikkien tietää miten toimia. Altistunut alue puhdistetaan runsaalla vedellä. Haavaa ei saa puristaa. Tämän jälkeen vauriokohtaan laitetaan vähintään 70-prosenttinen alkoholihaude kahden minuutin ajaksi. Tämä vaihe on erityisen tärkeä, mikäli neulasta tullutta verta on haavassa, haavaisella iholla tai pistohaavassa. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 189.)

4.4 Hoitoon sitoutuminen

Ongelmat lääkehoidossa alkavat useimmiten siinä vaiheessa, kun lääkettä pitäisi alkaa käyttää annettujen ohjeiden mukaan kotona. Lääkehoidon ongelmat korostuvat erityisesti pitkäaikaisessa hoidossa. Lääkkeitä jää ottamatta tai niiden käyttö lopetetaan kokonaan. On arvioitu, että vain puolet pitkäaikaissairaista käyttää lääkkeitään annettujen ohjeiden mukaisesti. Vielä huonommalla tasolla on sitoutuminen terveyttä tukeviin ja sairauden pahenemista ehkäiseviin elämäntapoihin. Huono lääkehoitoon sitoutuminen lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta sekä lisää terveydenhuollon kustannuksia. Se voidaankin jo luokitella lähes kansanterveysongelmaksi. (Koskinen ym. 2012, 163.)

Heikko sitoutuminen lääkehoitoon voi ilmetä väärän annoksen ottona, väärään aikaan ottamisena tai lääkkeenottotekniikka on väärä. Yleistä on myös annosten unohtaminen, lääkityksen lopettaminen tai lääkettä ei haeta ollenkaan apteekista. Sitoutumiseen vaikuttaa vahvasti lääkehoidon kesto sekä päivittäisten annosten määrä. Lyhyeen lääkekuuriin sitoudutaan huomattavasti paremmin, kuin pitkään jatkuvaan hoitoon. Myös useat annokset päivässä heikentävät sitoutumista. Lisäksi motivoitumista häiritsee, mikäli oma sairaus koetaan oireettomana, ei ymmärretä lääkehoidon tarkoitusta tai vaikutusta eikä sen tavoitteita. Lääkkeen mukanaan tuomat rajoitukset, kuten alkoholin käyttökielto tai autolla ajamisen estyminen, voivat lisätä lääkehoidon vastustusta. Niinkin yksinkertainen asia, kuin lääkkeen ottamiseen liittyvät hankaluudet, kuten vaikeasti avattava pakkaus tai lääkkeen hinta voivat vaikuttaa. Muistisairaus, epäselvät ohjeet, huono hoitosuhde terveydenhuollon henkilöstöön, pelko lääkeriippuvuudesta tai haittavaikutuksista heikentävät myös sitoutumista omaan lääkehoitoon. (Koskinen ym. 2012, 163–164.) Tärkeimpiä syitä lääkehoidossa esiintyviin ongelmiin on yleensä potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen laatu ja kommunikation puute. Potilaan kanssa tulisi aina yhteistyössä tutkia eri hoitovaihtoehtoja, tehdä yhdessä hoitosuunnitelma, keskustella hoidon toteutuksesta ja suunnitella seuranta. Kun potilaalla on aktiivinen rooli omassa hoidossaan, hän voi oppia omasta sairaudestaan ja tehdä tietoisien päätöksen hoitoon sitoutumisesta. Hoidon laiminlyömissä taustalla on usein potilaan jättäminen päätöksenteon ulko-

puolelle sekä turhautuminen, kun heidän toivomuksiaan, tuntemuksiaan ja kokemuksiaan ei ole otettu huomioon hoitopäätöksissä. (Airaksinen & Dahlström 2005, 21-22.)

Lääkehoitoon sitoutuminen ei ole tasaisesti hyvää tai huonoa. Se voi vaihdella eri aikoina ja eri sairauden yhteydessä. Toista sairautta voidaan hoitaa samalla kuin toista laiminlyödään. On aikoja, jolloin potilas sitoutuu lääkehoitoon täydellisesti ja jonkin ajan kuluttua luopuu siitä. Tärkeintä onkin kiinnittää huomioita asiakkaan lääkehoitoon niin kauan, kuin se kestää. (Koskinen ym. 2012, 164.)

Lääkehoidon toteutumista annettujen ohjeiden mukaisesti on vaikea arvioida. Pelkästään asiakkaalta asiasta kysyminen ei anna välttämättä totuuden mukaista kuvaa. Monesti ihmiset haluavat miellyttää hoitavaa henkilökuntaa, eivätkä kerro totuutta. Myös tietynlainen pelko ja kunnioitus voi estää avoimen kommunikation. Lääkkeen ottoa voidaan havainnoida, mutta suora arviointi on vaikeaa. Jäljellä olevia tabletteja voidaan laskea tai verrata reseptissä jäljellä olevien tablettien määrää käytettyjen määrään. Hoitovastetta voidaan tutkia erilaisia mittauksilla ja kokeilla, kuten veren kolesterolipitoisuuden, verenpaineen tai – sokerin mittauksilla. Ainoa täysin luotettava mittari onkin lääkeaineen veripitoisuuksien mittaaminen, mutta käytännössä kaiken pohjana toimii luottamuksellinen suhde hoidettavan ja hoitajan välillä, jolloin lääkehoidon toteutumisesta sekä siihen sitoutumisesta voidaan avoimesti puhua, myös epäkohdista. (Koskinen ym. 2012, 164–165.)

4.5 Potilaan ohjaus ja motivointi lääkehoidossa

Hoitajan tehtävä yhdessä lääkärin kanssa on motivoida potilasta ottamaan lääkkeensä, ohjata lääkkeenottotekniikassa, ohjata seuraamaan lääkkeen vaikutuksia ja haittavaikutuksia, antaa tietoa eri lääkkeiden yhteensopivuudesta ja yhteisvaikutuksista, ohjata itsehoitolääkkeiden käytössä ja ohjata pitkäaikaissairauksien omaseurannassa ja lääkityksen hoidossa. (Iivanainen & Syväoja 2016, 376.) Potilaan lääkehoidon ohjaaminen on yksi hoitajan keskeisimpiä työtehtäviä, jonka

avulla turvataan potilaan lääkehoidon turvallisuutta. Se on aktiivista ja tavoitteellista vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan välillä, jonka taustalla vaikuttaa eri potilaan oikeudet, kuten tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. Potilaalla on oikeus saada ajankohtaista ja oikeaa tietoa omasta terveydestään ja hoidostaan sekä hänellä on oikeus aktiivisesti myös vaikuttaa siihen. Hyvä potilaan ohjaus edistää potilaan vastuunottoa ja hoitoon sitoutumista. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 152.)

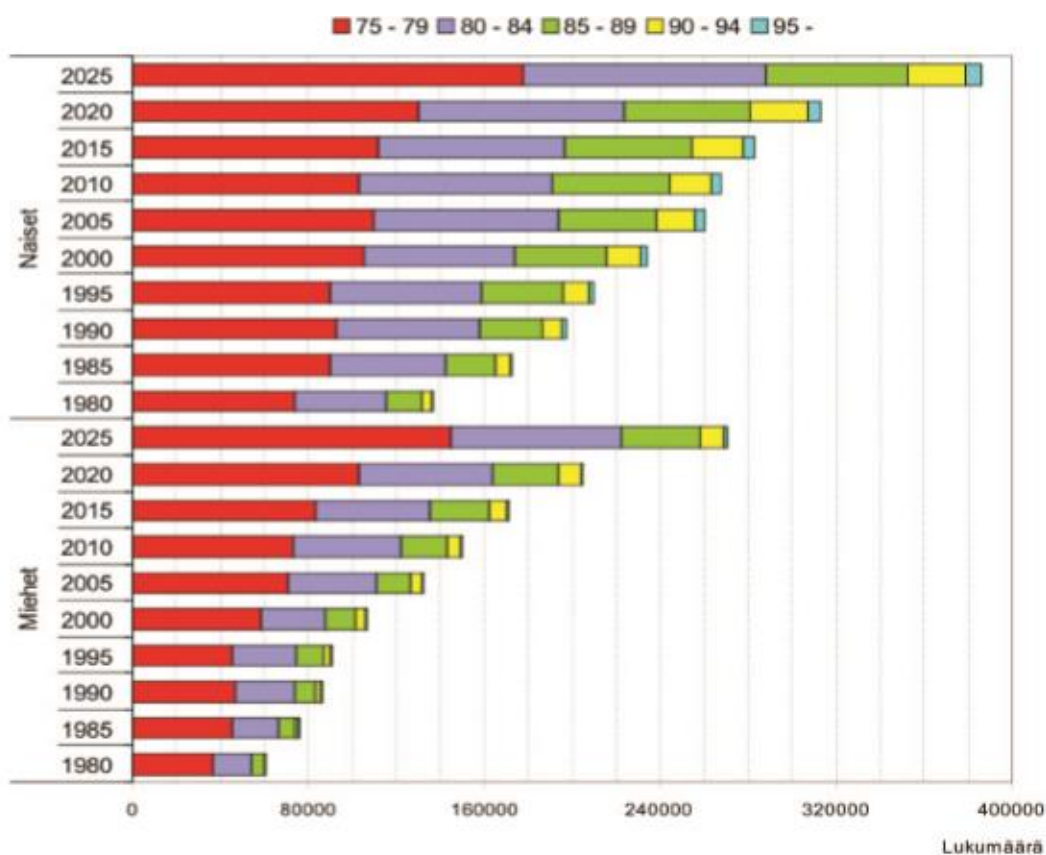
Läkehoidon ohjaus voidaan nähdä prosessina, joka koostuu tarpeen määrittelystä, tavoitteiden asettamisesta, suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Tarpeen määrittelyssä pyritään saamaan potilaasta tietoa ja yhdessä potilaan kanssa pohditaan, millaista lääkehoidon ohjausta hän tarvitsee ja ennakoita myös siinä mahdollisesti tulevat ongelmat. Läkehoidon tavoitteita asetettaessa, huomioidaan potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat. Tavoitteita pohdittaessa mukana tulee olla potilas itse sekä omaiset. Tavoitteiden avulla pyritään selventämään mitä muutoksia potilaan käytöksessä tai terveydentilassa odotetaan tapahtuvan lääkehoidon ansiosta. Lääkehoidon suunnittelussa kartoitetaan mitä potilas tietää lääkehoidostaan, mitä hänen tulisi siitä tietää, mitä hän haluaa siitä tietää ja mikä on potilaalle paras tapa omaksua ja oppia asioita lääkehoidostaan. Läkehoidon ohjauksen toteutusvaiheessa korostuu ilmapiiri, ympäristön rauhallisuus ja vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan välillä. Hyvässä lääkehoiduksessa on huomioitu potilaan keinot oppia uutta ja niitä hyödynnetään. Ohjauksessa tulisikin käyttää moneen aistiin perustuvia ohjausmenetelmiä ja lisäksi kerrata keskeiset asiat. Läkehoidon ohjausprosessin viimeinen osa on arviointi, jonka tekee sekä hoitaja, että potilas. Arviointia voidaan tehdä keskustelemalla ja antamalla palautetta. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 152-153.)

Läkehoidon ohjausta voidaan antaa kirjallisesti, suullisesti, puhelimitse tai kirjeitse. Kirjallinen ohjaus perustuu yleensä lääkärin määräyksiin ja on suunnattu aina keskivertopotilaalle. Kirjallisessa ohjeessa tulee aina huomioida myös potilaan yksilölliset tarpeet ja muokata sitä sen mukaisesti. Kirjallinen ohje toimii muistilistana, jonka avulla potilas voi kerrata asioita itselleen sopivana ajankohdana. Suullinen ohjaus vaatii aina antajaltaan laajaa tietämystä ja ymmärrystä

lääkeaineista, mutta myös ymmärrystä siitä mitä tietoa potilaan on hyvä saada lääkkeestään. Suullisen ohjauksen tulee olla aina selkokielistä ja apuna voidaan käyttää havainnointimateriaalia. Suullisessa ohjauksessa pitää antaa aina mahdollisuus kysyä ja kerrata asioita. Suullista ohjausta on hyvä aina täydentää myös kirjallisella ohjauksella. Puhelimitse lääkeohjausta annettaessa hoitajan tulee saada riittävästi tietoa potilaan lääkehoidosta, jotta hän pystyy antamaan tarvittavia ja oikeita hoito-ohjeita. Puhelinohjauksessa olisi myös suotavaa, että hoitajalla on pääsy potilaan tietoihin ja potilaskertomukseen. Kirjeitse annettava lääkeohjaus pitää yleensä sisällään tiedon lääkkeen aloittamisesta tai lopettamisesta ennen tulevaa tutkimusta tai toimenpidettä. Tällaisia voivat olla esimerkiksi suolen tyhjennyshoito tai Marevan-lääkkeen tauotus. (Iivanainen & Syväoja 2016, 376-378.)

5 IÄKKÄÄN LÄÄKEHOITO

Ikääntyessä sairaudet ja pitkäaikaishoidot lisääntyvät ja sitä kautta myös lääkkeiden käyttö lisääntyy. Terveystä huolehtiminen, fyysinen aktiivisuus, terveellinen ruokavalio sekä sosiaaliset suhteet ylläpitävät terveyttä ja siten voivat vähentää tarvittavien lääkkeiden määrää. (Hujala & Tiainen 2009, 191.) Noin 20 vuoden kuluttua 75 vuotta täyttäneiden määrä tulee lähes kaksikertaistumaan ja heitä on arvioitu tuolloin olevan noin 850 000 (KUVA 1). Myös muistisairaiden osuus väestöstä tulee lisääntymään. Vuonna 2020 on arvioitu keskivaikeaa muistisairautta sairastavan 130 000 henkilöä. Ikääntyneiden sekä muistisairaiden määrän lisääntyminen asettaa suoraan haastetta kotihoidolle ja turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle. (Sulosaari ym. 2013, 129.)



KUVA 1. Iäkkäiden eli 75 vuotta täyttäneiden henkilöiden lukumäärä Suomessa vuosina 1980–2005, ja Tilastokeskuksen ennuste vuosille 2010–2025.

län myötä lääkkeiden käyttö lisääntyy ja erityisesti iäkkäät naiset käyttävät paljon lääkkeitä. Suomessa iäkkäiden eniten käyttämiä lääkkeitä ovat hermostoon vaikuttavat lääkkeet, kuten masennus-, dementia- ja psykoosi- ja unilääkkeet. Lisäksi paljon käytetään sydän- ja verisuonisairauksien sekä ruoansulatuselinten sairauksien lääkkeitä. Iäkkäiden ihmisten monisairaus johtaa usein myös monilääkitykseen. Henkilö joutuu syömään useita eri lääkkeitä päällekkäin, mikä altistaa potilaan lääkekuormalle sekä haitta- ja yhteisvaikutuksille. Tällöin potilaan tilan seuraaminen on tärkeää ja pyritään minimoimaan herkästi haittoja aiheuttavien lääkkeiden käyttö. Toisaalta monilääkityksen pelko voi johtaa huonoon hoitoon sitoutumiseen. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 126.) Tutkimusten mukaan lähes joka kolmannella 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista on käytössään vähintään kymmenen eri lääkettä. Lisäksi joka neljännellä oli käytössään iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä ja joka viides altistui lääkkeiden merkittävälle yhteisvaikutuksille. Ikääntyminen lisää lääkkeiden yhteisvaikutuksia ja 74-vuotiaalla on kuusinkertainen riski saada lääkkeistä vakava yhteisvaikutus. (Sulosaari ym. 2013, 131.)

Iäkkään henkilön lääkehoidon tavoitteena on toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen sekä eliniän pidentäminen. Siksi myös kivunhoito tulee huomioida eikä sitä saa aliarvioida. Jatkuvat kivut heikentävät elämänlaatua huomattavasti. Lääkehoito on kuitenkin vain osa iäkkään hoitoa ja muitakin hoitomuotoja on hyvä suosia. Myös hyvä vuorokausirytmä, riittävä ja terveellinen ravinto, sosiaalinen toiminta ja liikunta tukevat iäkkään henkilön jaksamista ja hyvinvointia. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 126.) Aliravitsemuksesta kärsivät usein monisairaavat iäkkäät, joilla on huono toimintakyky. Paranemisen ja kuntoutumisen perusedellytyksenä on hyvä ravitsemustila ja nestetasapaino. Iäkkään hoidossa tulee siis huolehtia ruokailun säännöllisyydestä ja kiireettömyydestä sekä ruoan ravintopitoisuuksista ja houkuttelevuudesta. Lisäravinteiden käyttö on myös suositeltavaa aliravituilla vanhuksilla. Liikunta ja sosiaaliset ryhmät edistävät masennustilojen paranemista ja auttavat unettomuuden hoidossa. Lääkkeettömät hoitokeinot kuuluvat siis myös hyvään iäkkään hoitoon. (Sulosaari ym. 2013, 130.)

Iäkkään lääkehoidon yleisperiaatteina on se, että lääkehoito aloitetaan aina pienellä annoksella ja annosta suurennetaan vähitellen. Lääkkeiden vaikutuksia ja

haittavaikutuksia seurataan huolellisesti ja lääkitys tarkastetaan säännöllisesti. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 132). Myös lääkehoidossa ohjaaminen korostuu, koska fyysiset ja kognitiiviset taidot heikkenevät. Ikääntynyt tarvitsee toistuvaa ja helposti ymmärrettävää informaatiota lääkkeiden käytöstä. Ohjeet on myös hyvä löytyä kirjallisena, johon on merkitty esimerkiksi lääkkeen ottoajat ja annokset. (Sulosaari ym. 2013, 130–131.)

5.1 Iäkkään lääkehoidon ongelmat ja haasteet

Iäkkäiden lääkehoitoa toteutettaessa kohdataan monia ongelmakohtia. Monilääkitys ja monien lääkkeiden yhtäaikainen käyttö altistavat henkilön yhteisvaikutuksille tai lääkkeen vaikutuksen kumoutumiselle. Yhteisvaikutuksille altistaa myös päällekkäislääkitys, jolloin henkilö käyttää saman tyyppisiä tai saman vaikutuksen antavia lääkkeitä päällekkäin. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 126.) Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee, että samanaikaisesti käytössä olisi vain kolme lääkettä. Monilääkitykseksi luokitellaan, jos potilaalla on käytössä neljä tai useampi lääke. Suomalaisissa tutkimuksissa rajana on kuitenkin pidetty viittä tai yli lääkettä. Monilääkityksenä voidaan pitää myös, jos potilaalla on käytössä turhia lääkkeitä. (Airaksinen & Dahlström 2005, 20.) Haittavaikutuksia voi tulla sopimattomien lääkkeiden käytöstä tai liian suurien annosten käytöstä. Liian pienten annosten käyttö taas aiheuttaa alilääkintää ja sairauden oireiden pahenemista. Väärä lääkkeenottotekniikka on iäkkäillä myös yleistä. Esimerkiksi lääkkeen pureskeleminen saattaa aiheuttaa haittavaikutuksia tai vaikutuksen kumoutumisen. Hoitoon sitoutuminen voi myös olla huonoa. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 126.)

Ikääntymisen seurauksena elimistössä tapahtuu myös fysiologisia muutoksia, jotka tulee lääkehoidossa huomioida. Nämä muutokset hidastavat lääkeaineiden imeytymistä maha-suolikanavassa, muuttavat lääkeaineiden jakautumista elimistössä, heikentävät lääkeaineiden aineenvaihduntaa ja erittymistä sekä vaikuttavat elimistön reseptoreihin ja niiden toimintaan. Ruoansulatuskanavan toiminta iäkkäällä muuttuu, kun syljeneritys heikkenee, mahan happamuus vähenee ja maha-suolikanavan liikkuvuus heikkenee. Tällöin esimerkiksi rauta, kalsium ja

B12-vitamiini voivat imeytyä huonommin. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 126–128.) Ikääntyneellä syljen erityis on vähäistä, jolloin suun limakalvoilta lääkkeet imeytyvät hitaasti ja vaikutus voi alkaa hitaammin. Myös riski lääkkeen kiinni jäämiselle ruokatorveen lisääntyy, koska ruokatorven supistumiskyky heikkenee. Tästä syystä iäkkään tulisikin ottaa lääkkeet aina istuen ja runsaan veden kera. Lääkkeen suuri koko voi vaikeuttaa sen ottamista ja siksi nestemäisiä vaihtoehtoja tulisi suosia, mikäli lääkkeen otossa on haasteita. Mahalaukun muutokset, kuten sisäseinämän ohentuminen, suolahapon ja ruoansulatusentsyymien väheneminen ja seinämän lihasvoiman ja supistusvoiman heikkeneminen, aiheuttavan sen, että lääkkeet viipyvät mahalaukussa pidempään ja voivat aiheuttaa vatsan turvotusta ja huonoa oloa ruokailun jälkeen. Myös ohutsuolessa ja paksusuolessa lääkkeet liikkuvat hitaammin ja imeytyvät eri tavalla, kuin työikäisellä. (Sulosaari ym. 2013, 129–130.)

