



Lääkehoidon toteuttaminen Lostin alueen vanhuspalveluyksiköissä



Hölsä, Irina & Vuotila, Marja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Lääkehoidon toteutuminen Lostin alueen vanhuspalveluyksiköissä

Hölsä Irina
Vuotila Marja
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2010

Irina Hölsä ja Marja Vuotila

Lääkehoidon toteutuminen Lostin alueen vanhuspalveluyksiköissä

Vuosi 2010 Sivumäärä 55

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lääkehoidon nykytilaa Lohjan, Siuntion, Inkoon ja Karjalohjan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen (Lost) vanhuspalveluyksiköissä ja verrata nykytilaa teoretietoon siten, että sen avulla yksiköihin voidaan tehdä lääkehoitosuunnitelmat. Opinnäytetyö on osa Lost-alueen Turvallisen lääkehoidon hanketta. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaiseman oppaan ”valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa” mukaan jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa työyksikössä tulisi olla lääkehoitosuunnitelma. Työn tuloksia apuna käyttäen tehdään Lost-alueelle ensin yhteinen lääkehoitosuunnitelma, jonka pohjalta työyksiköt tekevät heidän yksikkönsä lääkehoitoa vastaavat lääkehoitosuunnitelmat. Yhteisen lääkehoitosuunnitelman on tarkoitus valmistua kevään 2010 aikana.

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee näkyä yksikön toiminta ja siellä toteutettava lääkehoito. Lääkehoitosuunnitelman tarkoitus lisätä potilasturvallisuutta sekä parantaa terveystalouden laatua. Lääkehoitosuunnitelman tarkoituksena on kehittää asenteita sekä toimintakulttuuria virheistä ja läheltäpiti - tilanteista oppimisessa sekä tukea avoimeen ja oppivaan yhteisöön.

Lost-alueen vanhuspalveluyksiköiden lääkehoidon nykytilasta kerättiin tietoa Webropol kyselylomakkeen avulla, jonka laati Lohjan kaupungin turvallinen lääkehoito -hankkeen hankekoordinaattori. Opinnäytetyössä verrattiin saatuja tutkimustuloksia hankittuun teoretietoon, tulosten arvioinnissa käytettiin määrällistä analyysia suljettuihin kysymyksiin sekä laadullista sisällönanalyysia avoimiin kysymyksiin.

Tulosten mukaan yksiköissä on useita kehittämiskohteita ja yhtenäiset käytänteet lääkehoidon toteuttamiseksi ovat tarpeelliset, esimerkiksi lupakäytännöissä on paljon eroja yksiköiden välillä ja käytännössä poiketaan teoreettisen tiedon suosituksista. Lääkelupien voimassa olosta kolme yksikköä kertoi niiden olevan voimassa toistaiseksi ja kolmessa yksikössä ei asiasta ollut tietoa. Yksiköiden vastauksissa näkyi se, että toisissa yksiköissä on vähemmän sairaanhoitajia, jolloin lähihoitajien vastuu lääkehoidosta on suurempi.

Hankkeena tämä on ollut erittäin hyödyllinen ja ajankohtainen, koska laki velvoittaa, että jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa yksikössä on oltava lääkehoitosuunnitelma. Vastausten perusteella yksiköihin tarvitaan lääkehoitosuunnitelman tuomat yhtenäiset käytänteet esimerkiksi lääkelupiin sekä siihen kuinka lääkehoidon vastuut yksiköissä jaetaan. Tämän opinnäytetyön toivotaan olevan tukena, kun projektikoordinaattori kokoaa Lost-alueen yhtenäistä lääkehoitosuunnitelmaa. Oppimisprosessina opinnäytetyön tekeminen on selkeyttänyt sairaanhoitajan roolia ja vastuuta lääkehoidon toteutuksessa sekä lääkehoidon merkitystä hoitotyössä.

Asiasanat: turvallinen lääkehoito, lääkehoitosuunnitelma.

Irina Hölsä and Marja Vuotila:

Implementation of Medical Treatment in the Units of Senior Citizen Services in the Region of Lohja, Siuntio, Inkoo and Karjalohja

Year: 2010 Number of pages: 55

The purpose of this thesis was to describe the present state of medical treatment in the units of senior citizen services in the social and health care cooperation region (Lost) of Lohja, Siuntio, Inkoo and Karjalohja and to compare that state with theoretical knowledge in order to form medical treatment plans in the units. The thesis is a part of a project called 'Safe Medical Treatment' for this (Lost) region. According to National Guide to Implementing Medical Treatment within Social and Health Care released by the Ministry of Social and Health Affairs, every unit carrying out medical treatment should have an appropriate plan. By using the findings of our work, a common plan for medical treatment will be drawn up for the region (Lost), on the basis of which the units of work will make plans corresponding with their medical treatment. A joint medical treatment plan is due to be ready during the spring of 2010.

The medical treatment plan must show the work of the unit and the medical treatment carried out there. The aim of the plan is both to improve patient safety and the quality of health services and to develop attitudes and activity culture in learning from mistakes and close calls, at the same time supporting an open and learning environment.

A Webropol questionnaire drawn up by the coordinator of the project 'Safe Medical Treatment in the city of Lohja' was used to gather information on the present state of medical treatment in the units of senior citizen services in the 'lost' region. We compared the findings obtained in the study with the theoretical knowledge gathered, and in estimating the findings we applied quantitative analysis to closed questions and qualitative content analysis to open questions.