Ikääntyneelle ominaista on myös kehon kuivuminen sekä rasvan määrän lisääntyminen. Tämä johtaa muutoksiin lääkeaineiden jakautumisessa ja eliminoitumisessa. Rasvaliukoisten lääkeaineiden, kuten rauhoittavien lääkkeiden, vaikutusaika pitenee ja vesiliukoisten lääkeaineiden, kuten sydänlääkkeiden, pitoisuudet elimistössä taas suurenevät. Solukato johtaa usein erityisesti munuaisten ja maksan toiminnan heikkenemiseen. Erityisesti munuaisten kautta poistuvien lääkkeiden, kuten diabeteslääkkeiden, antibioottien sekä sydän- ja verenpainelääkkeiden, haittavaikutusriski suurenee. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 126–128.) Maksan toiminnassa metabolian eli aineenvaihdunnan heikkeneminen ja maksan verenkierron huononeminen saattavat johtaa korkeisiin plasmapitoisuuksiin. Pääsäännöksi on esitetty, että 75-80 vuotiaiden päivittäiset lääkeannokset olisivat puolet pienempiä, kuin työikäisillä, johtuen juuri munuaisten erityiskyvyn heikkenemisestä. (Sulosaari ym. 2013, 130.)

lääkkään kehossa tapahtuu myös hyytymistä ja jäykistymistä, joka aiheuttaa muutoksia lääkkeiden vaikutuskohteissa ja –mekanismeissa. Iäkkään keho herkistyy monille lääkkeille, kuten bentsodiatsepiineille ja opiaateille. Iäkkäälle riittääkin kyseisiä lääkkeitä usein pienempi annos, kuin työikäisille. Sääteilyjärjestelmät vaihtelevat iäkkäällä, jolloin nälän ja janon tunne voivat heikentyä. Myös lämmön-

säätely hidastuu. Toisaalta toiset säätelymekanismit voimistuvat, kuten antidiureettisen ADH-hormonin erityys, minkä seurauksena sairauksien ja lääkehoidon aiheuttaman nestetasapainohäiriön riski lisääntyy iäkkäällä. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 126–128.)

lääkällä esiintyy haittavaikutuksia useammin, kuin nuoremmilla. Usein ne ovat myös syy miksi iäkäs henkilö joutuu sairaalahoitoon. Haittavaikutuksien ehkäisemiseksi on tärkeää, että myös lääkäri tarkastelee potilaan lääkelistat aika ajoin haitallisten ja yhteisvaikutusten takia. (Hujala & Tiainen 2009, 192.) Mikäli iäkkäällä ilmenee oireita, jotka mahdollisesti voivat johtua lääkehoidosta, tulee lääkitystä aina tarkastella. Usein oireita aletaan hoitaa uudella lääkkeellä, vaikka taustalla on jo jonkin käytössä olevan lääkkeen aiheuttama oire. Tällaisia oireita iäkkäällä voivat olla ortostaattinen hypotonia eli verenpaineen voimakas lasku makuulta ylös noustessa, huimaus ja kaatuilu, unettomuus, väsymys, masennus, oppimiseen liittyvät vaikeudet, sekavuus, käytöshäiriöt, parkinsonismi eli jäykkyys, vapina ja liikkeiden hidastuminen, virtsainkontinenssi, ummetus, suun kuivuminen, verenvuodot, näköhäiriöt sekä akillesjänteen vauriot ja jännetulehdus.

Potilasta tulee rohkaista kertomaan oireista ja tuntemuksista hoitavalle henkilökunnalle, koska oireet voidaan saada haltuun lääkemannosta pienentämällä tai muuttamalla lääkitystä iäkkäälle paremmin sopivaksi. Iäkästä hoitaessa myös kipu tulee huomioida. Iäkkäällä kipu voi ilmetä eri tavoin kuin työikäisellä. Kipu voi näyttäytyä poikkeavina kasvon ilmeinä, ääntelynä, huutona, itkuna, epätarkoituksenmukaisena liikkumisena, käytösoireina, ärtyisyytenä, sekavuutena, ruokahalun menetyksenä ja yleisenä toimintakyvyn huonontumisena. Hoitavan henkilökunnan tuleekin ottaa huomioon kivun mahdollisuus, mikäli iäkkään henkilön käytös tai olemus yllättäen muuttuu, eikä hän itse pysty voinnistaan kertomaan. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 127.)

5.2 Ikääntyneen lääkityksen arviointi ja lopetus

Yli 75-vuotiaan monilääkityn henkilön lääkitys tulisi arvioida suositusten mukaisesti 6-12 kk välein ja aina lääkemuutosten yhteydessä yhdessä potilaan, omaisten, lääkärin ja hoitajien kanssa. Lääkehoitoa arvioitaessa tulisi tarkastella miten iäkkään muisti toimii, miten liikkuminen onnistuu ja onko henkilön toimintakyky säilynyt sekä onko käytössä lääkkeettömiä hoitoja. Lääkehoitoa arvioitaessa on myös huomioitava potilaan mahdollisesti käyttämät itsehoitolääkkeet ja rohdokset, joita ei aina ole merkittynä potilaan lääkelistaan. Huomiota on kiinnitettävä asiakkaan hoitomyöntyvyyteen ja ottaako tai saako hän otettua kaikki määrätyt lääkkeet. Onko potilaalla tarpeettomia lääkkeitä tai onko annos sopiva. Lääkkeiden päällekkäisyydet, tehokkuus, riittävyys sekä haitta- ja yhteisvaikutukset tulee myös arvioida. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 132.)

Lääkityksen lopettaminen tulee tehdä iäkkäälle aina hitaasti ja sen aikana potilaan tulee olla tarkassa seurannassa. Lääkityksen purkamisessa tärkeää on myös, että lääkitys puretaan yksi lääke kerrallaan. Sairaanhoitajan tehtävänä on seurata mahdollisia vierotusoireita tai sairauden tilan pahenemista. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 132.) Lähdetessä purkamaan monilääkitystä purkaminen tulee aloittaa vaikeimpia haittoja aiheuttaneista lääkkeistä poistoa vaikutuksia samalla tarkkaillen. Pahimmissa ja vaikeimmissa tapauksissa potilas voidaan ottaa osastohoitoon, jossa koko hänen lääkityksensä lopetetaan ja aloitetaan hoito kokonaan alusta. Lääkityksiä lopetettaessa on hyvä muistaa, että kaikista muutoksista tulee informoida potilasta ja niistä pitää sopia hänen kanssaan. Lopetukset ja muutokset pitää perustella ja selittää potilaalle huolellisesti ja myös huolehtia, että häntä ja omaisia opastetaan riittävästi lääkkeiden ottamisesta muutosten jälkeen. (Airaksinen & Dahlström 2005, 20-21.)

5.3 Ikääntyneen lääkehoito kotihoidossa

Jotta lääkehoitoa pystyttäisiin kotihoidossa toteuttamaan turvallisesti ja tarkoituksen mukaisesti, tulee sairaanhoitajalla olla vahva tietämys iäkkään henkilön lää-

kehoidosta ja sen erityispiirteistä. Sairaanhoidajan on pystyttävä itsenäiseen päätöksentekoon ja käyttämään moniammatillisen työryhmän tukea työskentelyssä. Kotihoidossa tulee herkästi reagoida potilaan tilan muutoksiin, koska nopealla toiminnalla voidaan estää esimerkiksi asiakkaan joutuminen sairaalahoitoon. (Sulosaari ym. 2013, 134.)

Kotihoito perustuu pitkälti asiakkaan itsemääräämisoikeuteen. Esimerkiksi monella iäkkäällä voi olla pieni eläke ja kalliiden lääkkeiden ostaminen siksi lähes mahdotonta. Lääkkeet saatetaan jättää ostamatta asiasta lääkärin tai muun hoitavan henkilön kanssa keskustelematta. Avoin keskustelu taloudellisista seikoista luo perustan lääkehoidon onnistumiselle ja hoitaja pystyy opastamaan vanhusta esimerkiksi yhteistyöstä sosiaalitoimen kanssa. Myös eettisyys ja eettiset toimintatavat korostuvat kotihoidossa. Kotihoidon henkilökunta työskentelee usein yksin ja valvontaa ei ole. Tämä mahdollistaa myös epäeettisen toiminnan, kuten hoidon laiminlyönnin. Kotihoidossa kodin sääntöjä hallitsee kuitenkin aina asiakas ja vaikka hoitaja ei koskaan tiedä mikä häntä asiakkaan luona odottaa, tulee hänen kunnioittaa asiakasta ja säilyttää eettisyytensä. Epäkohdista tulee raportoida rehellisesti, mutta luottamus säilyttäen. (Sulosaari ym. 2013, 134–135.)

Kotihoidon piirissä on runsaasti asiakkaita, jotka eivät sairauksiensa tai ikääntymiseen liittyvien muistiongelmien vuoksi pysty selviytymään itsenäisesti lääkehoidon toteuttamisesta. Tällöin tarvitaan potilaan, omaisten ja hoitotyön ammattilaisten yhteistyötä. (Nurminen 2011, 105.) Kotihoidossa on tärkeää, että kaikki asiakkaan käytössä olevat lääkkeet ovat tiedossa. Myös itsehoitolääkkeet. (Sulosaari ym. 2013, 132.) Jokaisen kotihoidon asiakkaan kotona tulisi olla ajantasainen lääkelista, josta käy ilmi lääkkeiden nimet, käyttötarkoitus, annos sekä ottoajankohdat. Lisäksi listasta on hyvä käydä ilmi lääkityksestä vastaava lääkäri ja koska lääkelista on viimeksi tarkistettu. (Nurminen 2011, 105.) Lääkitys tulee arvioida vähintään kerran vuodessa ja tarkastukseen kuuluu myös potilaan kliininen tutkimus ja kokonaistilanteen arvio. Iäkkäille tärkeää on tuttu lääkäri. Tästä syystä monessa kunnassa onkin nimetty kotihoidon lääkäri, joka huolehtii kotihoidon asiakkaiden lääkehoidosta. Sairaanhoidaja toimii tärkeässä roolissa tiedon välittäjänä lääkärille. Tärkeintä on pitää monisairaan vanhuksen monilääkitys hallittuna ja perusteltuna. (Sulosaari ym. 2013, 132.)

Kotioloissa lääkkeiden säilyttämisessä on usein suuriakin puutteita. Asiakkailta ei välttämättä ole käytössä lukittuja lääkekaappeja vaan lääkkeitä säilytetään milloin missäkin. Toisissa kunnissa kotihoito on tarjonnut asiakkailleen lukittavat lääkekaapit ja tästä toimintatavasta on saatu paljon positiivista palautetta asiakkailta, omaisilta sekä kotihoidon työntekijöiltä. Kotihoidon henkilökunnalta ei mene aikaa lääkkeiden etsimiseen, kun ne säilytetään yhtenäisesti kaikilla asiakkailla. Usein kotona asuvilta vanhuksilta löytyy myös vanhentuneita tai jo käytöstä poistuneita lääkkeitä, joita turhaan säilytetään. Myös säilytyslämpötilat ovat usein pielessä. Asiakkaan käytöstä poistamat lääkkeet tulee toimittaa apteekkiin, joka huolehtii niiden hävittämisestä. Myös omaisia tulee informoida lääkkeiden hävittämisestä. (Sulosaari ym. 2013, 132–133.)

Kotihoidossa on myös eri puolilla Suomea toteutettu jo kokeiluja lääkeannosautomaattien käytöstä. Satakunnassa Harjavallan kotihoito on esimerkiksi vuoden 2017 aikana ottanut kokeiluun noin kymmenen asiakkaan kanssa tällaiset automaattit. Kotihoidon käynneillä valtaosa hoitajien ajasta on kulunut lääkkeiden jakoon, mutta nyt hoitajien aikaa säästyy muuhun, kun automaattiin ladataan apteekin valmiiksi jakamat annospussit. Lääkeautomaatti toimii automaattisesti ohjelmoitujen aikojen mukaisesti tarjoten lääkkeitä asiakkaalle. Automaatin avulla lääkkeiden ottoajat pysyvät täsmällisinä ja välttyään mahdollisilta haittavaikutuksilta. Lääkeautomaatti itse tarkistaa kuvaamalla jokaisen lääkkeen latausvaiheessa ja ilmoittaa mikäli tunnistaa väärän lääkkeen väärään aikaan annosteltuna. Kotihoidon henkilökunta saa tiedon ottamattomasta lääkkeestä esimerkiksi tekstiviestin avulla ja lähtee tuolloin tarkistamaan syyn hälytykselle. Lääkeautomaattien avulla harvemmin apua tarvitsevat ovat pystyneet vähentämään hoitajien käyntejä entuudestaan. Automaatti ei kuitenkaan sovi kaikkien kotihoidon asiakkaiden käyttöön. Esimerkiksi muistisairailla asiakkailla saattavat pelästyä automaatista tulevia ääniä ja valoja. Lisäksi tietyt lääkkeet, kuten nestemäiset lääkkeet, pitää hoitajan edelleen annostella käsin. (Joensuu 2017.)

Suurin osa kotihoidon asiakkaista tarvitsee apua ja tukea lääkehoidon toteuttamisessa. Ikääntyneen voi olla vaikea avata lääkepurkkeja ja –pakkauksia, erottaa lääkkeitä toisistaan sekä lukea lääkkeiden käyttöohjeita ja noudattaa niitä. Apua kaivataankin usein juuri lääkkeiden käsittelyyn ja niiden jakamiseen. Usein

iäkkäillä on käytössä doisetit, joihin kotihoidon henkilökunta voi jakaa lääkkeet valmiiksi asiakkaalle. Myös lääkekello voi muistuttaa asiakasta lääkkeen otosta. Lääkkeiden vaikutuksen havainnointi voi olla vaikeaa, jos asiakkaan luona ei käydä usein. Erityisesti silloin, kun lääkitys muuttuu, olisi suositeltavaa lisätä kotikäyntien määrää hetkellisesti, jotta ammattilaiset pystyisivät havaitsemaan mahdollisia haittavaikutuksia. Myös tiedonkulku hoitajien ja omaisten välillä on ratkaisevassa roolissa. (Sulosaari ym. 2013, 133.)

Jotta lääkehoito olisi turvallista ja tiedonkulku luotettavaa, tulee myös kotihoidossa huolehtia riittävästä kirjaamisesta ja dokumentoinnista. Tietojärjestelmissä tulee olla tiedot käytössä olevasta lääkityksestä. Lääkehoidon seurannan ja arvioinnin dokumentointi on yhä helpompaa mobiiliteknologian yleistyessä. Hoitaja voi reaaliajassa kirjata asiakkaan luona tekevänsä havainnot asiakkaan voimissa. Tulevaisuudessa mahdollisesti myös esimerkiksi verensokeri- ja Marevanmittarit tulevat toimimaan etänä, jolloin tiedot tallentuvat suoraan tietojärjestelmään lääkäreiden ja sairaanhoitajien nähtäväksi. (Sulosaari ym. 2013, 134.)

5.4 Muistisairaahan potilaan lääkehoito

Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia eli verisuoniperäinen muistisairaus ja Lewyn kappale-tauti. Muistisairaudet ovat erittäin yleisiä, sillä joka kolmas yli 65-vuotias kertoo kärsivänsä muistioireista. Suomessa jopa 200 000 henkilön kognitiiviset eli tiedonkäsittelytaidot ovat heikentyneet ja lähes samalla määrällä suomalaisista on joko lievä tai vähintään keskivaikea dementia. Vuosittain muistisairauteen sairastuu lähes 15 000 suomalaista ja suuri määrä jää vielä ilman diagnoosia. (Käypä hoito-suositus 2017. Muistisairaudet.) Dementia on yleisnimitys tilasta, jonka taustalla voi olla eri sairauksia tai syitä. Dementialle tyypillistä on älyllisten kykyjen ja muistin heikkeneminen, mikä heikentää yksilön kykyä selvitä arjessa. Dementia voi olla ohimenevää, etenevää tai pysyvä tila. (Thurman & Sinisalo 2015, 136-137.)

Lääkehoito on myös osa dementiapotilaan hyvää hoitoa. Mutta kuten kaikilla iäkkäillä, se ei voi olla ainoa hoito vaan myös jokaiselle dementiapotilaalle tulee

muokata toimiva kokonaisuus, joka muodostuu erilaisista hoidoista ja tukimuodoista. (Viramo, Huusko, Joiniemi & Sulkava 2004, 6-7.) Lisäksi tulee muistaa, että muistisairautta ei voi lääkityksellä parantaa vaan ainoastaan hidastaa sairauden etenemistä ja lievittää oireita. Lääkitys tulisi mahdollisuuksien mukaan aloittaa mahdollisimman varhain, sillä sen avulla voidaan välttyä ympärivuorokautiseen hoitoon joutumiselta ja siirtää myös toimintakyvyn heikkenemistä. (Juva 2017. Lääkehoito.)

Yleisin etenevän dementian aiheuttaja on Alzheimerin tauti. Alzheimerin taudissa vaurioituu ensimmäisenä hermoverkot, jotka käyttävät asetyylikoliini-välittäjäainetta. Suurin osa Alzheimer-lääkkeistä lisää tämän välittäjäaineen määrää aivoissa ja näin auttaa hermoratoja toimimaan paremmin. Näihin kolinergisiin lääkkeisiin kuuluu donepetsiili, galantamiini ja rivastigmiini. Näillä lääkkeillä on positiivinen vaikutus Alzheimer-potilaan kognitiivisiin toimintoihin ja päivittäiseen toimintakykyyn. Ne auttavat selvästi myös Lewyn kappale-taudissa ja sekamuotoisissa muistisairauksissa. Myös vaskulaaristen muistisairauksien hoidossa näiden lääkkeiden tehosta on saatu näyttöä. Myös memantiinia käytetään Alzheimerin hoidossa. Se vaikuttaa aivojen glutamaattitasapainoon vaikuttamalla NMDA-reseptorin toimintaan, joka lisää potilaan kognitiivista ja toimintakykyä. Sen teho on samaa luokkaa aiemmin mainittujen kolinergien kanssa. Muistisairauksissa käytettävien lääkkeiden yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat vatsavaivat, kuten ripuli, näärästys ja pahoinvointi. Näitä oireita voi lievittää ottamalla lääkkeet ruokailun jälkeen. Oireet kuitenkin yleensä lieventyvät ajan myötä ja annosten hidastaminen vähentää niiden ilmaantumista. Yleisesti ottaen muistilääkkeet virkistävät potilasta mutta joskus ne voivat aiheuttaa liiallista levottomuutta. Tällöin on hyvä harkita annoksen pienentämistä tai muun lääkkeen kokeilemistä. (Juva 2017. Lääkehoito.) Lääkehoidon vaste on yksilöllinen ja riippuu muistioireiden vaikeudesta hoidon alussa. Lääkehoitoa, sen siedettävyyttä ja sopivuutta tulisi arvioida 2-3 kuukauden sekä 6 kuukauden kuluttua sen aloittamisesta. Tämän jälkeen vastetta arvioidaan 6-12 kuukauden välein, mikäli ongelmia ei ilmene. (Käypä hoito-suositus 2017. Muistisairaudet.)

Dementiapotilaiden lääkehoidossa tulisi huomioida eräiden lääkkeiden vaarallisuus ja sopimattomuus. Dementiapotilaan hoidossa antikolinergisten lääkkeiden

käyttöä tulisi välttää. Antikolinergisesti vaikuttavia lääkkeitä ovat esimerkiksi eräät psykoosilääkkeet, depressiolääkkeet, virtsankarkailua hoitavat lääkkeet ja Parkinsonin taudin lääkkeet. Näiden lääkkeiden haittavaikutuksista merkittävimpiä ovat lisääntynyt sekavuustilan riski, väsymys ja jo muutenkin matalan verenpaineen lasku. Lisäksi ne vähentävät Alzheimer-lääkkeiden tehoa. Kaatumisvaaraa lisääviä lääkkeitä tulisi myös välttää. Alzheimerin taudissa liikuntakyky ja tasapaino säilyvät yleensä hyvin pitkäänkin, mutta vaskulaarisessa dementiaassa ja Lewyn kappale-taudissa heikentynyt tasapainon hallinta ja kävelykyky kuuluvat taudin kuvaan jo varhaisessa vaiheessa. Kaatumisen vaaraa lisäävät erityisesti psyyyke- ja opioidikipulääkkeet. Monesti dementiapotilaalla on käytössä lääkkeitä, joiden vaikutusmekanismit ja haittavaikutukset ovat erityisen haitallisia juuri dementiaa sairastavalle. Kyseessä voi olla lääke, joka on aikoinaan määrätty johonkin käyttötarkoitukseen, mutta tuo tarve on myöhemmin loppunut ja lääke on jäänyt käyttöön puutteellisen lääkelistan tarkistuksen vuoksi. Tällaisia lääkkeitä voi olla esimerkiksi särkylääkkeet, masennuslääkkeet tai nesteenoistolääkkeet. (Viramo ym. 2004, 32–36.)

6 YHTEISTYÖTAHO; PALVELUKESKUS HENRIKINHOVI

Palvelukeskus Henrikinhovi on ikäihmisten palveluiden keskus Kokemäellä osoitteessa Iltarusko 1. Henrikinhovin palveluihin kuuluvat kotihoito, ikäihmisten neuvontapiste, kolme tehostetun palveluasumisen yksikköä ja lyhytaikainen asumispalvelu kotona asuville. Kotihoidossa palveluiden painopiste on ikäihmisten palveluiden järjestämisessä, koska Kokemäen kaupunki on vanhusvoittoinen. Kokemäen kotihoidossa toimii neljä tiimiä; Kauvatsa, Salavatalot, pohjoinen ja etelä. Kotihoito tarjoaa hoiva- ja huolenpitoa asiakkaan kotona. Kotihoitoon kuuluu myös kotisairaanhoidon palvelut. (Kokemäen kaupunki i.a. Palvelukeskus Henrikinhovi.)

Ikäihmisten neuvontapiste tarjoaa hyvinvointia edistävää palveluohjausta ja neuvontaa kokemäkeläisille kotona asuville ikäihmisille. Palvelu on maksuton ja luotamuksellinen, johon myös henkilön läheiset voivat olla yhteydessä. Palvelupisteellä saa tietoa ja neuvoja esimerkiksi aktiviteeteista, harrastusmahdollisuuksista, muistiasioista, palveluista ja sosiaalietuksista. Palvelupisteellä voidaan keskustella henkilön mieltä painavista asioista, kuten elämän muutoksista, mielialasta, terveydentilasta, hyvinvoinnista ja yksinäisyydestä. Neuvontapisteessä asiakas ohjataan tarvittaessa oikealle asiantuntijataholle. Neuvontapalvelusta vastaavat avopalvelu- ja vanhuspalvelupäällikkö sekä sosiaaliohjaaja. (Kokemäen kaupunki i.a. Palvelukeskus Henrikinhovi.)

Palvelukeskus Henrikinhovissa toimii kolme Kokemäen kaupungin järjestämää tehostetun palveluasumisen yksikköä. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu vanhuksille, jotka eivät enää kykene asumaan kotonaan kotihoidon ja tukipalveluiden turvin ja jotka tarvitsevat apua ympäri vuorokauden. Palveluasumisen yksiköissä pyritään järjestämään asukkaille turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö. Toiminnassa pyritään säilyttämään yksityisyys ja tukemaan omatoimisuutta ja toimintakykyä. Perushoidon lisäksi yksiköissä huolehditaan asukkaan lääkehoidosta ja sellaisesta sairaanhoidosta, joka vanhainkotiympäristössä voidaan toteuttaa. (Kokemäen kaupunki i.a. Palvelukeskus Henrikinhovi.)

Lyhytaikaista palveluasumista järjestetään Palvelukeskus Henrikinhovissa kahdessa lyhytaikaishoidon yksikössä. Lyhytaikaisen palveluasumisen tavoitteita on omatoimisuuden säilyminen, kotona selviytyminen, kuntoutuminen ja laitoshoidon tarpeen lykkääntyminen. Hoitajaksot voivat olla yksittäisiä tai toistuvia ja ne voivat kestää päivästä muutamaan viikkoon. Lyhytaikainen palveluasuminen voi tulla tarpeelliseksi, kun asiakas tarvitsee lyhytaikaista hoitoa ja huolenpitoa esimerkiksi omaishoitajan vapaan aikana. Lyhytaikaishoidon jaksolla asiakas voi tulla myös kokonaistilanteen arvioon, jossa kartoitetaan lääkehoitoa, toimintakykyä tai apuvälineiden tarvetta tai selvitetään kuntoutustarvetta. (Kokemäen kaupunki i.a. Palvelukeskus Henrikinhovi.)

7 LÄÄKEHOITOKANSION TUOTTAMINEN JA KÄYTTÖNOTTO

Opinnäytetyöni käytännön toteutus jakautui suunnittelun, tiedonhankinnan, toteutuksen, palautteen keruun ja palautteen analysoinnin osioihin. Suunnittelu ja tiedonhankinta vaiheen aloitin heinäkuussa 2017 ja se jatkui aina vuoden loppuun asti. Tapasin yhteistyöhenkilöitäni, kävin heidän kanssaan sähköpostikeskustelua ja keräsin joulukuussa 2017 henkilökunnalta kyselyn avulla ennakkotietoa heidän toiveistaan kansion sisällön suhteen. Vuoden 2018 alussa aloitin kansion toteuttamisen. Keräsin tarvittavan sisällön ja koostin siitä kansion. Kansio esiteltiin henkilökunnalle ja luovutettiin käyttöön maaliskuussa 2018. Toukokuussa 2018 keräsin loppupalautteen palautekyselyn avulla ja arvioin lääkehoidonkansiolle asettamani tavoitteiden toteutumista. Saamani tulokset välitin sähköpostitse yhteistyökumppaneille. Yhteistyö Henrikinhovin kanssa oli koko projektin ajan erittäin aktiivista ja yhteistyökumppanit halusivat pitkin matkaa nähdä ja lukea tuottamaani kansiomateriaalia ja opinnäytetyötäni. Kaiken kaikkiaan yksin tehtäväksi opinnäytetyöksi asiasisältöä oli paljon ja vaati tekijältään paljon. Halusin kuitenkin alusta asti käyttää avukseni mahdollisimman paljon Henrikinhovin henkilökunnan osaamista ja tukea. En halunnut lähteä tuottamaan mitään sattumanvaraista materiaalia vaan halusin nimenomaan tuottaa hyödyllistä ja tarpeeseen tulevaa tietoa ja tukea. Halusin vastata todellisiin ja olemassa oleviin ongelmiin, enkä keksiä niitä itse.

7.1 Lääkehoitokansion suunnitteluvaihe

Opinnäytetyöni on kehittämispainotteinen, koska tarkoitukseni on tuottaa palvelukeskus Henrikinhovin käyttöön materiaalia, joka tukee turvallisen lääkehoidon toteuttamista ja samalla kehittää heidän toimintaansa yhteistyössä koko henkilökunnan kanssa niin, että tuottamastani materiaalista olisi heille käytännön tukea arjessa. Tuottamani lääkehoidon kansio sisältää muistilistan asiakkaan tulo-tilanteeseen, tiivistetyn paketin lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoidon erityispiirteistä sekä selkeitä lääkehoitoon ja sen toteuttamiseen liittyviä ohjeita. Lisäksi kansioon on kerätty muutamia vinkkejä luotettavista tietolähteistä. Ulkoasun pyrin pitämään selkeänä ja kirjoitetut tekstit lyhyinä. Kansiossa jaottelin

asiat aieryhmittäin eri värejä käyttäen. Valmiin tuotoksen esittelin Henrikinhovin koko henkilökunnalle ja sen oltua käytössä noin kaksi kuukautta keräsin henkilökunnalta palautta siitä, kokivatko he kansioista apua ja selvensikö tai turvasiko se lääkehoidon toteuttamista. Saamani palautteen pohjalta pystyin arvioimaan, oliko tuottamastani materiaalista hyötyä henkilökunnalle vai kokivatko kansion turhaksi tai hukkuiko se liiallisen ohjeiden tulvaan.

7.1.1 Lähtökohdat kansion työstämiselle

Olen työskennellyt satunnaisesti Palvelukeskus Henrikinhovissa opintojen ohella ja olin heihin yhteydessä liittyen opinnäytetyön aiheeseen. Henrikinhovin sairaanhoitaja esittikin lähes heti toiveen opinnäytetyön aiheeksi. Hänen ehdotuksensa oli, että tekisin opinnäytetyön aiheesta turvallisen lääkehoidon toteuttaminen lyhytaikaishoidon asiakkaille. Tapasin Henrikinhovin kaksi vakituista sairaanhoitajaa toukokuussa 2017 ja keskustelimme siitä, millainen tarve heillä oli. Opinnäytetyön lähtökohdaksi asetui jonkinlaisen yksikötason lääkehoitokansion teko lyhytaikaishoitoa tarjoaville yksiköille, jonka avulla voitaisiin antaa henkilökunnalle työkaluja käytännön työhön sekä turvaamaan yhtenäinen toimintatapa henkilökunnan keskuudessa. Kohderyhmäksi valikoituivat siis lyhytaikaishoidon asiakkaat, joiden lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa on ollut haasteita. Minulle opiskelijana tämä työ tarjosi haastavan ja monipuolisen aiheen. Lyhytaikaishoidon asiakkaat ovat monen eri tahon hoidossa ja juuri tästä syystä heidän hoitonsa järjestäminen turvallisesti on haasteellista. Tästä syystä jouduin tarkastelemaan asiaa monelta eri kannalta ja tärkeää oli löytää ne tahot ja vaiheet työskentelyssä, johon juuri minun on mahdollista vaikuttaa. Ammatillista kasvua ja kehittymistä karttui runsaasti tämän vaikean ja monimutkaisen haasteen edetessä.

7.1.2 Lääkehoitokansion tavoitteet

Lyhytaikaishoidossa olevien asiakkaiden lääkehoidossa Palvelukeskus Henrikinhovissa ongelmaksi on muodostunut yhtenäisten toimintatapojen puuttuminen ja

tiedon siirtymisen ongelmat. Henkilökunnan keskuudessa on useita eri toimintatapoja liittyen esimerkiksi kirjaamiseen ja tietojen ajan tasalla pitämiseen. Henkilökunta itse kaipasi tukea ja lisätietoa käytössä olevista lääkkeistä ja niiden antotavoista. Lisäksi yhteistyö ja kommunikaatio eri hoitotahojen välillä ei ole aina ollut toimivaa. Lyhytaikaishoidon asiakkailla saattaa olla hoitokontakti moneen eri paikkaan ja he liikkuvat näiden paikkojen välillä. Tiedot lääkehoidosta eivät kuitenkaan aina kulje asiakkaan mukana. Esimerkiksi sairaanhoitajat kertoivat lääkekuurien loppuun saattamisen ongelmaksi, kun tieto aloitetusta kuurista ei tavoita, vaikka kotihoidon ihmisiä. Opinnäytetyöni tavoite onkin tuottaa lyhytaikaishoidon yksiköiden käyttöön lääkehoidon kansio, josta löytyy selkeitä ohjeita ja toimintatapoja helpottavia muistilistoja henkilökunnan käyttöön. Tätä kansioita voidaan käyttää myös osana perehdytystä uusien työntekijöiden kanssa sekä sijaiset voivat käyttää sitä tukena tehdessään satunnaisia työvuoroja lyhytaikaishoidon yksiköissä. Kansio sisältöineen esitellään koko henkilökunnalle heidän yhteisessä palaverissaan. Yhteistyökumppanien kanssa pohdimme, että henkilökunnan motivoimiseksi ja lääkehoidon toimintatapojen muuttamiseksi olisi hyödyllistä esitellä kansio koko henkilökunnalle yhteisesti. Palaverissa pyrimme keskustelemaan ilmapiiriin. Kansio itsessään ei voi tarjota valmiita vastauksia haastavan lääkehoidon toteutukseen vaan halusimme yhteisen tapaamisen ja keskustelun kautta herättää henkilökunnassa ajatuksia siitä, miten jokainen itse voi omalla toiminnallaan ja toimintatapoja kehittämällä varmistaa, että toteuttaa lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoitoa turvallisesti ja asianmukaisesti.

Läkehoidon kansion tekemisellä tavoitellaan selkeiden ohjeiden löytymistä sille, miten turvallista lääkehoitoa toteutetaan ja millä varmistetaan, että tarvittavat tiedot liikkuvat asiakkaan mukana hoitokontaktin vaihtuessa. Kansiossa olevan muistilistan avulla hoitaja voi asiakkaan tulotilanteessa käydä mahdollisen saat-tajan kanssa läpi sen hetkiset lääkehoitoon liittyvät asiat. Lista auttaa muistuttamaan kerrottavista asioista, kuten lääkekuureista tai tehdyistä muutoksista lääkehoidossa. Lähtötilanteissa lähihoitajilla ei ole lääkehoidossa yhtä isoa roolia, koska sairaanhoitajat huolehtivat lääkkeiden jaosta kotiin tarvittaessa ja ovat yhteydessä tarvittaviin tahoihin. Kansiossa olevien lyhyiden ohjeiden avulla pyritään korostamaan lääkehoidon erityispiirteitä lyhytaikaishoidon yksiköissä ja sitä kautta lisäämään ymmärrystä ja vastuunottoa arjen lääkehoidon toteuttamisessa.

Kansiossa olevien yksinkertaisten ohjeiden avulla lääkehoitoa suorittavat lähihoitajat voivat varmistaa toimintatapojensa oikeellisuuden tilanteissa, joissa eivät ole varmoja toimivatko oikein. Lisäksi tavoitellaan sitä, että henkilökunnalla olisi yhtenäinen tapa toimia asiakkaiden lääkehoitoa toteuttaessa.

7.2 Lääkehoitokansion tiedonhankinnan vaihe

Teoriatiedon lisäksi hankin tietoa opinnäytetyötäni varten myös henkilökunnalta ja yhteistyöhenkilöiltä. Aluksi kokoonnuin yhteen yhteistyöhenkilöiden kanssa palaverissa. Tämän jälkeen toteutin kyselyn henkilökunnalle. Henkilökunnalle tuottamani kysely tuotti paljon hyvää tietoa lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoidon haasteista. Tämän tarkoituksena oli, että muodostaisin paremman käsityksen siitä, mitä minulta toivotaan ja mitä materiaalia kansion toivottiin sisältävän.

7.2.1 Yhteistyöhenkilöiden tapaaminen

Tapasin vanhuspalvelupäällikön, hoitotyön esimiehen sekä sairaanhoitajat keskiviikkona 11.10.2017 Henrikinhovissa. Palaverin tarkoituksena oli käydä läpi, miksi tällainen opinnäytetyö tarvitaan ja miten sen teko etenee. Lähetin heille sähköpostitse ennen palaveria muutamia kysymyksiä liittyen tuottamaani lääkehoidonkansioon. Halusin heidän pohtivan ennen tapaamista, miksi he toivoivat tällaisen opinnäytetyön toteutusta ja mihin haasteisiin he toivoivat sen avulla saavansa tukea. Lisäksi kysyin millaisia tavoitteita he työlle asettavat ja mitä hyötyä he toivoivat yksikköjen saavan tuottamastani lääkehoidonkansiosta. Pyysin heitä miettimään myös konkreettisia asioita ja käytännön sisältöä kansioon. Mitä ohjeita, neuvoja, muistilistoja ja materiaaleja he toivoisivat kansiossa olevan. Halusin myös heidän mielipiteensä siihen, millä tavalla kansio vietäisiin henkilökunnan käyttöön.

Palaverissa sovimme lupa-asioista ja sain ohjeet, miten lähden niitä hoitamaan. Diakin opinnäytetyöyhteistyösopimuksen lisäksi tein tutkimuslupa-anomuksen.

Näistä molemmista sopimuksista toimitin allekirjoitetut kappaleet Kokemäen kaupungin perusturvajohtajalle, koululle ja itselleni. Lisäksi palaverin aikana kävimme vapaata keskustelua siitä, miksi on perusteltua tuottaa lääkehoidonkansio osastojen käyttöön, koska lääkehoitosuunnitelma Henrikinhovista jo löytyy. Sairaanhoitajat kaipasivat nimenomaan käytännön apuvälinettä lähihoitajien käyttöön, koska kokivat lääkehoitosuunnitelman olevan liian teoreettinen arjen työhön. Päädyimmekin yhteistuumiin siihen, että tuottamassani kansiossa on yksinkertaisia ohjeita pääasiassa lähihoitajien käyttöön, jotka yksiköissä lääkehoitoa paljon toteuttavat. Lisäksi palaverissa sovimme, että viettäisin pari päivää sairaanhoitajien kanssa käytännön työssä, jotta näkisin lääkehoidon toteuttamista käytännössä. Kansion sisältö itsessään jäi vielä auki, koska kerroin tekeväni kyselyn vielä henkilökunnalle. Sairaanhoitajat lupasivat antaa omat vinkit kansioon niinä päivinä, kun vietän heidän kanssaan Henrikinhovissa. Kansion viennistä henkilökunnan käyttöön sairaanhoitajat esittivät toiveen, että järjestäisimme yhteisen tilaisuuden, jossa esittelen kansion.

7.2.2 Ennakkokysely henkilökunnalle ja sen tulokset

Henkilökunnan ajatuksia ja toiveita lähdin keräämään kirjallisella ennakkokyselyllä. Tein paperisen kyselylomakkeen, joita toimitin lyhytaikaishoidon yksiköiden henkilökunnan täytettäväksi. (Liite1). Kysely toteutettiin 30.11.- 17.12.2017. Henkilökunnalle esittämässäni kysymyksissä pyrin selvittämään mikä on heidän mielestään lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoidossa haastavinta ja minkälaisia virheitä tai haasteita he olivat kohdanneet työssään. Kysyin myös mihin lääkehoitoon liittyviin asioihin he kaipasivat ohjeita tai muisti- ja tarkistuslistoja. Halusin myös ennakkoon selvittää, kokivatko he hyödylliseksi, että kaikilla olisi käytettävissä selkeät ja yhtenäiset ohjeet ja muistilistat siitä, miten toimia. Halusin myös ennakkokäsityksen siitä, kokisivatko he kansion, jossa kaikki tieto olisi samoissa kansissa ja aina saatavilla yksikössä, hyödylliseksi työvälineeksi sekä voisivatko he käyttää sitä myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden ohjauksessa. Kyselylomakkeessa kysymysten lisäksi esittelin itseni ja lyhyesti opinnäytetyöni idean.

Vastauksia sain yhteensä kymmenen kappaletta, mikä tarkoitti sitä, että lähes kaikki vakituisesti lyhytaikaishoidon yksiköissä työskentelevät vastasivat kyselyyn. Vastauksissa kysymykseen ”Mikä on mielestäsi vaikeinta lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoidossa?” korostui se, että lääkedosettien mukana ei aina ole lääkelistaa tai se voi olla vanhentunut. Tällöin lääkkeiden tarkistaminen antovaiheessa on vaikeaa. Tämä asia mainittiin 6/10 vastauksessa. Lisäksi 4/10 vastauksessa tuotiin esiin, että kotihoito ja Henrikinhovi jakaa lääkkeet dosetteihin eri tavalla. Kellonajat lokeroissa eivät täsmää näiden kahden välillä. Kotihoito jakaa iltalääkkeet lokeroon, joka Henrikinhovissa on tarkoitettu iltapäivän lääkkeille. Tällöin on riski, että asiakas saa esimerkiksi unilääkkeen jo iltapäivällä. Kolme vastaajaa koki lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoidon kaiken kaikkiaan sekavaksi ja epäselväksi. Kaksi vastausta tuli siitä, että asiakkaalle ei ole lyhytaikaishoittoon tullessaan kaikkia lääkkeitä mukana (esim. tarvittaessa käytettäviä lääkkeitä), lääkkeet voi olla väärin jaettu (omaiset) ja dosetin lisäksi olisi asiakkaan mukana hyvä olla myös itse lääkepurkit. Yksittäisiä vastauksia tuli siitä, että yksityisten lääkäreiden määräämät lääkkeet eivät näy lääkelistalla jolloin asiakkaan lääkitys kotona ja jaksolla on eri. Lisäksi lääkkeitä jaetaan asiakkaille hälinässä ja asiakkaita on paljon samanimisiä, jolloin lääkkeiden jako on haastavaa. Lääkehoidon jatkuvuus kodin ja Henrikinhovin välillä ei aina toteudu tai se on epävarmaa sekä hoitajien tulisi huomioida työssään jakson aikana tapahtuvat lääkemuutokset.

Kysymykseen ”Millaisia vaikeuksia tai virheitä olet huomannut lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoitoa tehdessäsi?” vastattiin jälleen 5/10 vastauksessa, että lääkkeiden jaon eriaikaisuus dosetissa Henrikinhovin ja kotihoidon välillä tekee lääkkeenjaosta erittäin vaikeaa. 4/10 vastauksessa tuotiin esiin, että lääkkeet on jaettu väärin, lääkejako ei täsmää lääkelistaan tai lääkelista on päivittämättä. Esiin tuli myös esimerkiksi Marevan-lääkkeen väärä annos. Lääke on jaettu ennen, kuin INR-vastaus on saatu, jolloin annos on voinut olla täysin väärä. Myös lääkevoiteiden, kuten Mobilat ja Voltaren, jako-ohjeet ovat olleet puutteellisia (montako kertaa vuorokaudessa rasvataan). Kahdessa vastauksessa tuotiin esiin lääkejako tilanteen rauhattomuus. Lääkkeen jakaja joutuu työskentelemään hälinässä ja ei koe saavansa tarvittavaa työrauhaa. Samanimiset asiakkaat näkyvät myös näissä vastauksissa. Yksittäisissä vastauksissa mainittiin dosettien

likaisuus ja se, että dosetissa ei ole ollut asiakkaan nimeä. Myös lääkepurkkien mukana oloa kaivattiin, jotta pystyttäisiin tarkistamaan, mikä tabletti on mikäkin. ”Huumelääkkeiden” kirjaamiseen toivottiin tarkkuutta, koska niiden käyttö on lisääntynyt asiakkaiden keskuudessa. Myös asiakkaiden ”lääkekoukku” koettiin haasteelliseksi hoitotyössä. Lääkkeiden annossa ja myös ottotekniikassa oli huomattu puutteita. Esimerkiksi inhaloitavien lääkkeiden ottotekniikka oli asiakkaalla ollut väärä. Myös pistettävissä insuliinimäärissä oli epäselvyyksiä, koska eri tiedostoissa oli merkitty annettavaksi eri määrät. Käsin kirjatut muutokset lääkelistoissa oli aiheuttanut epäselvyyksiä tulkinnassa. Lääkelistojen ulkopuolelle jäivät lääkkeet, kuten Klexane, silmätipat, Vagifem ja tarvittaessa annettavat lääkkeet oli muistettava erikseen, joka koettiin vaikeaksi.

Kolmantena avoimena kysymyksenä kysyttiin ”Mihin lääkehoitoon liittyviin asioihin kaipaat ohjeita tai muisti- ja tarkistuslistoja?”. Eniten mainittiin (5/10 vastauksessa), että dosettien mukana olisi tarkat ja selkeät lääkelistat ja niiden päivityksestä huolehdittaisiin ja päivityksestä olisi selkeä vastuu jollakin henkilöllä. Lääkelistoissa toivottiin näkyvän myös käsikauppatuotteet, kuten vitamiinit. Myös INR-tuloksista, Marevan-annoksista sekä siitä keneltä annos voidaan tarkistaa, toivottiin ohjeita 3/10 vastauksessa. Kahdessa vastauksessa pyydettiin ohjetta lääkkeenantoajoista, koska jakotyö vaihteli kotihoidon ja Henrikinhovin välillä. Yksittäisissä vastauksissa selkeitä ohjeita haluttiin silmätippojen antoon ja Klexanen pistämiseen. Myös listoja yleisimpien lääkkeiden rinnakkaisvalmisteita sekä lääkkeistä, joiden antotavassa tai – ajassa on jotakin erikoishuomioitavaa (esimerkiksi lääkkeen anto tyhjään vatsaan), toivottiin. Kipulaastareille haluttiin selkeät listat. Yhdessä vastauksessa todettiin, että listoja on jo tarpeeksi ovissa kiinnitettynä, asiakkaiden pöydillä jne.

Avoimien kysymyksien jälkeen esitin vielä ”KYLLÄ–EI” vaihtoehto kysymyksiä. Kysymykseen ”Koetko mielekkääksi, että lääkehoitoon liittyvät ohjeet olisivat selkeitä ja helposti saatavilla yksissä kansissa?” vastasi 8/10 KYLLÄ ja 2/10 EI. Kysymykseen ”Koetko, että tällaisesta lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoidokansiosta olisi apua käytännön työssä ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä?” vastasi 10/10 KYLLÄ.

7.2.3 Yhteenveto henkilökunnalta saaduista vastauksista

Henkilökunnalle teettämästäni ennakkokyselystä ja siitä saaduista vastauksista oli minulle merkittävä apu lähtiessäni pohtimaan lyhytaikaishoidon yksiköiden lääkehoitokansion sisältöä. Ohjeita koin tarvittavan turvalliseen lääkkeenjako-
lanteeseen ja lääkkeiden käsittelyyn. Miten lääkkeet tarkistetaan ennen antoa, varmistetaan oikea henkilöllisyys ja lääkkeiden antajalle turvataan työrauha. Mi-
ten turvallisesti annetaan lääkkeitä eri antoreittejä pitkin. Lisäksi kaikki materiaali
minkä avulla pystyisin selventämään lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lää-
kehoitoa tukisi henkilökunnan työskentelyä sekavassa lääkehoidossa.

Yksittäisiä aiheita, joita kansion toivottiin, olivat INR- ja Marevan-ohjeet, erilaiset
lääkkeen antotavat kuten pistotekniikkaohjeet, inhaloitavien lääkkeiden ottotek-
niikka ja silmätippojen anto-ohjeet. Myös aiemmin sairaanhoitajien kanssa käyty-
jen keskustelujen myötä minulle heräsi ajatus muistilistasta, joita voisi käyttää
tukena asiakkaan saapuessa lyhytaikaishoitajaksolle. Näiden avulla hoitaja voisi
”rasti ruutuun”-ajatuksella varmistaa, että kaikki lääkehoitoon liittyvät asiat on var-
mistettu. Onko asiakkaalla tällä hetkellä lääke- tai voidekuureja käynnissä?
Ovatko tullessa kaikki lääkkeet (lääkepurkit) mukana? Onko lääkelistat päivitetty
ja ajan tasalla? Onko dosetti asianmukainen? Onko asiakas käynyt yksityisellä
lääkärillä ja saanut lääkkeitä, jotka eivät näy listalla? Ovatko käsikauppatuotteet
näkyvissä? Jäin pohtimaan, kuinka tarkkaan käydään asiakkaan ja omaisten tai
kotihoiton kanssa keskustelua lääkkeistä tulo- ja lähtötilanteessa.

KYLLÄ-EI vastausvaihtokysymyksistä sain sellaisen tuntuman, että tuottamas-
tani kansiosta olisi hyötyä arjen työssä ja uusien työntekijöiden perehdyttämi-
sessä. Kansion kokoamisvaiheessa halusin tuottaa niin selkeän ja helposti ym-
märrettävän tuotoksen, että se erottuisi edukseen ja saavuttaisi paikkansa hen-
kilökunnan käytössä.

Sairaanhoitajat kokivat saaneensa tämän kyselyn avulla arvokasta tietoa lääke-
hoidosta. Yhdessä käymiemme keskustelujen jälkeen sairaanhoitajille heräsi
halu parantaa olemassa olevia lääkelistoja toimivammiksi ja he halusivat pyrkiä
pois monen erillisen listan käytöstä. Ehdotukseni lääkelistojen jakamisesta p.o-

ja muihin lääkkeisiin oli heidän mielestään hyvä ja he sanoivat lähtevänsä kehittämään lääkelistoja enemmän siihen suuntaan. Pegasos-järjestelmän kankeus lääkelistojen tulostuksessa toi omat haasteensa ja suoraan ehdottamaani lääkelistamallia ei voida toteuttaa, mutta henkilökunnalta saatujen toiveiden, antamani ehdotuksen ja yhteisen keskustelun avulla sairaanhoitajat muodostivat kuitenkin käsityksen siitä, millaiset lääkelistat voisivat vastata henkilökunnan toiveeseen toimivista, selkeistä ja ymmärrettävistä lääkelistoista. Myös henkilökunnan esiin tuoma ongelma lääkkeiden jaon erilaisuudessa kotihoidon ja Henrikinhovin välillä otettiin työn alle. Opinnäytetyöprojektini aikana heillä oli tapaaminen kotihoidon kanssa, jossa he selkeästi ilmaisivat huolensa erilaisesta lääkkeen jakotyylisestä dosettiin, joka aiheutti selkeästi riskitilanteita Henrikinhovissa. Vaikka siis omassa lääkehoidon kansiossani en suoraan pystynyt antamaan apua tai ratkaisua kahden kyselyssä selkeästi esille nousseeseen ongelmaan, oli hieno huomata, että tekemäni työn avulla sairaanhoitajat saivat omaan työhönsä välineitä ja uusia ideoita, joiden avulla voivat kehittää lyhytaikaishoidon asiakkaan lääkehoitoa selkeämpään ja turvallisempaan suuntaan.

7.2.4 Lyhytaikaishoidon asiakkaan lääkehoidon seuraaminen

Vietin yhden aamupäivän sairaanhoitajien kanssa Henrikinhovissa tammikuussa 2018. Seurasin lääkehoidon toteuttamista ja kävimme keskustelua niistä asioista, joista olin ennakkokyselyllä saanut tietoa. Olin heidän kanssaan lyhytaikaishoidon asukkaiden ”vaihtopäivänä” eli päivänä jolloin jaksolla olleet kotiutuvat ja uudet jaksolle tulijat saapuvat. Suurin osa asiakkaista on Henrikinhovissa viikon jaksoson kerrallaan. Mikäli asiakkaalle tehdään tarkempaa arviointia, voi hän olla jaksolla kaksikin viikkoa. Kaikki jaksot kuitenkin suunnitellaan yksilöllisesti. Yleensä ”vaihtopäivät” ovat maanantaina ja tiistaina. Lyhytaikaishoidon asiakkaat lähtevät osastolta kotiin lounaan jälkeen, noin kello 12.30-13. Uudet jaksolle tulijat saapuvat noin kello 13-14. Jakson aikana asiakkailla on käytössä omat lääkkeet, jotka he tuovat mukanaan. Suurimmalla osalla on apteekeissa suoraveloitussopimus ja Henrikinhovin sairaanhoitajat voivat e-reseptioikeuden avulla tarvittaessa tilata lisää lääkkeitä apteekista asiakkaalle. Joskus myös kotihoito huolehtii lääkkeiden hankinnasta ja tuomisesta.

Lähtövaiheessa sairaanhoitaja jakaa asiakkaalle lääkkeet dosetteihin mukaan, mikäli niin on sovittu. Toisilla asiakkailla lääkkeiden jaosta jakson jälkeen huolehtii kotihoito tai omaiset. Sairaanhoitaja on yhteydessä kotihoitoon tai omaisiin, mikäli jakson aikana on lääkehoidossa tapahtunut sellaisia muutoksia, joista tieto pitää eteenpäin antaa. Kotihoidon toimisto sijaitsee samassa rakennuksessa, joten tiedon välittäminen eteenpäin on helppoa. Asiakkaan lääkkeet kerätään ja sairaanhoitaja vie ne lähtöpäivänä asiakkaiden huoneisiin ennen kotiinlähtöä. Yksiköiden hoitajat auttavat asiakkaita tavaroiden pakkaamisessa ja varmistavat vielä, että lääkkeet ja dosetit ovat asiakkaan matkassa mukana. Lisäksi asiakas saa mukaansa intervallikutsun, jossa on merkitty seuraavan jakson ajankohta ja lyhyet ohjeet siitä, mitä jaksolle tullessa on hyvä ottaa mukaan. (Liite 3).

Lyhytaikaishoidon jaksolle saapuvilla asiakkailla on yleensä mukanaan valmiiksi jaetut dosetit. Kotihoito jakaa dosetit valmiiksi viikon jaksolle. Mikäli asiakas on jaksolla pidempään, huolehtii Henrikinhovin sairaanhoitajat lääkkeiden jaosta. Tulovaiheessa lähihoitajien rooli lääkehoidossa korostuu. Asiakkaan vastaanottavan hoitajan tulee varmistaa, että asiakkaan lääkehoitoon liittyvät asiat ovat kunnossa. Lääkityksen läpikäyminen tulisi tehdä lääkelistan kanssa ja mahdollisesti saattajan tai omaisen kanssa, jotta kaikki tarvittava tieto saataisiin. Hoitaja kirjaa asiakkaan tulovaiheessa sisään ja lyhyen esitietokirjauksen asiakkaan sen hetkisestä voinnista ja tilanteesta. Tähän kirjaukseen olisi hyvä kirjata, mikäli asiakkaalla ei ole mukana kaikkia lääkelistan mukaisia lääkkeitä tai jokin lääke on esimerkiksi loppunut. Myös muutokset ja uudet lääkkeet voi tässä kirjauksessa erikseen mainita. Jokaisesta asiakkaasta on tehty myös hoitosuunnitelma mikä olisi hyvä käydä jakson alussa läpi ja tarvittaessa päivittää. Lääkehoitoon liittyviä tietoja hoitosuunnitelmassa ovat esimerkiksi asiakkaan omatoimisuus lääkehoidon toteuttamisessa. Missä asioissa hän tarvitsee apua ja mitkä asiat hän hoitaa itse.

Asiakkaan lääkkeet säilytetään yksiköissä lukitussa kaapissa. Suun kautta otettavat lääkkeet ovat doseteissa ja muut lääkkeet kaapissa asiakkaiden nimetyissä koreissa. Kaapin ovesa on pyyhittävät listat, joihin sairaanhoitajat kirjoittavat jaksolle tulevien muut, kuin p.o.-lääkkeet. Myös tarvittaessa annettavat lääkkeet kirjoitetaan tähän listaan. Dosettien mukana on paperiset lääkelistat. Kipulaastarit

säilytetään lääkehuoneessa. Lääkelistojen päivittämisestä huolehtii sairaanhoitajat yhdessä hoitavien lääkäreiden kanssa.

Lääkehoidon ja sen toteuttamisen kannalta äärimmäisen tärkeää on motivoida yksiköiden henkilökuntaa ottamaan erityistä vastuuta asiakkaiden lääkehoidosta. Lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoito on aina haastavaa ja jopa sekavaa, koska lääkkeiden jaosta voi huolehtia kotihoito, jonka toimintatavat poikkeavat Henrikinhovin toimintatavoista tai omaiset, jotka toimivat omaishoitajina. Lääkkeet voi olla jaettu väärin tai eri lailla, kuin mihin ollaan totuttu. Doseetit voivat olla liian pieniä tai epäsiistejä. Tällaisista asioista hoitajat kertovat asiakkaalle ja omaisille, mutta niistä huolehtiminen jää omaisten vastuulle. Kotijaksojen aikana asiakkaat voivat käydä lääkärin vastaanotolla ja heidän lääkehoitoon voidaan tehdä muutoksia tai he voivat itse aloittaa/lopettaa lääkityksiä. Näistä tietoa ei aina saada. Siksi lyhytaikaishoidon asiakkaan lääkehoidossa korostuu avoimuus, keskusteleva ilmapiiri, laadukas kirjaaminen ja yhteistyökumppanien kanssa toimiminen. Kun puutteita tai ongelmia kohdataan, niihin tartutaan heti ja pyritään ratkaisemaan asioita. Lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoidon toteuttaminen eroaa pitkäaikaisasukkaan lääkehoidon toteuttamisesta täysin, koska sitä ei voida valvoa koko ajan. Tästä syystä on tärkeää, että lääkehoito käydään läpi jokaisen jakson alussa, huomioidaan mahdolliset muutokset ja päivitetään asiakkaan lääkehoitoon liittyvät tiedot.

7.3 Lääkehoitokansion toteutusvaihe

Lääkehoitokansion toteutuksessa pyrin yksinkertaisuuteen, helppouteen ja selkeyteen (Liite 4). Eri osiot erottelin toisistaan erivärisellä ulkoasulla helpottaakseni kokonaisuuksien hahmottamista. Ajatus oli, että ihminen jolle lyhytaikaishoidossa olevien asiakkaiden kanssa työskentely ei ole entuudestaan kovin tuttua (esimerkiksi sijaiset), saisivat tukea lääkehoidon toteutukseen. Hän hahmottaisi kansion avulla mitä erityispiirteitä hänen tulee huomioida yksikössä työskennellessään. Tulotilanteen tarkistuslistan voisi halutessaan tulostaa muistilistaksi taskuun, mikäli sellaisesta kokee apua. Perusohjeista ja asioiden kertaamisesta olisi

taas apua opiskelijoille ja vastavalmistuneille. Vanhemmat ”konkarit” voisivat kansion avulla tarkastella omia toimintatapoja ja arvioida niiden toimivuutta.

Ensimmäisessä osassa korostin lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoidon erityispiirteitä. Mitä hoitajan tulee huomioida toteuttaessaan lääkehoitoa lyhytaikaishoidon yksiköissä ja mitkä ovat sellaisia piirteitä, jotka eroavat niin sanotusta normaalista vuodeosaston tai muun pitkäaikaisyksikön lääkehoidosta. Muodostin näistä asioista lyhyen ja pontevan tiivistelmän. Erityispiirteisiin kuului esimerkiksi hoitajan henkilökohtaisen vastuun korostaminen, tiedon välittämisen ja tiedonkulun erityispiirteet, omaisten kanssa yhteistyössä toimiminen, lääkkeiden tarkistamisen ja läpi käymisen tärkeys, puutteista tiedottaminen ja sairaanhoitajien kanssa yhteistyössä toimiminen, huolellinen kirjaaminen ja tietojen jatkuva päivittäminen. Näistä piirteistä kokosin tiiviin koosteen, jonka avulla esimerkiksi lyhytaikaishoidon yksikköön tuleva sijainen saa helposti käsityksen siitä, miten lääkehoito poikkeaa perinteisestä lääkehoidosta.

Toisessa osiossa keskityin lyhytaikaishoidon asiakkaan tulotilanteeseen. Tuotin lyhyen tarkistuslistan, jonka kanssa hoitaja voi halutessaan ottaa asiakkaan vastaan. ”Rasti ruutuun”-tyyppinen lista auttaa muistamaan kaikki lääkehoitoon liittyvät asiat, jotka olisi hyvä käydä läpi jakson alkaessa. Listan avulla varmistetaan, että asiakkaalla on lääkkeet ja doisetit mukana ja että ne on asianmukaisesti jaettu ja kunnossa. Onko muistettu käydä lääkelista läpi ja varmistettu, että myös kipulääkkeet, voiteet ja tarvittaessa käytettävät lääkkeet ovat mukana. Tässä vaiheessa omaiselle on helppo kertoa, mikäli jokin lääke puuttuu tai huomaa puutteita esimerkiksi dosetissa. Onko lääkkeiden joukossa sellaisia lääkkeitä, joiden säilyttämisessä on erityistä huomioitavaa. Onko käyty läpi kotijakson aikana tulleet lääkemutokset ja lääkärikäynnit omaisen tai muun saattajan kanssa. Lista muistuttaa myös kirjaamisesta ja hoitosuunnitelman päivittämisestä tarvittaessa. Mitä asioita pitää kirjata ja mistä lääkehoitoon liittyvistä asioista olisi hyvä erikseen mainita.

Kolmannesta osiosta eteenpäin kansio sisälsi lääkehoidon perustietoa ja keratausta. Kolmannessa osiossa kerroin lyhyesti turvallisen lääkehoidon piirteistä,

aseptiikasta lääkehoidossa, asiakkaan ohjauksen merkityksestä lääkehoidon toteuttamisessa sekä iäkkään lääkehoidon erityispiirteistä. Turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa perustana on oikeat työtavat ja työrauhan saaminen. Myös aseptiset työtavat ovat lääkehoidon perusasioita. Näistä asioista koostin tiivistelmän, jonka avulla henkilökunta voi tarkastella omia työtapoja ja varmistaa, että sekä itse että työtoveri toimii turvallisesti ja laadukkaasti lääkehoitoa toteuttaessaan. Asiakkaan ohjaus ja motivointi lääkehoitoa toteuttaessa kuuluu myös hoitajien tehtäviin. Arjen työssä se unohtuu helposti ja sairaanhoitajien toiveesta myös tämä osio otettiin mukaan kansioon. Vanhuksia hoitaessa on myös hyvä tuntee iäkkään lääkehoitoon liittyviä erityispiirteitä ja oppia tunnistamaan merkkejä, jotka kertovat lääkehoidon aiheuttamista ongelmista tai oireista.

Neljänteen osioon keräsin erilaisia lääkkeenantotapoja ja -reittejä. Tuotin lyhyet ohjeet siitä, miten lääkkeitä annetaan kutakin reittiä pitkin ja mitkä ovat huomioitavia asioista. Tässä osiossa käsittelin p.o.-lääkkeet, inhaloitavat lääkkeet, subcutikseen (s.c.) eli ihonalaiskudokseen pistettävät lääkkeet, silmätipat ja muut tipat, emättimeen laitettavat lääkkeet ja per rectum (p.r.) eli peräsuoleen annettavat lääkkeet. Kaikista lääkkeenantoreiteistä tein lyhyet ohjeet, miten lääke annostellaan, mitä huomioitavia asioita siihen liittyy ja mitkä ovat yleisimpiä lääkkeitä, joita kyseistä reittiä pitkin annetaan.

Viidennessä osiossa kerroin tiivistetysti diabeteksestä ja sen hoidosta sekä anti-koagulaatio ja Marevan-hoidosta sekä INR-arvoista. Diabetes-, Marevan- ja Klexane-lääkkeet ovat erittäin yleisesti käytössä ja niistä henkilökunta kaipasi ennakkokyselyssä lisää tietoa. Tässä osiossa pyrin tuottamaan tiiviin ja lyhyen tietopaketin, jonka avulla on helpompi ymmärtää, miksi kyseistä lääkettä käytetään, mitä erityispiirteitä niissä on ja mitä esimerkiksi INR-arvo kertoo asiakkaan tilasta. Insuliinihoidosta tuotin lyhyen tietopaketin diabetestyypeistä ja millaisia erilaisia insuliinihoitoja on. Kansion loppuun keräsin vielä nettilähteitä, joista löytyy hyvää ja luotettava tietoa liittyen lääkehoitoon. Näiden linkkien avulla henkilökunta voi halutessaan tarkistaa ja etsiä lisää tietoa.

Kansion jäädessä yksiköihin tulee sopia, kuka vastaa kansion päivittämisestä ja kuinka usein. Voisi olla toimivaa, että lyhytaikaishoidon yksiköiden sairaanhoitajat

vastaavat kansion määräaikaisten päivityksistä (esimerkiksi kerran vuodessa) ja yksittäisiä päivityksiä voi tehdä kuka tahansa. Toimitan kansioiden lisäksi Henrikinhovin käyttöön myös sähköisen version kansion sisällöstä, jota on helppo muokata. Kansion etusivulle merkitsen kansion tekijäksi ja päivittäjäksi itseni sekä päivämäärän koska kansio on tehty. Jatkossa se henkilö, joka kansiota päivittää voi aina laittaa oman nimensä päivittäjäksi ja vaihtaa samalla päivämäärän. Tällöin kansiota käyttävä henkilö voi aina varmistaa, että kansiossa oleva tieto on ajantasaista ja päivitettyä. Kansioon voi myös jatkossa helposti lisätä materiaalia ja päivittää sen sisältöä.

7.4 Kansion esittely henkilökunnalle

Kansio esiteltiin Henrikinhovin koko henkilökunnalle heidän henkilökuntapalaverissaan 21.3.2018. Minulle oli varattu palaverin alusta noin 30 minuuttia. Esittelin henkilökunnalle Power Point-esityksen avulla lähtökohdat ja tavoitteet lääkehoidon kansiolle ja sen tekemiselle. Lisäksi esittelin heille ennakkoon tekemäni kyselyn tulokset ja nostin esiin heiltä saamiani vastauksia, jonka pohjalta lähdin kansiota muodostamaan. Tarkemmin kansion sisällöstä esittelin asiakkaan tulo-tilanteeseen tekemäni muistilistan ja lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoidon erityispiirteitä. Halusin korostaa henkilökunnan vastuuta lääkehoidossa ja sen erityispiirteiden ymmärrystä. Kansiossa olevia yleisiä lääkehoidon asioita esittelin henkilökunnalle pääpiirteissään.

Palaverissa oli paikalla suurin osa henkilökunnasta. Esitellessäni kansion sisältöä laitoin kaksi kappaletta kansiota kiertämään, jotta henkilökunta sai jo ensisilmäyksen kansioon ja sen ulkomuotoon. Esitykseni aikana sain henkilökunnan joukosta kommentteja ja esimerkitapauksia nostettiin esille. Esityksen lopuksi vanhuspalvelupäällikkö kiitti minua esityksestä ja toivoi, että esittelisin sen myös kotihoidon henkilökunnalle myöhemmin, koska hän koki, että työssäni oli paljon tietoa, joka olisi hyvä saada myös kotihoidon henkilökunnan tietoon. Saamani palaute esityksen aikana oli kaikin puolin positiivista. Lääkehoidon kansiot jätin yksiköiden käyttöön ja pyysin heitä tutustumaan niihin. Pyysin henkilökuntaa myös ohjaamaan uusia työntekijöitä ja opiskelijoita lukemaan kansiota. Lopuksi

kerroin, että kerään palautteen lääkehoitokansioista toukokuun 2018 alussa kirjallisella kyselylomakkeella, kuinka paljon kyselyyn on aikaa vastata ja mihin kyselyn vastauslaatikkoineen jätän. Sähköisen version kansion sisällöstä toimitin vanhuspalvelupäällikölle, joka lupasi viedä sen Henrikinhovin yhteiseen sähköiseen kansioon, josta jokaisella on mahdollisuus siihen tutustua ja tarvittaessa sen tulostaa.

7.5 Kansioista kerätty palaute ja sen tulokset

Keräsin lääkehoitokansioista palautetta lyhytaikaishoidon osastoilla työskenteleviltä hoitajilta ja muilta kansiota käyttäneiltä 30.4.- 14.5.2018 välisenä aikana, kansion oltua käytössä noin kahden kuukauden ajan. Vastauksia palautekyselyyn (liite 2) sain yhteensä 12 kappaletta.

11/12 vastaajasta oli tutustunut lyhytaikaishoidon yksiköiden lääkehoitokansioon. Yksi vastaaja oli aloittanut työt osastolla vasta vähän aikaa sitten ja ei ollut vielä kokenut tarvetta tutustua kansioon. 58% vastaajista oli käyttänyt kansiota apuna työssään sen jälkeen, kun se oli osastojen käyttöön annettu. Näistä käyttäjistä 29% oli käyttänyt kansiota apuna päivittäin, 57% viikoittain ja 14% kuukausittain. Ne vastaajat (42%), jotka eivät olleet kokeneet kansioista apua työssään kertoivat vapaissa palautteissa, että kansio oli heidän mielestään työläs eikä toiminut käytännössä. Osa ei ollut muistanut käyttää kansiota tai ei ollut kokenut sen käytölle vielä tarvetta. Koettiin myös, että kansion sisältöön paneutumiselle tulisi olla enemmän aikaa. Asiakkaiden saapuessa lyhytaikaishoitajaksolle hoitajilla on kiire, osa hoitajista on raportilla ja asiakkaat vaihtuvat, jolloin kansion käytölle ei siinä kohdin löydetty aikaa.

Arvioin kansiota palautekyselyssä myös väittämillä, joissa vastaus annettiin asteikolla 5-1. Tällä asteikolla 5 = ”täysin samaa mieltä”, 4 = ”osittain samaa mieltä”, 3= ”en osaa sanoa”, 2= ”osittain eri mieltä” ja 1= ”täysin eri mieltä”.

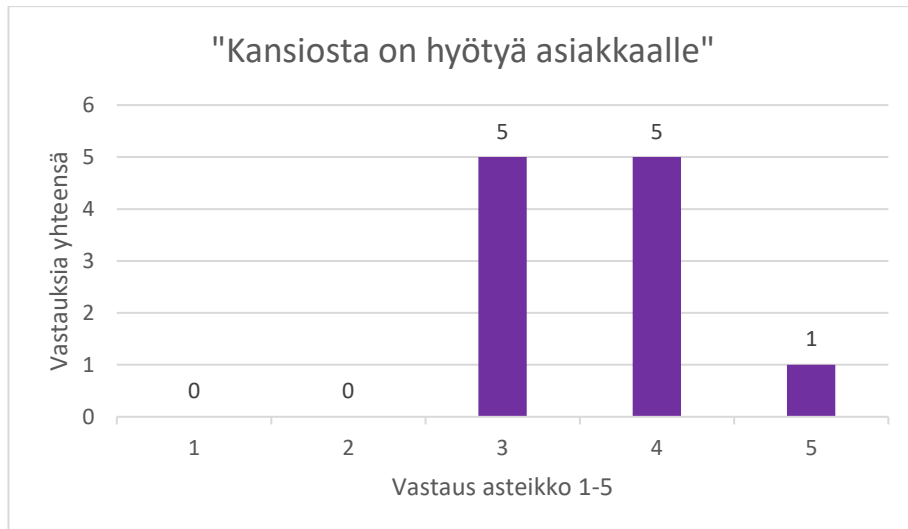
Kansion ilmettä ja sisältöä pidettiin selkeänä ja ymmärrettävänä. 91% palautekyselyyn vastanneista oli joko täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että kansio oli

selkeä ja ymmärrettävä. Yksi vastaaja ei osannut sanoa mielipidettään ja ketään vastanneista ei kokenut kansiota epäselväksi tai huonosti ymmärrettäväksi. Sisältö itsessään koettiin myös hyödylliseksi työyhteisölle. Suurin osa vastaajista (64%) oli osittain samaa mieltä siitä, että lääkehoitokansion sisällöstä voisi olla apua heidän työssään. 9% oli siitä täysin samaa mieltä. 18% vastaajista ei osannut sanoa saavatko he apua ansiosta ja 9% oli osittain eri mieltä siitä, että saisi ansiosta apua työhönsä.



KUVA 2. Kansion hyödyllisyys yksikölle.

Kysyttäessä olisiko ansiosta hyötyä koko yksikölle (KUVA 2), 73% vastaajista kokivat joko täysin tai osittain, että lääkehoidon ansiosta olisi hyötyä lyhytaikahoidon yksiköissä. 27% vastanneista ei osannut sanoa olisiko siitä hyötyä. Vastausten perusteella saikin vaikutelman siitä, että kansio koettiin enemmän hyödylliseksi yksikkötasolla. Yksilötasolla ansiosta tehokkuudesta ja toimivuudesta oltiin vielä epäileväisiä. Lääkehoidon turvallisuuden paraneminen ansiosta avulla jakoi myös mielipiteitä. 45 % vastaajista ei osannut sanoa lisäisikö kansio lyhytaikahoidon yksiköiden lääkehoidon turvallisuutta. 55% oli joko täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että kansio voisi lisätä lääkehoidon turvallisuutta. Kansio on ollut yksiköiden käytössä melko vähän aikaa ja sen toimivuutta lääketurvallisuuden kannalta on vaikea arvioida. Uusien toimintatapojen omaksuminen ja ansiosta materiaalin käyttö työn apuna vievät aikaa ja on ymmärrettävää, ettei näin lyhyellä aikavälillä ole muodostunut selkeää kuvaa siitä onko kansio hyödyllinen tai toimiva lääkehoidon turvallisuuden kannalta.



KUVA 3. Kansion hyödyllisyys asiakkaalle.

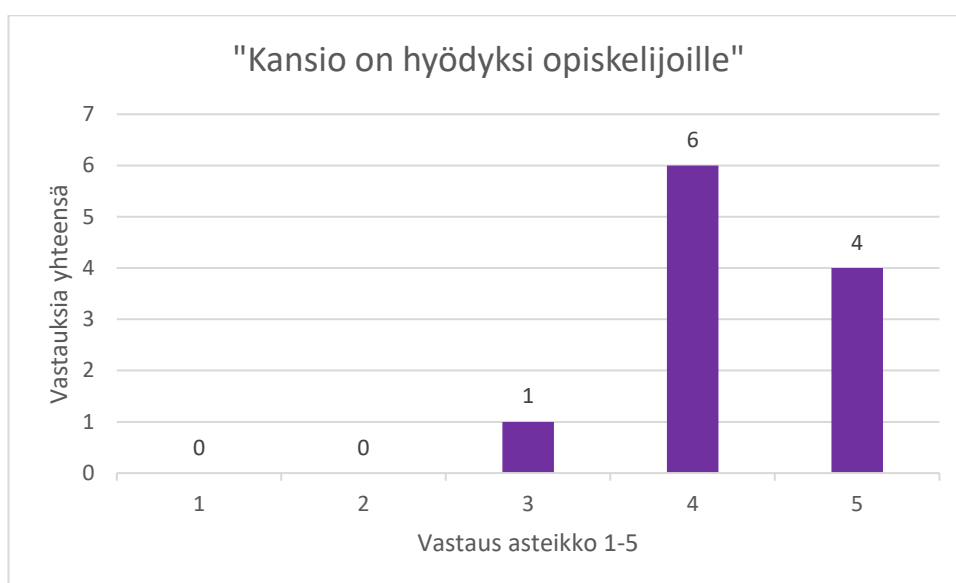
Vastajista 45 % oli osittain samaa mieltä siitä, että kansiosta on hyötyä asiakkaalle (KUVA 3). Samoin 45% ei osannut sanoa olisiko kansiosta hyötyä asiakkaan kannalta. 10% oli täysin samaa mieltä väittämän suhteen. Verrattain suuri osuus "en osaa sanoa"-vastauksia saattoi tulla juuri siitä syystä, ettei kansiota oltu vielä pitkään käytetty ja eikä saatu kokemuksia sen hyödyllisyydestä asiakkaalle.



KUVA 4. Kansion tuki perehdytyksessä.

82% vastanneista oli joko täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että kansiota voitaisiin käyttää perehdytyksen tukena (KUVA 4). 9 % vastasi "en osaa sanoa" ja samoin 9% vastanneista oli osittain eri mieltä. Suurimmaksi osaksi siis koettiin,

että kansion sisältö tuki uuden työntekijän perehdytystä lyhytaikaishoidon yksiköissä. Opinnäytetyön tavoitteiden kannalta on positiivista, että kansio koettiin hyödyksi perehdytyksessä. Kansioon tehty materiaali lyhytaikaishoidon erityispiirteistä ja asiakkaan vastaanottotilanteeseen kehitetty muistilista olikin ajateltu erityisesti uusien työntekijöiden tueksi. Yksiköissä harvoin työskenteleville tai yksikössä juuri aloittaneelle työntekijälle tulotilanteen kiire ja sekavuus saattaa tehdä työstä vaikeaa. Tulostettava muistilista saattaa auttaa työntekijää hahmotamaan kokonaisuutta ja varmistamaan, että kaikki lääkehoidon osa-alueet on huomioitu.



KUVA 5. Kansion hyöty opiskelijoille.

Vastanneista 91% oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että opiskelijat hyötyivät kansion sisällöstä (KUVA 5). 9 % ei osannut sanoa olisiko kansio hyödyllinen opiskelijoille. Myös opiskelijoiden kanssa käytettynä kansio koettiin hyödylliseksi. Erityisesti alkuvaiheen opiskelijoille kansioon tuotetusta materiaalista liittyen lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen on varmasti apua. Esimerkiksi erilaisten lääkkeen antotapojen kertaaminen kansion avulla ennen varsinaista tekemistä, on toivon mukaan opiskelua ja harjoittelua tukevaa. Kansio tarjoaa myös tiivistettyä tietoa lääkehoidosta mikä tukee opiskelijan harjoittelua ja erityisesti lääkehoitoon liittyvien tavoitteiden toteutumista.

Palautekyselyn vastauksia arvioidessa positiiviseksi koin sen, että niin moni oli kansioon tutustunut ja myös suuri osa oli käyttänyt kansiota työssään apuna myöhemmin. Ne jotka olivat käyttäneet kansiota, antoivat positiivista palautetta kansion sisällöstä, hyödyllisyydestä ja uskoivat sen parantavan lyhytaikaishoidon yksiköiden lääketurvallisuutta. Ne jotka taas eivät olleet vielä kansiota käyttäneet antoivat paljon ”en osaa sanoa” vastauksia, mikä on ymmärrettävää, kun sisältöön oli vasta nopeasti tutustuttu eikä sitä oltu vielä otettu käyttöön ”työkaluksi”.

POHDINTA

Iäkkään lääkehoito on aina monimutkainen ja herkkä kokonaisuus. Iän mukanaan tuomat moninaiset sairaudet ja vaivat kuormittavat vanhuksen kehoa aina lisääntyvällä lääkkeiden määrällä. Kun tahtotila nykyään on se, että vanhukset elävät kotona mahdollisimman pitkään, lisää se entisestään painetta onnistuneelle lääkehoidolle. Kotona lääkkeiden kanssa voi yrittää pärjätä hyvinkin muistisairas ja hauras vanhus. Toisaalta esimerkiksi paikan lyhytaikaishoitoon saanut vanhus, kuten työni kohteena olevat henkilöt, altistuvat lääkehoidon poikkeamille ja vaaratilanteille, kun henkilön lääkehoitoa hoitavat monet eri tahot ja henkilöt. Tiedonkulun katkokset ja lääkelistojen päivitykset eivät aina saavuta kaikkia ikäihmisen hoidossa mukana olevia yksiköitä, jolloin virheiden riski kasvaa. Tulevaisuudessa olisikin tärkeää kohdistaa tarpeeksi resursseja esimerkiksi kotihoitoon, koska yhä pidempään vanhukset pärjäävät kotona. Myös koko vanhushoito on luultavasti muutoksien edessä tulevaisuudessa. Pitkäaikaishoitoon mennään aina myöhemmin ja tarve lyhytaikaishoitoon ja sen paikkoihin saattaa lisääntyä merkittävästi, kun kotona pärjäämistä tuetaan mahdollisimman pitkään. Tällöin myös henkilökunnan tapa työskennellä tulee muuttua. Pitkäaikaishoidolle ominainen rutiininomaisuus ei enää toimi vaan kaikessa tekemisessä tulee huomioida se, että asiakas palaa kotiin jakson päätyttyä. Asiakkaan omatoimisuutta ja pärjäämistä tulee tukea ja valmiiksi tekemistä välttää. Asiakasta tulee ohjata, motivoida ja kannustaa. Lääkehoidon kannalta henkilökunnan tulee noudattaa erityistä valppautta, huolellisuutta ja tarttua epäkohtiin aktiivisesti. Myös lääkäreiden tulee toistuvasti arvioida iäkkään henkilön lääkehoitoa ja sen tarpeellisuutta. Monilääkityksiä tulee välttää ja varmistaa aina, ettei lääkehoidosta aiheutuneita vaivoja aleta korjaamaan uusilla lääkkeillä. Onneksi tällä hetkellä vaikuttaa siltä, että lääkityksiä määrättäessä vallitsee ”vähemmän on enemmän”-ajattelu.

Opinnäytetyölläni ja yhteistyölläni palvelukeskus Henrikinhovin henkilökunnan kanssa pystyin tuottamaan tietoa, osaamista ja apuvälineitä eri osapuolten käyttöön ja tällä tavoin turvaamaan mahdollisimman monen lyhytaikaishoitoon tulevan asiakkaan turvallisen lääkehoidon toteutumisen. Ennen kansion työstämistä tekemässäni kyselyssä tuli paljon tietoa, jota sairaanhoitajat voivat käyttää hyväkseen omassa työssään, vaikka minä en lääkehoidon kansiota tehdessäni sitä

käyttäneitä. Erityisesti kyselyssä nousi esiin lääkelistojen epäselvyys ja päivittämättömyys sekä erilainen dosettien jakotapa kotihoidon ja Henrikinhovin välillä. Käymiemme keskustelujen pohjalta sairaanhoitajille heräsi halu lähteä kehittämään lääkelistoja toimivammiksi ja yhteistyötä oli jo käynnistetty kotihoidon kanssa. Lääkkeiden jakamiselle oltiin etsimässä yhteistä työtapaa. Palautetta kerätessäni sain kuulla, että opinnäytetyöni oli käynnistänyt paljon muutoksia. Itse kansio ja sen materiaali koettiin tarpeelliseksi, mutta lisäksi lääkepoikkeamia oltiin alettu ”saamaan kiinni”, niistä raportoitiin aktiivisesti ja sairaanhoitajat olivat päivittäneet lääkelistat ja vieneet ne yksiköiden käyttöön uudistettuina ja selkeämmäksi kehiteltyinä. Oli hieno huomata, että tekemälläni työllä käynnistyi käytännön muutoksia ja lisäksi sain tuotettua arjen työhön sekä perehdytykseen helposti sisäistettävää ja selkeää tukimateriaalia. Opinnäytetyötä tehdessäni koin tekeväni työtä, joka todella kehitti yhteistyökumppanin toimintaa. Keskustelut sairaanhoitajien kanssa olivat ammattitaitoani kehittäviä ja minut kohdattiin tasavertaisena. Esittämiini ajatuksiin ja ideoihin suhtauduttiin positiivisesti ja niitä haluttiin myös käyttää apuna toiminta- ja työtapoja kehittäessä. Se, että sain olla mukana parantamassa lyhytaikaishoidon yksiköiden lääkehoitoa, oli ammattitaitoni kehittymisen kannalta tärkeää ja vahvistivat myös rooliani asiantuntijana ja sairaanhoitajana. Koin, että syventymällä iäkkään lääkehoitoon olin kerryttänyt riittävästi osaamista, jotta pystyin myös kehittämään toimintaa ja arvioimaan siitä kriittisesti.

Opinnäytetyön tekeminen oli haastava ja pitkä prosessi. Se koostui eri osa-alueista, joiden valmistuttua pääsin siirtymään seuraavaan. Työn tekeminen alkoi taustatietojen kartoittamisella mikä määritteli itse kansion sisältöä merkittävästi. Kansion sisällön keräämistä tuki se, että lääkehoidosta sekä iäkkään lääkehoidon erityispiirteistä löytyy paljon hyvää ja ajantasaista teoretietoa. Lääkehoito on tieteen alana aina kehittyvä ja jatkuvasti tarkkailun alla oleva. Tästä syystä tieto on päivitettyä ja laadukasta. Henrikinhovin henkilökunta oli erittäin aktiivisesti mukana opinnäytetyössäni ja tuki sen onnistumista. Sain sekä ennako-, että palautekyselyyn hyviä vastauksia, joiden avulla opinnäytetyötä oli helpompi lähteä työstämään. Kaiken kaikkiaan yhteistyökumppanit olivat koko opinnäytetyön ajan

aktiivisesti mukana ja halusivat tietää, miten työ etenee. Se ylläpiti työn edistymistä. Opinnäytetyö eteni suunnitelmien mukaan ilman kiirettä ja lopputulos lisäsi osaamistani ja ammattitaitoani sairaanhoitajana.

LÄHTEET

- Airaksinen, Marja & Dahlström, Annika 2005. Hoitaja potilaan lääkehoidon toteuttajana. Teoksessa Airaksinen Marja (toim.) Hoitona lääke. Helsinki. Edita Prima Oy. 16-35.
- Hujala, Noora & Tiainen, Anna-Maija. 2009. Lääkehoito lähihoitajan työssä. Helsinki. Edita.
- Hörkkö, Mari 2017. Lääkkeenjako parityönä. Sairaanhoidtaja 6/2017, 24-29.
- Inkinen, Ritva; Volmanen, Petri & Hakoinen, Suvi (toim.) 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Iivanainen; Ansa & Syväoja; Pirjo 2016. Hoida ja kirjaa. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Joensuu, Jenni 2017. Robotti annostelee lääkkeitä Harjavallassa – hoitajalle jää aikaa asiakkaan kanssa. Yle uutiset. <https://yle.fi/uutiset/3-9803164>
- Juva; Kati 2017. Lääkehoito. Muistiliitto. Viitattu 18.1.2018. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/laakehoito>
- Kokemäen kaupunki i.a. Palvelukeskus Henrikinhovi. Viitattu 17.5.2017. <http://www.kokemaki.fi/palvelut/sosiaalipalvelut/ikaihmisten-palvelut/palvelukeskus-henrikinhovi/>
- Koskinen, Tiina; Puirava, Aili; Salimäki, Johanna; Puirava, Pauli & Ojala, Raimo 2012. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriit -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Muistisairaudet. 2017. Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.1.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suosituks?id=hoi50044#K1>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 17.8.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Nurminen, Marja-Leena 2011. Lääkehoito. Helsinki. WSOYpro Oy.

- Saano, Susanna; Taam-Ukkonen, Minna 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Viitattu 17.8.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>
- Sulosaari, Virpi; Hahtela, Nina & Ranta, Iiri (toim.) 2013. Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidaja & lääkehoito. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Taam-Ukkonen, Minna; Saano, Susanna 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 17.8.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Thurman, Katri & Sinisalo, Laura 2015. Lääkehoito hoiva- ja hoitotyössä. Helsinki. Edita.
- Terveyskirjasto 2017. Lääketieteen sanasto. Viitattu 12.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00288
- Tokola, Eeva 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Hämeenlinna. Tammi.
- Viramo; Petteri, Huusko; Tiina, Joiniemi; Markku & Sulkava; Raimo. 2004. Dementiapotilaan lääkehoito. Helsinki. Suomen dementiahoitoyhdistys.

LIITTEET

Liite 1: Ennakkokysely henkilökunnalle

KYSELY OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Olen tekemässä opinnäytetyötä lyhytaikaishoidon osastoille Henrikinhovissa. Aiheenani on lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan turvallinen lääkehoito. Olen tuottamassa lyhytaikaishoidon yksiköiden käyttöön lääkehoidon kansiota ja pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin. Kysymyksiin toivon, että vastaat mahdollisimman seikkaperäisesti ja käytännölläheisesti.

-Kirsi Naukkarinen, Diak Pori

1. MIKÄ ON MIELESTÄSI VAIKEINTA LYHYTAIKAISHOIDOSSA OLEVAN ASIAKKAAN LÄÄKEHOIDOSSA?

2. MILLAISIA VAIKEUKSIA TAI VIRHEITÄ OLET HUOMANNUT LYHYTAIKAISHOIDOSSA OLEVAN ASIAKKAAN LÄÄKEHOITOA TEHDESSÄSI?

3. MIHIN LÄÄKEHOITOON LIITTYVIIN ASIOIHIN KAIPAAT OHJEITA TAI MUISTI- JA TARKISTUSLISTOJA?

4. KOETKO MIELEKKÄÄKSI, ETTÄ LÄÄKEHOITOON LIITTYVÄT OHJEET OLISI SELKEITÄ JA HELPOSTI SAATAVILLA "YKSISSÄ KANSISSA"?

KYLLÄ

EI

5. KOETKO, ETTÄ TÄLLÄISESTÄ LÄÄKEHOIDON KANSIOSTA OLISI APUA KÄYTÄNNÖN TYÖSSÄ JA UUSIEN TYÖNTEKIJÖIDEN PEREHDYTTÄMISESSÄ?

KYLLÄ

EI

Liite 2: Palautekysely henkilökunnalle

PALAUTE LYHYTAIKAISHOIDOSSA OLEVAN ASIAKKAAN LÄÄKEHOITOKANSIOSTA

1. OLEN TUTUSTUNUT LYHYTAIKAISHOIDON YKSIKÖIDEN LÄÄKEHOITOKANSIOON

KYLLÄ EN

2. OLEN KÄYTTÄNYT KANSIOTA APUNA TYÖSSÄNI

KYLLÄ EN

3. MIKÄLI VASTASIT EDELLISEEN "KYLLÄ", OLETKO KÄYTTÄNYT KANSIOTA

KUUKAUSITTAIN VIIKOTTAIN PÄIVITTÄIN VAIN KERRAN

4. MIKÄLI VASTASIT EDELLISEEN "EI", MIKSI ET KÄYTTÄNYT KANSIOITA?

MITÄ MIELTÄ OLET SEURAAVISTA VÄITTÄMISTÄ

5- täysin samaa mieltä 4- osittain samaa mieltä 3- en osaa sanoa

2- osittain eri mieltä 1- täysin eri mieltä

KANSIO ON SELKEÄ JA YMMÄRRETTÄVÄ	5	4	3	2	1
KANSION SISÄLTÖ AUTTAA TYÖSSÄNI	5	4	3	2	1
KANSIOSTA ON HYÖTYÄ YKSIKÖLLE	5	4	3	2	1
KANSIO PARANTAA YKSIKÖN LÄÄKEHOITON TURVALLISUUTTA	5	4	3	2	1
KANSIOSTA ON HYÖTYÄ ASIAKKAALLE	5	4	3	2	1
KANSIO TUKEE PEREHDYTTÄMISTÄ	5	4	3	2	1
KANSIO ON HYÖDYKSI OPISKELIJOILLE	5	4	3	2	1

Liite 3: Lyhytaikaishoidon kutsu

Palvelukeskus Henrikinhovi/lyhytaikaishoito

Iltarusko 1, 32800 KOKEMÄKI

Nimi _____

_____ - _____ 20_____

Huomioikaa seuraavat asiat:

- **Saapukaa osastolle sovitetun päivän (maanantaina tai tiistaina) iltapäivällä klo 14.00** (Ellei ole toisin sovittu)
- **Kaupungin ateriapalveluasiakkailta** perumme ateriat osastolla olon ajaksi seuraavasta päivästä lähtien ja kotiin lähtiessänne tilataan ateriat seuraavasta päivästä lukien.
- **Ottakaa mukaan:**
 - Kaikki käytössänne olevat lääkkeet ja ajan tasalla oleva lääkelista. **Myös ei säännöllisessä käytössä olevat, tarvittaessa esim. kipuun otettavat lääkkeet oltava mukana (kipulääkkeenä esim. Panadol)**
LÄÄKKEET VALMIIKSI DOSETTIIN ANNOSTELTUNA
 - Käyttämänne perus- yms. voiteet
 - Hoitotarvikkeet (haavan- ja ihonhoito)
 - Vaipat, jos käytössä
 - Peseytymisvälineet (shampoo, saippua, hampaanhoitovälineet)
 - Partakone
 - Aamutossut/sisäkengät EI GROKSIT
 - Keppi, rollaattori, pyörätuoli tms. apuväline
 - Vaihtovaatteita, ulkovaatteet
 - Saunatakki, jos käy saunassa
- **Laittakaa nimenne mukana oleviin vaatteisiin ja henkilökohtaisiin tavaroihin**
- **Emme vastaa kadonneista vaatteista tai muista tavaroista!**
- **Älkää ottako suuria summia rahaa mukaanne.**
- **Turvapuhelinasiakkaat: jättäkää hälytysranneke kotiin!**
- **Lähtö kotiin sovitetun päivän klo 12 ruokailun jälkeen (ellei toisin ole sovittu)**
- **Jakson peruminen täytyy tapahtua viimeistään yhtä arkipäivää ennen jakson alkua.**
- **Lyhytaikaishoito ei kerrytä terveydenhuollon maksukattoa**
- **Lyhytaikaishoidossa oleva asiakas maksaa itse ambulanssi- ja taksikuljetukset, lääkä-rissä käynnit**

Yhteystiedot: jaksovaraukset: geronomi 040- 4883913

sairaanhoitaja puh. 040- 4883900, 044 4883904 (ma-pe klo 10-12)

Liite 4. Lääkehoitokansion sisältö

LÄÄKEHOIDON KANSIO LYHYTAIKAISHOIDON YKSIKÖILLE

päivittänyt sairaanhoitajaopiskelija Kirsi Naukkarinen

15.2.2018

Kirsi Naukkarinen

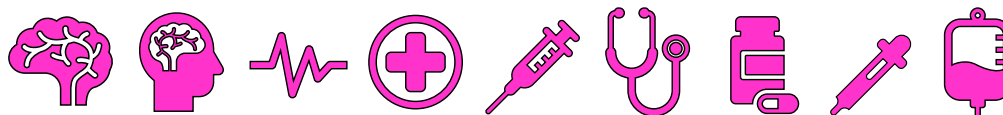
Opinnäytetyö

Diakonia-ammattikorkeakoulu

SISÄLLYS

Lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoidon erityispiirteet	64
Muistilista lääkehoidon läpikäymiseksi	65
Turvallisuus lääkehoidossa	66
Aseptiikka lääkehoidossa	67
Asiakkaan ohjaus ja motivointi lääkehoidossa	68
Iäkkään lääkehoito	69
Lääkkeiden antotavat ja reitit	72
Enteraalinen eli ruoansulatuskanavan kautta annettava lääkitys	73
Kiinteät lääkemuodot	73
Nestemäiset lääkemuodot	74
Suuonteloon annettava eli intraoraalinen lääkitys	74
Rektaalisesti eli peräsuoleen annettava lääkitys	75
Ruokintaletkun kautta annettava lääkitys	76
Luonnollista tietä annettava parenteraalinen eli ruoansulatuskanavan ohi annettava lääkitys	77
Keuhkoihin otettava lääkitys	77
Nenään annettava lääkitys	78
Silmään annettava lääkitys	79
Korvaan annettava lääkitys	80
Iholle ja ihon kautta annettava lääkitys	81
Emättimeen annettava lääkitys	82
Invasiiviset eli kajoavat antotavat – kudokseen annettavat injektiot	83
Injektio ihon alle eli subkutaanisesti (s.c.)	83
Injektio ihon sisään eli intradermaalisesti (i.d.)/ intrakutaanisesti (i.c.)	84

Injektio lihakseen eli intramuskulaarisesti (i.m.)	84
Diabetes ja sen hoito	86
Antikoagulaatiohoito- verenohennuslääkkeet	91
Hyviä nettilähteitä lääkehoidon tueksi	93



Lyhytaikaishoidossa olevan asiakkaan lääkehoidon erityispiirteet

VASTUU

Lyhytaikaishoidon yksiköissä työskennellessä hoitajan vastuu lääkehoidossa korostuu, koska asiakkaan hoidossa käytetään hänen omia lääkkeitään ja hänen lääkehoidossaan on mukana monia eri tahoja.

LÄÄKKEIDEN TARKISTAMINEN

Varmista aina, että annat oikeat lääkkeet, oikealle ihmiselle, oikeaan aikaan. Dosetin on voinut jakaa omaisen, kotihoito tai sairaanhoitajat. Varmista siis aina lääkelistasta mitä olet antamassa.

LÄÄKKEIDEN ANTAMINEN

Rauhoita lääkkeiden antamistilanne. Vältä turhaa melua ja mikäli mahdollista, sopikaa kuka antaa lääkkeet. Lääkkeiden antaja keskittyy lääkehuoltoon ja ottaa siitä vastuun. Varmista aina asiakkaan henkilöllisyys ennen lääkkeen antoa. Jos annat viimeiset lääkkeet, hae heti tilalle uusi täytetty dosetti.

YHTEISTYÖ OMAISTEN KANSSA

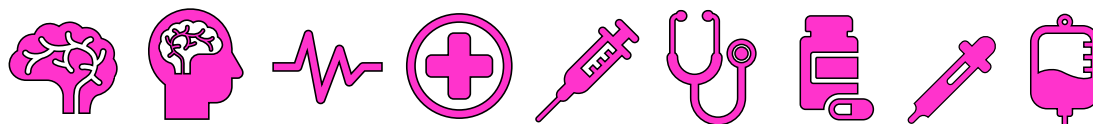
Käy avointa keskustelua omaisten ja muiden yhteistyötahojen kanssa. Kysy, tarkista, selvitä. Asiakkaan tullessa lyhytaikaishoitoon, keskustele omaisen kanssa mahdollisista muutoksista lääkehoidossa ja käy mahdollisuuksien mukaan lääkkeet nopeasti läpi omaisen ollessa vielä paikalla.

TIEDONKULKU

Avoimen keskustelun ja tiedonkulun merkitys korostuu lyhytaikaishoidon yksikössä, koska hoitavia tahoja on monia. Ilmoita siis aina, jos näet puutteita tai korjattavia asioita. Kerro huomioistasi sairaanhoitajalle tai omaisille.

KIRJAAMINEN

Kirjaa aina huolellisesti asiakkaan tulotilanne ja mahdolliset muutokset. Päivitä asiakkaan hoitosuunnitelmaa tarvittaessa. Kirjaa mieluummin enemmän, kuin vähemmän.



Muistilista lääkehoidon läpikäymiseksi

- ☑ Erityisesti asiakkaan TULLESSA lyhytaikaishoitoon on hyvä käydä hänen lääkehoidonsa huolellisesti läpi. Varaa tähän siis aikaa. Lähtövaiheessa huolehdi, että kaikki asiakkaan lääkkeet ovat pakattuna mukaan.

LÄÄKKEIDEN TARKISTUS

- Onko asiakkaan lääkedosetit mukana?
- Onko kaikki lääkelistalla olevat lääkkeet mukana?
- Onko asiakkaalla kipulääkettä mukana?
- Onko käytössä listan ulkopuolisia lääkkeitä (vitamiinit)?

LÄÄKELISTAN LÄPIKÄYMINEN

- Onko lääkkeet jaettu dosettiin oikein?
- Onko listalla lääkkeitä, jotka eivät ole enää käytössä?
- Onko myös tarvittavat lääkkeet (tipat, voiteet) mukana?
- Onko erityissäilytystä (kylmäsäilytys) vaativia lääkkeitä?

ASIAKKAAN JA OMAISEN KANSSA KESKUSTELU

- Mihin asiakas tarvitsee apua lääkehoidossa?
- Mitä asiakas tekee itse?
- Onko lääkkeissä tapahtunut muutoksia?
- Onko asiakas käynyt lääkärissä kotona ollessaan? Miksi?

KIRJAAMINEN

- Asiakkaan kirjaaminen sisään
- Esitietojen kirjaaminen (kirjaa myös mukana olevat lääkkeet ja mahdolliset puutteet)
- Hoitosuunnitelman päivitys ja ajantasaisuus

Mikäli huomaat puutteita dosetissa, lääkkeiden jaossa, lääkkeitä puuttuu tai jokin lääke on loppu, kerro siitä sairaanhoitajalle tai omaisille.



Turvallisuus lääkehoidossa

Lääkepoikkeamien riskiryhmään kuuluvat erityisesti iäkkäät ja monisairaavat henkilöt!

Turvallinen lääkehoitoprosessi:

- 1) Kirjallisen lääkelistan läpikäyminen
 - Kotilääkitys, särkylääkkeet, luontaistuotteet.
 - Perussairaudet, rokotustiedot, lääkeaineallergiat.
 - Lääkelistan päivittäminen yhdessä asiakkaan tai omaisen kanssa.

- 2) Lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen
 - Varmista, että lääkkeet eivät ole vanhentuneita tai muuten sopimattomassa kunnossa.
 - Tilojen puhtaus lääkkeitä käsiteltäessä.
 - Käsihygieniasta huolehtiminen.
 - Suojaimien käyttö (Huom. käsineet).
 - Viilto- ja pistotaturmien välttäminen.

- 3) Lääkkeiden jakaminen
 - Ehdoton työrauha!
 - Varmista aina lääkkeen nimi ja vaikuttava aine, lääkemuohto ja vahvuus, lääkkeen antamiskerrat ja –ajat sekä tarkista lääkkeen päällekkäisyydet.
 - Kaksoistarkistus – toinen jakaa, toinen tarkistaa.

- 4) Lääkkeen antaminen
 - Asiakkaan tunnistaminen joka kerta.
 - Varmista vielä lääkkeen oikeellisuus ja antotapa tai –reitti.
 - Kerro asiakkaalle mitä lääkettä olet antamassa.

- 5) Lääkehoidon kirjaaminen
 - Kirjaa lääkkeiden anto; sekä päivittäiset, että tarvittavat aina!

- 6) Kotiin lähtiessä
 - Lääkehoidon ohjaus asiakkaalle ja kirjalliset lääkitystiedot (ajantasainen lääkelista ja mahdolliset ohjeet) mukaan.



Aseptiikka lääkehoidossa

Lääkehoidon toteuttaminen ei saa missään vaiheessa lisätä asiakkaan infektiorisyyttä.

Jokaisella hoitajalla on aseptinen omatunto; tietoa, taitoa ja kokemusta, jonka avulla sitoudutaan aseptisiin työtapoihin.

1) Käsihygieniat

- Käsihygieniasta huolehtiminen ennen lääkkeiden käyttökuntoon saattamista, asiakkaalle lääkkeiden antamista sekä jokaisen keskeytyksen jälkeen.
- Lääkkeitä ei koskaan käsitellä paljain käsin, muista suojakäsineiden käyttö.
- Käsien desinfiointi ja käsineiden käyttö pistettäessä.

2) Työvälineet

- Atulat, lusikat ja tabletinpuolittajat (pesu päivittäin).
- Lääketarjottimet ja dosetit (pesu kerran kuukaudessa tai tarvittaessa).
- Työtasojen puhtaus ja desinfiointi.
- Neulojen, ruiskujen, lagenulojen ja ampullien steriiliys.

3) Pisto- ja viiltotapaturmat

- Älä hylsytä!
- Viiltävä jäte ja neulat suoraan särmäjäteastiaan.
- Neulankatkaisijan käyttö.

Toimintaohjeet pistotapaturmassa:

- Puhdista altistunut alue runsaalla vedellä.
- Haavaa ei saa puristaa.
- Vähintään 70%-alkoholihaude haavalle kahden minuutin ajaksi (erityisen tärkeää, jos neulassa tullutta verta on päätynyt hoitajan aiempaan haavaan, haavaiselle iholle tai pistohaavaan).



Asiakkaan ohjaus ja motivointi lääkehoidossa

Ongelmat lääkehoidossa alkavat useimmiten siinä vaiheessa, kun lääkettä pitäisi alkaa käyttää annettujen ohjeiden mukaan kotona.

Heikko sitoutuminen lääkehoitoon voi ilmetä väärän annoksen ottona, väärään aikaan ottamisena tai lääkkeenottotekniikka on väärä. Yleistä on myös annosten unohtaminen, lääkityksen lopettaminen tai lääkettä ei haeta ollenkaan apteekista.

Muistisairaus, epäselvät ohjeet, huono hoitosuhde terveydenhuollon henkilöstöön, pelko lääkeriippuvuudesta tai haittavaikutuksista heikentävät myös sitoutumista omaan lääkehoitoon.

Asiakkaan ohjaus

- avoin kommunikaatio asiakkaan ja hoitajan välillä
- vaihtoehtojen tutkiminen yhdessä
- hoitosuunnitelman teko yhdessä
- hoidon toteutuksesta keskustelu
- hoidon arviointi yhdessä

→ Asiakkaan (ja omaisten) aktiivinen rooli lisää ymmärrystä omasta sairaudesta ja sitouttaa paremmin hoitoon.

→ Asiakasta ei saa koskaan jättää päätöksenteon ulkopuolelle.

Asiakkaan lääkehoidon ohjaaminen on yksi hoitajan keskeisimpiä työtehtäviä, jonka avulla turvataan asiakkaan lääkehoidon turvallisuutta.

Se on aktiivista ja tavoitteellista vuorovaikutusta hoitajan ja asiakkaan välillä, jonka taustalla vaikuttaa eri asiakkaan oikeudet, kuten tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus.

Asiakkaalla on oikeus saada ajankohtaista ja oikeaa tietoa omasta terveydestään ja hoidostaan sekä hänellä on oikeus aktiivisesti myös vaikuttaa siihen.



Iäkkään lääkehoito

Suomessa iäkkäiden eniten käyttämiä lääkkeitä ovat hermostoon vaikuttavat lääkkeet, kuten masennus-, dementia- ja psykoosi- ja unilääkkeet. Lisäksi paljon käytetään sydän- ja verisuonisairauksien sekä ruoansulatuselinten sairauksien lääkkeitä.

Iäkkäiden ihmisten monisairaus johtaa usein myös monilääkitykseen. Henkilö joutuu syömään useita eri lääkkeitä päällekkäin, mikä altistaa asiakkaan lääkekuormalle sekä haitta- ja yhteisvaikutuksille.

→ Asiakkaan tilan seuraaminen tärkeää ja minimoidaan herkästi haittoja aiheuttavien lääkkeiden käyttö.

Iäkkään henkilön lääkehoidon tavoitteena on toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen sekä eliniän pidentäminen.

→ Kivunhoidon huomioiminen! Jatkuvat kivut heikentävät elämänlaatua huomattavasti.

- poikkeavat kasvon ilmeet, ääntely, huuto, itku, epätarkoituksenmukainen liikkuminen, käytösoireet, ärtyisyys, sekavuus, ruokahalun menetys ja yleinen toimintakyvyn huonontuminen

→ Lääkehoito vain osa iäkkään hoitoa ja muitakin hoitomuotoja on hyvä suosia.

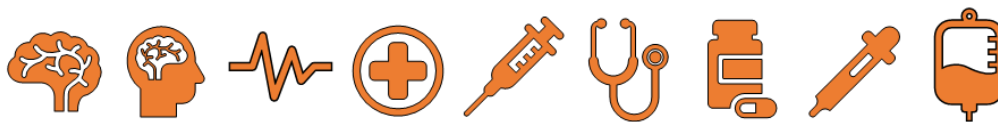
- hyvä vuorokausirytmä, riittävä ja terveellinen ravinto, sosiaalinen toiminta ja liikunta tukevat iäkkään henkilön jaksamista ja hyvinvointia

→ Lääkehoidon aloitus aina pienillä annoksilla, vähitellen annosta nostaen.

→ Vaikutusten huolellinen seuranta ja lääkityksen säännöllinen tarkastus.

→ Ohjaaminen korostuu, koska fyysiset ja kognitiiviset taidot heikkenevät ikäännyessä.

- helposti ymmärrettävä informaatio



Mikäli iäkkäällä ilmenee oireita, jotka mahdollisesti voivat johtua lääkehoidosta, tulee lääkitystä aina tarkastella. Usein oiretta aletaan hoitaa uudella lääkkeellä, vaikka taustalla on jo jonkin käytössä olevan lääkkeen aiheuttama oire.

→ ortostaattinen hypotonia eli verenpaineen voimakas lasku makuulta ylös noustessa, huimaus ja kaatuilu, unettomuus, väsymys, masennus, oppimiseen liittyvät vaikeudet, sekavuus, kätöshäiriöt, parkinsonismi eli jäykkyys, vapina ja liikkeiden hidastuminen, virtsainkontinenssi, ummetus, suun kuivuminen, verenvuodot, näköhäiriöt sekä akillesjänteen vauriot ja jännetulehdus

Iäkkään lääkehoidon ongelmat ja haasteet:

- Monilääkitys → yhteisvaikutukset ja lääkkeen vaikutuksen kumoutuminen.
- Sopimattomat lääkkeet, liian isot annokset/ liian pienet annokset ja alilääkitseminen.
- Väärä lääkkeenottotekniikka.
- Huono hoitoon sitoutuminen.
- Fysiologiset muutokset kehossa
 - a) lääkeaineiden imeytyminen hidastuu maha-suolikanavassa
 - syljen erityys vähenee
 - mahan happamuus vähenee
 - maha-suolikanavan liikkuvuus heikkenee
 - isot lääkkeet tarttuvat helpommin ruokatorveen (istuen ja runsaasti vettä, nestemäisten vaihtoehtojen suosiminen)
 - lääkkeet viipyvät vatsalaukussa pidempään (turvotus ja huono olo)
 - ohut- ja paksusuoleissa hidas liikkuminen (imeytyminen erilaista)
 - b) lääkeaineiden jakautuminen muuttuu elimistössä
 - keho kuivuu ja rasvan määrä lisääntyy
 - rasvaliukoisten lääkeaineiden, kuten rauhoittavien lääkkeiden, vaikutusaika pitenee ja vesiliukoisten lääkeaineiden, kuten sydänlääkkeiden, pitoisuudet elimistössä taas suurenevät
 - solukato johtaa usein erityisesti munaisten ja maksan toiminnan heikkenemiseen
 - munuaisten kautta poistuvien lääkkeiden, kuten diabeteslääkkeiden, antibioottien sekä sydän- ja verenpainelääkkeiden, haittavaikutusriski suurenee



- c) lääkeaineiden aineenvaihdunta heikkenee, erittyminen heikkenee
 → maksan toiminnassa metabolian eli aineenvaihdunnan heikkeneminen ja maksan verenkierron huononeminen saattavat johtaa korkeisiin plasmapitoisuuksiin
 → pääsääntö: 75-80 vuotiaiden päivittäisen lääkeannokset olisivat puolet pienempiä, kuin työikäisillä, johtuen juuri munuaisten erityiskyvyn heikkenemisestä
- d) elimistön reseptorit ja niiden toiminta muuttuvat
 → iäkkään kehossa tapahtuu myös hyytymistä ja jäykistymistä, joka aiheuttaa muutoksia lääkkeiden vaikutuskohteissa ja –mekanismeissa
 → iäkkään keho herkistyy monille lääkkeille, kuten bentsodiatsepiineille ja opiaateille.
 → säätelyjärjestelmät vaimenevat iäkkäällä, jolloin nälän ja jano-tunne voivat heikentyä, lämmönsäätely hidastua ja nestetasapainohäiriön riskit lisääntyä



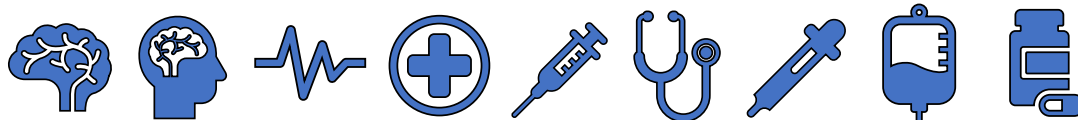
Lääkkeiden antotavat ja reitit

Lääkkeiden antotavan luokittelu:

- 1) **Enteraalinen** eli ruoansulatuskanavaan anto = luonnollinen tie

- 2) **Parenteraalinen** eli ruoansulatuskanavan ohi anto
 - a) noninvasiivinen eli ei-kajoava antotapa = luonnollinen tie

 - b) invasiivinen eli kajoava antotapa
 - verenkierron ulkopuolelle (ihoon ja lihakseen) ruiskutettavat lääke­muodot
 - verenkiertoon annettavat injektiot ja infuusiot



Enteraalinen eli ruoansulatuskanavan kautta annettava lää- kitys

Lääke voidaan antaa enteralisesti

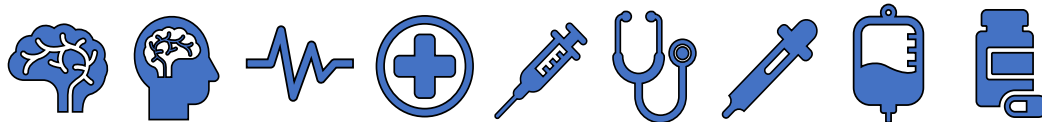
- niellen eli per os (p.o.)
- suuonteloon eli intra oris
- peräsuoleen eli per rectum
- PEG-letkun tai muun ruokintaletkun kautta mahalaukuun tai ohutsuoleen

Peroraaliset eli nieltävät lääkkeet

- Yksinkertainen, turvallinen ja halvin lääkitystapa.

Kiinteät lääke muodot

- **Tabletit:** Yleisin lääke muoto. Vaikutus alkaa yleensä noin puolessa tunnissa.
- **Kapselit:** Kova- tai pehmeäkuorisia/umpinaisia tai kahdesta osasta muodostuvia (voidaan tarvittaessa avata).
- **Depottabletit ja -kapselit:** Vaikutusaika pidempi. Ei saa pureskella, jauhaa eikä murskata, koska depotrakenteen särkyessä asiakas voi saada kerralla 2-4 kertaisen lääkeannoksen.
- **Enterotabletit ja -kapselit:** Päälyste, joka suojaa mahan happamuudelta tai mahaan lääkeaineelta. Ei yleensä saa murskata, jauhaa eikä puolittaa. Tulee ottaa vähintään puoli tuntia ennen ruokailua tai kaksi tuntia ruokailun jälkeen.
- **Dispergoituva eli hajoava tabletti:** Voidaan liuottaa pieneen nestemäärään, pureskella tai niellä kokonaisuena.
- **Purutabletti:** Pureskeltava tabletti
- **Kylmäkuivattu tabletti:** Suussa liukeneva. Lääkepakkaus avataan juuri ennen lääkkeen ottoa. Lääke laitetaan kielen alle liukenemaan. Helppokäyttöisiä asiakkailta, joilla nielemisvaikeuksia.



Nestemäiset lääke muodot

- **Porettabletti:** Veteen liuotettava lääkevalmiste. Vaikutus alkaa usein nopeammin, kuin tableteissa.
- **Annosjauheet:** Kerta-annospakkauksia, jotka liuotetaan veteen. Sopii nielemisvaikeuksista kärsiville ja voidaan antaa myös ruokintaletkun kautta.
- **Oraaliliuos eli oraalisuspensio ja oraaliemulsio:** Nestemäisiä valmisteita. Sopii hyvin iäkkäille. Liuosmuotoiset lääkkeet tulee sekoittaa hyvin ennen käyttöä. Annostellaan mittalasilla, -lusikalla tai -ruiskulla. Ruiskulla annettaessa annostelu suun sivuosaan eikä takanieluun, jottei asiakas vedä lääkettä henkeensä.
- **Tipat:** Pieninä tilavuuksina annettavia lääkevalmisteita. Sopii asiakkaalle, jolla vaikeuksia niellä suuria nestemääriä.

Suuonteloon annettava eli intraoraalinen lääkitys

- Annetaan suuonteloon, poskiin, kitalakeen tai suun pohjan rajoittamalle alueelle.
- Lääkeaine imeytyy limakalvoilta.
- Intraoraalisesti voidaan antaa lääkkeitä, jotka eivät kestä mahan happamuutta.
- Vaikuttaa yleensä muutamassa minuutissa.
- Ei saa niellä, vaan niiden täytyy antaa vaikuttaa ja imeytyä suusta.
- Resoritabletti eli liukotabletti: Suussa liukeneva tabletti, jossa imeytyminen tapahtuu suun pohjalla ja kielen alapinnalla. (Sublinguaalinen antotapa/ s.l. eli kielen alle).
- Lääkepurukumi: Lääkeaine vapautuu valmisteesta pureskeltaessa.
- Bukkaalitabletti ja -kalvo: Posken limakalvolle asetettava tabletti. Kiinnityskohta tulee kuivata ensin nenäliinalla tms.
- Imeskelytabletti: Suussa imeskeltävä valmiste, joka vaikuttaa paikallisesti.
- Suuvoide, suu- ja kurlausvedet sekä liuokset: Voide levitetään suun limakalvolle. Suu- ja kurlausvedet on tarkoitettu suun ja nieluun huuhteluun ja niitä ei saa niellä.



Rektaalisesti eli peräsuoleen annettava lääkitys

Antotapana, kun asiakas ei voi niellä esimerkiksi pahoinvoinnin ja oksentelun vuoksi.

Lääkeaineiden imeytyminen peräsuolesta voi olla hitaampaa ja epävarmempaa, kuin niellyn lääkkeen.

Ulostaminen voi poistaa lääkeaineen peräsuolesta.

a) Peräpuikot eli suppositoriot ja voiteet

- Kartion tai sukkulan muotoisia lääkkeitä, jotka annetaan peräsuoleen.
- Puolittaminen pitkittäissuunnassa terävällä veitsellä.
- Usein jääkaapissa säilytettäviä, pehmenee helposti.
- Peräsuoleen voidaan antaa myös paikallisesti vaikuttavia lääkkeitä esim. peräpukamien hoitoon tarkoitetut puikot ja voiteet.

Peräpuikon antaminen asiakkaalle:

- Kerro mitä lääkettä olet antamassa ja miksi annat sen peräsuoleen.
- Asiakas avustetaan kylkiasentoon, polvet koukistettuna.
- Hoitaja laittaa tehdaspuhtaat käsineet, avaa peräpuikon suojakuorestaan ja liukastaa sen perusvoiteella tai vaseliinilla.
- Asiakkaan pakarat vedetään erilleen ja peräpuikko viedään peräsuoleen työntämällä sitä hiukan ylöspäin ja eteenpäin mahdollisimman pitkälle.
- Asiakas avustetaan takaisin hyvään asentoon ja tarkkaillaan hän vointiaan hetki.
- Kirjataan lääkkeen anto.

b) Peräruike eli rektioli ja pienoisperäruike eli klyisma

- Tilavuus yleensä 1-20 ml.
- Annetaan esimerkiksi ulostuslääkkeitä ja epileptisten kouristusten hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä.
- Pieni määrä lääkettä puristetaan ennen antoa putkilon liukastamiseksi ja ilman poistamiseksi.
- Putkilo poistetaan peräsuolesta kokoon puristettuna, jottei lääkeaine tule takaisin putkilon.
- Annetaan samalla tavalla, kuin peräpuikko (kts. edellä).

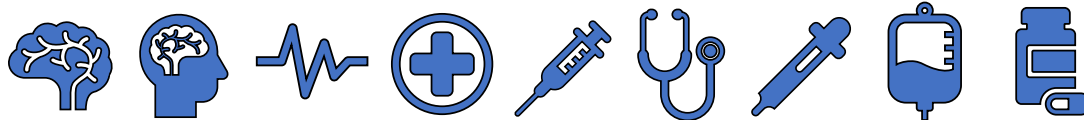


Ruokintaletkun kautta annettava lääkitys

Jos asiakas ei pysty nauttimaan ruokaa tai ottamaan lääkkeitä suun kautta, voidaan ne antaa myös vatsanpeitteiden läpi tehdyn avanteen eli PEG-letkun tai nenä-mahaletkun kautta.

Lääkkeen antaminen ruokintaletkun kautta

- Varmista, mitkä asiakkaalle annettavista lääkkeistä voi jauhaa ja liettää veteen.
- Jos lääke tulee antaa tyhjiin vatsaan, ravitseminen letkun kautta tulee keskeyttää vähintään 30 min ennen lääkkeen antoa.
- Jako- ja antotilanteessa käytetään tehdaspuhtaita suojakäsineitä.
- Jauhettu lääke liuotetaan esim. 15 millilitraan lämmintä talousvettä. Jokainen lääke liuotetaan erikseen!
- Ensin imetään eli aspiroidaan tyhjällä ruiskulla mahalaukun sisältöä, jotta nähdään nenä-mahaletkun oikea sijainti.
- Lääkeruisku yhdistetään nenä-mahaletkuun. Varmista, että olet yhdistänyt sen oikeaan letkuun!
- Jos annostelet useita lääkkeitä, huuhtelet letku jokaisen lääkkeenannon välissä 10-20 millilitralla talousvettä. Näin varmistat, ettei lääkkeiden kesken synny yhteensopimattomuutta.
- Lopuksi letku huuhdellaan 20-30 millilitralla talousvettä. Tällä varmistetaan, ettei letku tukkiudu.
- Kirjataan lääkkeenanto.



Luonnollista tietä annettava parenteraalinen eli ruoansulatuskanavan ohi annettava lääkitys

Parenteraalisia kajoamattomia (noninvasiivisia) antotapoja käytettäessä lääke annetaan luonnollista tietä keuhkoihin, nenään, silmään, korvaan, iholle tai emättimeen. Kajoavassa (invasiivisessa) antotavassa lääkeaine ruiskutetaan elimistön kudosten läpi.

Luonnollista tietä annettavat parenteraaliset lääkkeet ovat kohtalaisen helppokäyttöisiä, joskin lääkkeenottotekniikat voivat olla iäkkäille haastavia.

Omatoiminen asiakas voi itse huolehtia luonnollista tietä otettavista parenteraalisista lääkkeistä. Ruiskeet lihakseen tai laskimoon antaa terveydenhuollon ammattilainen.

Noninvasiiviset eli kajoamattomat antotavat

Keuhkoihin otettava lääkitys

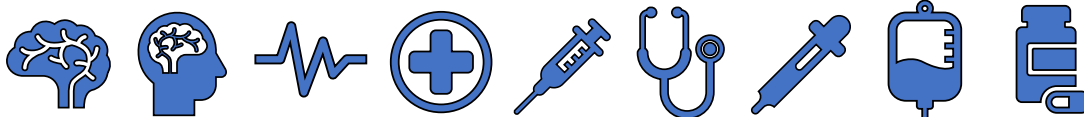
- Lääke hengitetään eli inhaloidaan keuhkoihin.
- Tavoitteena saada mahdollisimman paljon lääkettä suoraan keuhkoputkien limakalvoille.
- Tavallisimpia inhaloitavia lääkkeitä ovat astmalääkkeet.

Lääkemuotoja ovat:

- ***Inhalaatiosumutteet***- Hienojakoinen lääkeaine on nesteinä painesäiliössä ponneaineen kanssa, josta se annostelee jokaisella painalluksella saman määrän lääkettä. Sumutin ei kestä pakkasta eikä kuumuutta. Sumuttimella lääkettä otettaessa on hyvä käyttää sumutussäiliötä eli tilanjatketta, joka helpottaa lääkkeen ottoa ja edistää lääkkeen kulkeutumista keuhkoputkiin.

Lääkkeen ottaminen inhalaatiosumuttimella:

- Pyydä asiakasta yskimään tarvittaessa lima pois hengitysteistä.
- Poista sumuttimen suoja ja ravistele sitä, jotta lääkeaine ja ponneaine sekoittuvat hyvin.
- Asiakas ottaa sumuttimen peukalon ja etusormen väliin ja puhalttaa keuhkot tyhjäksi. Puhallusta ei tehdä sumuttimeen.
- Suukappale asetetaan tiukasti hampaiden väliin ja huulet sen ympärille.



- Pyydä asiakasta hengittämään syvään sisälle ja painamaan säiliötä hetimitäänhengityksen alkaessa.
- Asiakas hengittää keuhkot täyteen ilmaa ja sen jälkeen pidättää hengitystä 10 sekuntia.
- Vaikutusta odotetaan noin 5-10 minuuttia, minkä jälkeen voidaan tarvittaessa ottaa uusi annos.
- Asiakas huuhtelee suun vedellä lääkkeen oton jälkeen.
- Kirjataan lääkkeenanto.
- **Inhalaatiojauheet**- Lääke on sitoutuneena kantaja-aineeseen. Sisäänhengityksen tulee olla riittävän voimakas, jotta lääkeaine irtoaa tästä kantaja-aineesta ja kulkeutuu keuhkoputkiin. Lääke otetaan samalla tekniikalla, kuin inhalaatiosumuttimesta. Tekniikka voi olla kuitenkin haastava ja osa lääkkeestä jää helposti suuhun ja nieluun. Suun huuhtelu on tärkeää myös tässä lääkkeen ottotavassa.
- **Inhalaationesteet**- Inhaloitavat nesteet hengitetään keuhkoihin Nebulisaattorin® (paineilmalla toimiva) tai Spiran® (sähkökäyttöinen) avulla. Näiden avulla voidaan antaa suurempia lääkeannoksia ja lääkkeen hengittäminen tapahtuu pidempään. Näin keuhkoihin saadaan suuri määrä lääkeainetta. Laitteet soveltuvat sekä koti- että sairaalakäyttöön.
- **Inhalaatiokaasut**- Lääkkeellisiä kaasuja kuten happi ja ilokaasu. Kaasujen annosteluun pitää olla tarvittava välineistö ja riittävä osaaminen ja koulutus annostelijalla.

Nenään annettava lääkitys

Nenätipat, -sumutteet ja -voiteet, joita käytetään nenän paikallishoitona tai verenkierron kautta koko elimistöön tarkoitettuna lääkityksenä.

Nenätippojen antaminen asiakkaalle:

- Pyydä asiakasta niistämään aluksi.
- Pyydä asiakasta asettumaan selinmakuulle, pää taivutettuna taaksepäin
- Ota pipettiin oikea määrä lääkettä, aseta pipetti juuri sieraimen sisäpuolelle ja anna lääke.
- Välittömästi lääkkeen annon jälkeen ei saa niistää tai pyyhkiä nenää. Pää tulee pitää taivutettuna noin 5 minuuttia, jotta lääke ehtii imeytymään.
- Muista huolehtia pipetin puhdistamisesta ja omasta käsihygieniasta.
- Kirjaa lääkkeenanto.



Nenäsumuttimien käyttö:

- Pyydä asiakasta niistämään ja olemaan pystyasennossa.
- Ota pullo käteen niin, että peukalo on pullon pohjassa ja sumutinosa etu- ja keskisormen välissä.
- Ravistele pullo.
- Pidä sumutin pystyasennossa ja varmista sen toimivuus painalla kaksi kertaa.
- Pyydä asiakasta taivuttamaan päätä hieman taaksepäin, vie sumuttimen kärki sieraimen ja paina toinen sierain kiinni.
- Vapauta annos.
- Lääkkeen annon jälkeen ensimmäinen uloshengitys tulisi tehdä suun kautta ja niistämistä tulisi välttää hetki.
- Muista huolehtia sumuttimen kärjen puhdistamisesta ja omasta käsihygieniasta.
- Kirjaa lääkkeen anto.

Nenävoiteen käyttö:

- Nenävoiteen laitossa apuna kannattaa käyttää pumpulipuikkoa.
- Purista tarvittava määrä voidetta pumpulipuikkoon, vie puikko nenään ja levitä voiden nenän limakalvoille.
- Paina lopuksi sierainta kevyesti, jotta lääke levittyy tasaisesti.
- Kirjaa lääkkeenanto.

Silmään annettava lääkitys

- Silmätipat (vesi- ja rasvaliukoiset), -voiteet, -vedet ja -lamellit.
- Silmätipat ja -voiteet ovat aina asiakaskohtaisia.
- Noin 5% lääkkeestä imeytyy silmään. Loppu lääkeaine huuhtoutuu kyynel-nesteeseen tai imeytyy luomen sisäpinnalta, kyyneltestä ja nenänielusta verenkiertoon.
- Jos käytetään useita silmälääkkeitä, eri lääkeaineiden annon välillä tulee olla noin 15 minuutin tauko.
- Silmälääkkeiden oikea antojärjestys on tärkeä, jos useita lääkkeitä käytössä. Järjestykseen vaikuttavat valmisteen ärsyttävyyys (ärsyttävät viimeiseksi), lääkkeen vaikutuspaikka (ensin imeytyvät, sitten paikalliset), valmisteen viskositeetti (ensin vetisin) ja haittavaikutukset (verisuonia supistavat ja kyyneleritystä lisäävät viimeiseksi).
- Piilolinssit pitää poistaa. Ne voi laittaa takaisin non 15 minuutin kuluttua.
- Hyvä käsihygienia ja silmälääkkeiden puhdas käsittely erittäin tärkeää!



Silmätippojen antaminen:

- Desinfioi kädet ja pue tehdaspuhtaat suojakäsineet.
- Muista, että silmätippapullon kärjellä ei saa missään vaiheessa koskettaa silmää tai kättä. Jos kosketus tulee, samaa pulloa ei tulisi enää käyttää.
- Tiputa lääke alaluomen muodostamaan taskuun. Silmään ei saa tiputtaa kylmää lääkettä, vaan se tulee tarvittaessa lämmittää kämmenien välissä.
- Pyydä asiakasta sulkemaan silmänsä, jotta lääke leviää tasaisesti.
- Paina puhtaalla paperinenäliinalla tms. kevyesti silmänurkkaa 30 sekunnin ajan, jolloin lääke pysyy silmässä eikä valu kyynelkanavaa pitkin nenänieluun.
- Vesiliukoiset silmätipat ensin, sitten rasvaliukoiset.
- Useampia silmätippoja tiputettaessa, tauon tulee olla lääkkeiden välillä 15 minuuttia. Silmägeelien välillä 30 minuuttia.
- Lopuksi desinfioi kädet.
- Kirjaa lääkkeenanto.

Silmävoiteen antaminen:

- Voide laitetaan silmän alaluomen keskimmäiseen kolmannekseen aseptisesti.
- Asiakasta pyydetään sulkemaan silmä muutamaksi minuutiksi, jotta lääke pääsee imeytymään hyvin.
- Kirjataan lääkkeenanto.

Korvaan annettava lääkitys

- Korvatipat, -voiteet ja -huuhteet.
- Tipat ja voiteet annetaan korvaan samalla tavalla.
- Jos voidetta ei pystytä laittamaan suoraan korvaan, voidaan se laittaa korvatampooniin, joka vieään korvakäytävään.
- Hoidon aikana tulisi välttää korvan kastumista. Peseytymisen ajaksi korvat voidaan suojata pumpulitupolla.

Lääkkeen anto korvaan:

- Varmista, että lääke voidaan antaa korvaan. Korvaan sopimaton lääke voi vahingoittaa kuulo- ja tasapainoelintä.
- Puhdista korva tarvittaessa.
- Sekoita valmiste ja lämmitä se kehonlämpöiseksi. Kylmä lääke aiheuttaa korvaan annettaessa huimausta ja silmänvärvettä.



- Pese ja desinfioi kädet. Asiakas asettuu kylkimakuulle, sairas korva ylöspäin.
- Tartu korvanlehdessä ja vedä sitä varovasti ylös ja taaksepäin, tiputa lääke korvaan. Tippapullon kärki ei saa osua korvaan.
- Liikuttele korvanlehteä, jotta lääkeaine menee perille.
- Asiakkaan tulee pysyä makuuasennossa kyljellään vähintään 5 minuuttia, jottei lääkeaine valu pois korvasta. Korvakäytävän suulle voidaan laittaa myös pumpulia estämään lääkeaineen pois valuminen.
- Kirjaa lääkkeen anto.

Iholle ja ihon kautta annettava lääkitys

- Paikallisesti iholle annettavia eli dermaalisia lääkkeitä ovat voiteet, linimentit, geelit, pastat, siteet, liuokset, sampoot, vaahdot ja puuterit. Näillä pyritään vaikuttamaan kyseiselle ihoalueelle.
- Ihon paikallishoidossa riittävät pienen lääkeainemäärät, koska hoidettavan ihoalueen tilavuus on pieni.
- Hoitajan tulee lääkeainetta levittäessään aina käyttää suojakäsineitä, jotta lääkeaine ei imeydy häneen itseensä eikä asiakas saa mikrobeja hoitajan iholta.
- Putkilosta voidetta otettaessa, putkilon suu ei saa osua ihoon. Voidepurkista voide otetaan lastalla. Näin säilytetään lääkkeiden puhtaus.
- Ihon kautta eli transdermaalisesti voidaan antaa myös verenkiertoon imeytyviä lääkkeitä. Tällaisia ovat lääkelaastarit ja geelit.
- Ihon kautta annettavassa lääkinnässä lääkeainemäärät ovat suuria, koska verenkiertoon tulee saada riittävä määrä lääkeainetta.
- Lääkelaastarit vapauttavat iholle lääkeainetta pitkään ja tasaisesti. Asiakkaan kannalta se on helppoa, veressä pysyy tasainen lääkeainepitoisuus ja haittavaikutukset ovat usein vähäisiä.

Lääkelaastarin kiinnittäminen:

- Laastari tulee kiinnittää puhtaalle, kuivalle ja karvattomalle ihoalueelle. Parhaita kiinnityspaikkoja ovat alueet, joissa iho ei juuri veny kuten rintakehä, olkavarsi ja lanneselkä. Estrogeenilaastaria ei saa kiinnittää rintojen lähelle.
- Laastari ei tule kiinnittää heti toistamiseen samaan paikkaan ihoärsytyksen vuoksi. Laastaria ei saa puolittaa eikä rikkoa.
- Laastariin merkitään milloin kiinnitetty (pvm ja klo aika). Kirjaa lääkkeenanto.
- Poistetussa laastarissa on vielä lääkeainetta, siksi se taitetaan kaksin kerroin laastaripuolet vastakkain ja hävitetään lääkejätteenä.



Emättimeen annettava lääkitys

- Emätinpuikot, -vaahdot, -voiteet (infektiohoidot ja hormonikorvaushoito) ja -renkaat (ehkäisy).
- Vaikuttavat paikallisesti sekä verenkierron kautta.
- Joiden lääkkeiden mukana tulee asetin, joka helpottaa lääkkeen viemistä paikalleen.

Lääkkeen antaminen emättimeen:

- Huolehdi käsihygieniasta ja pue suojakäsineet.
- Jos valmisteessa on asetin, otetaan siihen lääkeannos.
- Asiakas asettuu selin makuulle, jalat koukussa. Mikäli hän laittaa lääkkeen itse, voi sen tehdä myös seisaallaan, toinen jalka jakkaralla.
- Levitetään häpyhuulia ja toisella kädellä viedään lääke käsin tai asettimen avulla emättimeen työntämällä sitä ylös ja taaksepäin mahdollisimman syvälle.
- Tyhjennä asetin mäntää painamalla.
- Pyydetään asiakasta olemaan hetki paikallaan, jotta lääke ei valu ulos. Mahdollisuuksien mukaan emättimeen laitettavat lääkkeet olisi hyvä laittaa ennen nukkumaanmenoa.
- Halutessaan voidaan käyttää terveystidettä suojana.
- Kirjaa lääkkeenanto.



Invasiiviset eli kajoavat antotavat – kudokseen annettavat injektiot

Injektiolla tarkoitetaan lääkkeen antamista ruiskeena parenteraalisesti. Kudokseen annettavia injektioita ovat ihon alle, ihon sisään ja lihakseen annettavat injektioita.

Injektioita annetaan tilanteissa, joissa halutaan nopea vaikutus, lääke ei imeydy nieltynä tai se tuhoutuu ruoansulatuskanavassa. Injektio voidaan antaa myös, jos asiakas ei halua tai ei voi ottaa lääkettä nielemällä tai muita antoreittejä käyttäen.

Injektion anto tulee olla aina harkittua, koska siihen liittyy invasiivisena eli kudoksiin kajoavana toimenpiteenä aina infektion ja kudოსvaurion riski. Tästä syystä injektiossa käytettävien välineiden tulee olla aina steriilejä ja injektion annossa tulee noudattaa ehdottomasti aseptisia työotteita.

Injektio ihon alle eli subkutaanisesti (s.c.)

- Ihon alle pistetään pieniä lääkemääriä, enintään 1-2 ml.
- Kipu ja kirvely ovat yleisiä haittavaikutuksia s.c.-pistoissa, koska ihonalaiskudos on lihasta herkempää ärsyttävillä lääkeaineilla.
- Ihon alle pistetään hitaasti imeytyviä lääkkeitä, kuten insuliineja ja pienimolekulaarisia hepariineja.
- Potilasohjauksen jälkeen s.c.-pistokset sopivat hyvin asiakkaan itse pistettäväksi.
- Ihon alle annettu lääke imeytyy noin 10-30 minuutissa, mutta sen imeytymiseen vaikuttavat asiakkaan lämpötila, verenkierto ja turvotus.

Injektio ihon alle (s.c.):

- Varaa kaikki tarvittavat välineet saataville.
- Desinfioi kädet ja pue tehdaspuhtaat suojakäsineet.
- Kerro asiakkaalle mitä lääkettä annat, miksi ja mihin lääkkeen annat. Kerro koko ajan mitä teet.
- Valitse sopiva pistopaikka. Yleensä olkavarsi, reisi tai vatsa.
- Kotioloissa pistopaikan ihoa ei tarvitse desinfioida vaan hyvä hygienia ja aseptinen toiminta riittävät.
- Poimuta etusormen ja peukalon väliin ihoa ja rasvakudosta. Pistä neula tähän poimuun 45 tai 90 asteen kulmassa. Huomioi tässä neulan pituus ja rasvakudoksen määrä.



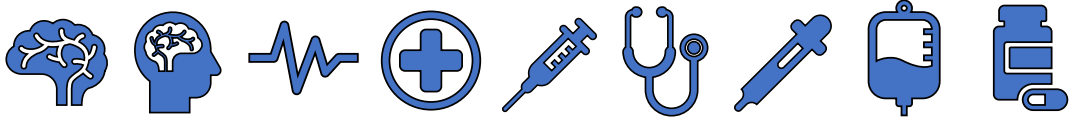
- Ruiskuta lääke, odota muutama sekunti (10 s), vapauta ihopoimu ja vedä neula pois kudoksesta.
- Hävitä jätteet ohjeiden mukaisesti ja desinfioi kätesi.
- Kirjaa lääkkeenanto ja siihen liittyvät asiat.

Injektio ihon sisään eli intradermaalisesti (i.d.)/ intrakutaanisesti (i.c.)

- Ihon sisään pistetään hyvin pieniä määriä lääkeainetta, max 0,5 ml.
- Käytetään yleensä diagnostisissa kokeissa, kuten allergeitesteissä, tuberkuloosikokeessa ja tuberkuloosirokotuksessa.
- Annetaan yleensä käsivarren sisäpuolelle tai johonkin lapaluun tai rintakehän karvattomaan kohtaan.
- Injektio on onnistunut, kuten ihoon nousee pieni vaalea paukama.
- Lääkeaine imeytyy ihon sisäältä hitaasti ja on kivuliaampi kuin subkutaani-injektio (s.c.).
- Intradermaalisten pistosten anto on sairaanhoitajan tehtäviä ja vaatii tarvittavan osaamisen.

Injektio lihakseen eli intramuskulaarisesti (i.m.)

- Intramuskulaarinen antotapa on yleinen parenteraalinen lääkkeen antotapa.
- I.m.-injektiot kuuluvat sairaanhoitajan tehtäviin ja vaativat hyvää anatomian tuntemusta, jotta lääkkeen anto sujuu turvallisesti ja oikein.
- Lihakseen voidaan ruiskuttaa melko suuri määrä lääkeainetta, aikuisella 2-5 ml lihaksen mukaan.
- Lihas kestää paremmin ärsyttäviä lääkeaineita.
- Hyötyjä ovat lääkeaineen pitkäkestoinen vaikutus ja antamisen helppous myös yhteistyökyvyttömälle asiakkaalle.
- Haittoja ovat oletettua hitaampi imeytyminen, mahdolliset paikalliset lihaskivut ja pistopaikan kivuliaisuus. Pistosta annettaessa on aina varmistettava, ettei neula ole verisuonessa. Ylipainoista asiakasta pistettäessä vaikeutena voi olla lääkeaineen saaminen lihakseen, neula tulee aina valita asiakkaan koon mukaan.
- Lihakseen annettu lääke vaikuttaa yleensä 10-30 minuutissa. Asiakkaan seuranta on tärkeää yllättävien reaktioiden vuoksi (anafylaktinen shokki).



- Pistopaikkoja on useita. Pistopaikan määräävät lääkeaine, lääkeaineen määrä, asiakkaan rasvakudoksen paksuus, mahdollisten pistopaikkojen ihon kunto, asiakkaan ikä ja sukupuoli sekä se, onko lääkeaine kudosta ärsyttävää.
- Lihasinjektioiden pistopaikat ovat vatsanpuoleinen pakara-alue (ventro-gluteaalinen), reisilihas, hartialihhas ja selänpuoleinen pakara-alue.
- Injektiota ei saa antaa tulehtuneen ihon kohtaan, luomien läheisyyteen eikä tatuointien ja lävistysten läheisyyteen.



Diabetes ja sen hoito

Diabetes on sairaus, jossa asiakkaalla on kroonisesti suurentunut plasman glukoosipitoisuus (=korkeat sokeriarvot) eli hyperglykemia. Se voi johtua haiman insuliinia tuottavien solujen tuhoutumisesta ja siitä johtuvasta insuliinin puutteesta tai insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai molemmista. Nämä johtavat riittämättömään insuliinin erittymiseen.

Tyypin 1 diabetes

- Sairastutaan yleensä alle 35 vuotiaana.
- Haiman insuliinia tuottavat beetasolut ovat tuhoutuneet.
- Tyypin 1 diabeetikko on täysin riippuvainen pistoksina saatavasta insuliinista.
- Hoitamattomana johtaa happomyrkytykseen, koomaan tai kuolemaan.
- Taustalla perintö- ja ympäristötekijät.
- Oireet selkeitä ja tauti puhkeaa nopeasti → happomyrkytys eli ketoasidoosi (pahoinvointi, oksentaminen, vatsakipu ja hengityksen asetoninen hapanimelä haju).

Tyypin 2 diabetes

- Sairastutaan yleensä yli 35 vuotiaana.
- Tauti alkaa hitaasti ja salakavalasti → pitkään oireeton.
- Haiman kyky tuottaa insuliinia on hiipunut.
- Riskitekijöinä ylipaino, kohonnut verenpaine sekä rasva-aineenvaihdunnan häiriö.
- Voidaan ehkäistä elintapamuutoksilla.
- Oireet alkavat hitaasti (väsyminen, vetämättömyys ruokailun jälkeen, massenuska ja ärtyneisyys, jalkasäryt, näön heikkeneminen ja alttius tulehduksille) → koska omaa insuliinin eritystä jäljellä, ei kehity ketoasidoosiksi.



Diabeteksen hoito

Kokonaishoidossa oleellista elintapahoito

- diabeteksen hoitotasapainon seuranta
- painonhallinta
- verensokerin omaseuranta

→ Tavoitteena välttää ketoasidoosi, insuliinipuutoskuolema ja ehkäistä mikrovaskulaarikomplikaatioita (retinopatia l. silmän verkkokalvon sairaus, nefropatia l. munuaissairaus) sekä neuropatiaa l. ääreishermoston toimintahäiriöitä.

Verensokerin mittaus

Jokaisella diabeetikolla yksilölliset mittausvälit ja numeeriset tavoitteet verensokerille tautimuodon ja tilanteen mukaan.

- Voidaan mitata mistä tahansa sormesta, vältetään kuitenkin peukaloon ja etusormeen pistämistä → pistopaikan vaihdolla vältetään sormenpäiden kipeytyminen ja kovettuminen.
- Kädet pestään ennen mittausta.
- Valmistele mittauslaite laittamalla siihen liuska valmiiksi.
- Pistä reikä lansetilla sormenpään sivulle.
- Pyyhi ensimmäinen veripisara pois. Sormea ei saa puristaa, jotta näytteen ei tule kudosnestettä.
- Kosketa veripisaraa liuskan kärjellä, kunnes laite antaa äänimerkin.
- Mittari ilmoittaa verensokeriarvon plasman glukoosiarvona → rajat yksilöllisiä, mutta aamulla diabeetikon verensokeriarvon tulisi olla $< 7,0$ mmol/l. Kaksi tuntia ruokailun jälkeen raja on $7,8$ mmol/l.



Korkean verensokerin eli hyperglykemian oireet ja hoito

Oireita ovat väsymys, jano, suun kuivuminen, virtsaamisen tarve, tajunnan ja reagoitokyvyn heikkeneminen ja oksentaminen.

→ Hoitona insuliinipistos!

Matalan verensokerin eli hypoglykemian oireet ja hoito

Oireita ovat sydämentykytys, hikoilu, nälän tunne, käsien tärinä, ärtyneisyys, aggressiivisuus ja tajuttomuus. Vakavassa tapauksessa myös päänsärky, näköhäiriöt tai kouristaminen.

→ Hoitona välipalan nauttiminen (toinen samanlainen 10 min kuluttua, jos ei helpotu).

→ Selvässä hypoglykemiassa 1 mg glukagonia s.c. tai i.m.

→ Tajuissaan olevalle voidaan antaa suun kautta nopeasti imeytyvää hiilihydraattia (makea juoma, hunaja, Siripiri®).

→ Tajuttomalle 10 % glukoosia i.v. nopeana infuusiona, kunnes palaa tajuihinsa.

→ Tajutonta ei saa juottaa, mutta väkevää glukoosiliuosta voidaan lusikoida suuhun, jos muita hoitokeinoja ei ole käytettävissä.



Diabeteksen lääkehoito

Diabeteksen hoito on kokonaisvaltaista hoitoa. Diabeteslääkehoidon lisäksi huomioita rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ja mahdollisesti kohonnut verenpaine. Lääkehoito suunnitellaan jokaiselle diabeetikolle yksilöllisesti.

Tyypin 2 diabeteksen hoito

- Tablettihoito.
- Joskus yhdistetään myös insuliinihoito tai insuliinin eritystä lisäävät lääkeaineet.
- Yleensä metformiini → lisää insuliinin vaikutusta ja vähentää maksan sokerituotantoa.
- Jos asiakkaan verensokeri nousee tabletti- ja ruokavaliohoidosta huolimatta, lääkehoitoon voidaan lisätä iltainsuliini.

Tyypin 1 diabeteksen hoito

- Lääkehoidon muodostaa insuliinihoito (insuliinipistokset tai insuliinipumppuhoito).
- Perusinsuliinin saanti turvattava koko vuorokauden ajan katkeamattomana.
- Perusinsuliini otetaan 1-2 krt/vrk → tavoite saada veren paastoarvo oikealle tasolle.
- Ateriainsuliini otetaan aterioiden yhteydessä ja sen annos määritellään ennen ruokailua ja 2 h ruokailun jälkeen tehtävän verensokerimittauksen avulla → tavoite on estää aterian aiheuttama verensokerin nousu.
- Monipistohoito tarkoittaa perus- ja ateriainsuliinihoidon yhdistelmää.
- Insuliinipumppuhoidossa lyhyt- tai pikainsuliinia otetaan jatkuvana infuusiona ihon alle → ateriainsuliinit kerta-annoksena ennen ateriaa.



Insuliinin pistäminen

- Sameat insuliinit tulee sekoittaa ennen pistämistä (kevyt sekoitus, ei saa ravistaa).
- Kynässä tai säiliössä tulee olla vähintään 12 yksikköä jäljellä, jotta insuliini sekoittuu riittävästi → ellei ole, vaihto uuteen.
- Aseta insuliinikynään siihen tarkoitettu neula → neulan kärjessä tulee näkyä insuliinia. Jos ei näy, annostelet kynästä 2 ky hukkaan ja varmista kynän toimivuus.
- Valitse pistettävä annosmäärä (KY/IU)
- Valitse pistopaikka. Käytä pistopaikkoja laajasti ja vaihtelevasti kovettumien syntymisen ehkäisemiseksi. Pistopaikoiksi sopii hyvin navan ympärys, reidet ja pakarat. Etsi kohta, jossa iho siisti ja ehjä.
- Insuliini pistetään ihon alaiseen rasvakudokseen. Valitse sellainen paikka, jossa rasvakudosta riittävästi.
- Poimuta iho kevyesti peukalon ja etu-keskisormen avulla.
- Pistä neula 90 asteen kulmassa ihoon. Iho pidetään poimutettuna pistämisen ajan.
- Ruiskuta insuliini rauhallisesti ja odota pistämisen jälkeen noin 10 sekuntia.
- Irrota poimutus ja vedä neula pois ihosta.
- Huolehdi pistoväline heti käyttökelvottomaksi, neulankatkaisijan käyttö suositeltavaa.
- Yhdellä kertaa pistetään max. 40 ky. Mikäli annos on isompi, jaa se osiin ja pistä eri kohtiin.
- Neulat ovat kertakäyttöisiä, vaihda neula kynään jokaisella pistolla.



Antikoagulaatiohoito- verenohennuslääkkeet

Verenohennushoitoa tarvitaan laskimotukosten tai keuhkoveritulpan hoitoon. Se estää uusien tulppien synnyn. Pysyvään verenohennushoitoon syynä on yleisimmin sydämen eteisvärinät, jotka lisäävät aivoveritulpan vaaraa. Myös sydämen tekoläpät vaativat veren ohentamista.

Antikoagulaatiolääkkeillä pidennetään veren hyytymisaikaa 2-3 kertaa normaalia pidemmäksi. Tällöin veri vielä hyytyy, mutta tavallista hitaammin. Verenohennushoidon alussa käytetään usein nopeasti vaikuttavia, ihon alle pistettäviä, hepariini-lääkkeitä (Klexane®). Yleisin verenohennuslääke on vuosikymmeniä käytetty varfariini (Marevan®). Sen hoitotasoa seurataan säännöllisillä laboratoriotutkimuksilla (laskimoverinäyte). Muutaman viime vuoden aikana käyttöön on tullut uusia niin sanottuja suoria verenohennuslääkkeitä: dabigatraani, rivaroksabaani, apiksabaani ja edoksabaani. Niitä käytettäessä laboratoriotutkimuksia ei tarvita.

Marevan-hoito ja INR-arvot

Marevan lääkkeen annos säädetään yksilöllisesti. Lääkkeen yhteydessä käytetään erityistä seurantakorttia hoidon sujumisen varmistamiseksi. Kortista tulee ilmetä veren ohentamisen syy, määräaikaisuus tai pysyvyys ja ohentamisen tavoitetaso. Tavoitetaso on yleensä 2-3 INR-yksikköä.

Marevan-lääke otetaan kerran päivässä, mieluiten samaan aikaan päivästä. Hoidon vaikutusta seurataan verinäytteen avulla (INR-arvon mittausta). Hoidon alussa INR-arvoa seurataan 1-2 viikon välein, mutta hoitotason vakiinnuttua se mitataan noin kerran kuukaudessa. Lääkeannosta muokataan INR-tuloksen mukaan isommaksi tai pienemmäksi. Muutokset näkyvät INR-arvossa parin päivän viiveellä.

Marevan-hoidossa huomioitavia asioita:

- Hoito pysyy hyvässä tasapainossa, jos elämäntavat ovat suhteellisen säännölliset.
- Hoito ei vaadi elämäntapojen muutosta, tärkeintä on niiden vakaus.
- Jos yksi lääkeannos unohtuu, sen voi ottaa seuraavana päivänä.
- Jos otetaan vahingossa kaksi annosta, jätetään seuraavan päivän annos ottamatta. Veren INR-arvoa ei tässä tilanteessa tarvitse heti tarkistaa.
- Jos ruokavalio muuttuu paljon K-vitamiinia sisältäväksi kasvisruoaksi, tarvitaan yleensä suurempi lääkeannos. Aikaisemmin varoitettiin joidenkin vihreiden kasvien käytöstä, mutta se ei ole tarpeen. Vihreitä ja muita kasviksia voi käyttää normaalisti.
- Jotkut luontaistuotteet ja rohdosvalmisteet (esim. kalaöljyt ja mäkikuisma) voivat joko hidastaa tai tehostaa lääkkeen imeytymistä.
- Alkoholia voi käyttää kohtuudella: 1–2 olutta tai viinilasillista ei sekoita Marevan®-hoitoa.



Marevan-annoksen muutokset INR-arvon mukaan (tavoitetaso 2.0–3.0)

INR 1.8–1.9

- Jos peräkkäisissä INR-mittauksessa on nouseva taso: jatka samaa annosta.
- Kontrolliväli 2 viikkoa
- Jos peräkkäisissä mittauksissa on tasainen tai laskeva taso: lisää viikkoannosta noin 10 %.
- Kontrolliväli 2 viikkoa

INR 2.0–3.0

- Hoito on tavoitetasolla: jatka samaa annostusta.
- Kontrolliväli 4 viikkoa

Jos INR on tavoitealueella usean kuukauden ajan, kontrollivälin voi pidentää 6–8 viikkoon.

INR 3.1–3.5

- Jos peräkkäisissä INR tuloksissa on laskeva taso: jatka samaa annosta.
- Kontrolliväli 2 viikkoa
- Jos peräkkäisissä INR-tuloksissa on sama taso: jatka samaa annosta.
- Kontrolliväli 1 viikko
- Jos peräkkäisissä mittauksissa on nouseva taso: pienennä annosta noin 10 %.
- Kontrolliväli 1–2 viikkoa

INR yli 3.5

- Älä ota Marevania.
- Ota yhteys hoitopaikkaasi tai päivystykseen.



Hyviä nettilähteitä lääkehoidon tueksi

Terveyskirjasto- Duodecim

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti>

Terveysportti

<http://www.terveysportti.fi/terveysportti/koti>

Pharmaca Fennica

<https://pharmacafennica.fi/>

Valvira

<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoito>

STM-Sosiaali- ja terveysministeriö

<http://stm.fi/laakkeet>

Fimea

http://www.fimea.fi/vaestolle/iakkaiden_laakehoito

Turvallinen lääkehoito- opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa/THL

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1