The findings revealed that the units contain several targets for development, and there is a need to form uniform practices for the implementation of medical treatment; for example, in permit granting there are a lot of differences between units and in practice there are deviations from theoretical knowledge recommendations. Three units informed that the medicine permits were valid for the time being, and in three units, no knowledge of this was available. The responses of the units showed that in some units there are fewer nurses, which increases the responsibility of practical nurses for medical treatment.

The project has been very useful and of current interest, because, according to legislation, every unit carrying out medical treatment must have an appropriate plan for it. The responses show that the units need uniform practices brought by a medical treatment plan regarding, for example, the granting of medication permits and the allocation of responsibility for medical treatment in the units. It is hoped that this thesis will support the project coordinator in composing a uniform medical treatment plan for the region LOST. As a learning process, the composition of the thesis has clarified both the role of a nurse and her/his responsibility for implementing medical treatment and the importance of medical treatment in nursing.

Keywords: safe medical treatment, medical treatment plan

SISÄLLYS

1	Johdanto	7
2	Lääkehoitosuunnitelman teoreettiset lähtökohdat.....	9
2.1	Lääkehoitosuunnitelma	9
2.2	Lääkehoidon keskeiset käsitteet	10
2.3	Turvallisen lääkehoidon lainsäädäntö.....	11
2.4	Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat	11
2.5	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen	14
2.6	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako	16
2.7	Lupakäytännöt	18
2.8	Lääkehuolto.....	20
2.9	Lääkkeiden antaminen ja jakaminen.....	23
2.10	Potilaiden informointi ja neuvonta	23
2.11	Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi	25
2.12	Dokumentointi ja tiedonkulku.....	26
2.13	Seuranta- ja palautejärjestelmä	28
3	Menetelmät.....	29
3.1	Laadullinen ja määrällinen Tutkimus	29
3.2	Kysely	31
3.3	Analyysimenetelmät.....	31
3.3.1	Sisällönanalyysi	31
3.3.2	Määrällinen analyysi.....	32
3.4	Tutkimusetiikka	33
3.5	Hankekuvaus.....	34
4	Lääkehoidon nykytilan kuvaus Lostin alueen vanhuspalveluyksikössä	34
4.1	Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat	34
4.2	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen	36
4.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako	38
4.4	Lupakäytännöt	38
4.5	Lääkehuolto.....	40

4.6	Lääkkeiden antaminen ja jakaminen.....	43
5	Pohdinta	49
5.1	Tulosten tarkastelu.....	49
5.1.1	Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat	49
5.1.2	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen	49
5.1.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako	50
5.1.4	Lupakäytännöt	51
5.1.5	Lääkehuolto.....	52
5.1.6	Lääkkeiden antaminen ja jakaminen.....	54
5.2	Johtopäätökset ja kehittämiskohteet.....	55
5.3	Oman oppimisprosessin kuvaus.....	55
	Lähteet	56
	Kuviot	59
	Taulukot	59

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö on osa Lohjan kaupungin sekä Lohjan, Siuntion, Inkoon ja Karjalohjan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen (Lost) turvallisen lääkehoidon hanketta, jota tehdään yhteistyössä Laurea Lohjan kanssa. Työn tarkoituksena on selvittää Lost-alueen kuuden vanhustenpalveluyksikön lääkehoidon nykytilaa. Nykytilan kartoitus tehdään analysoiden yksiköihin lähetettyjen webropol kyselyiden tuloksia. Kyselylomakkeen on tehnyt ja yksiköihin toimittanut projektikoordinaattori ja niiden avulla kerätään tietoa yksiköiden henkilökunnan kokemuksista tällä hetkellä toteutettavasta lääkehoidosta. Yhteenvedon perusteella projektikoordinaattori tekee Lostin vanhustenpalveluyksiköihin yhtenäisen lääkehoitosuunnitelman, jonka pohjalta yksiköihin tehdään omat lääkehoitosuunnitelmat.

Kyselyyn osallistuvat yksiköt olivat Siuntion ja Inkoon kotihoitoon, Inkoon palvelutaloon ja ryhmäkotiin, Siuntion Azaleaan, Siuntion Villa Charlottaan sekä Kartanonmäkeen lähetetyt kyselyt. Inkoon ja Siuntion kotihoito tarjoavat pääasiassa vanhuksille ja vammaisille hoitoa omassa kodissa sekä toipilasapua sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Inkoon palvelutalossa on 14 asuntoa, mutta palveluasumista voidaan järjestää myös muissa omistus- tai vuokra-asunnoissa, joihin järjestetään tarvittavat palvelut. Palvelutalo tarjoaa myös lyhytaikaista- sekä jaksottaista hoitoa. Azalea on Siuntiossa sijaitseva dementiayksikkö, jossa on 7 vakituista paikkaa, sekä yksi intervallipaikka. Hoitoa saa sekä suomeksi, että ruotsiksi. Villa Charlottan ryhmäkoti sijaitsee Siuntiossa lähellä terveyskeskusta sekä vuodeosastoa ja tarjoaa tuettua palveluasumista kahdelletoista asukkaalle kodinomaisessa ympäristössä. Kartanonmäen vanhainkoti on 50-paikkainen hoivapalveluyksikkö, joka tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa Lohjan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen vanhuksille. Kartanonmäessä on 3 osastoa, joista kaksi on hoivaosastoja ja yksi dementiaosasto, siellä on sekä lyhyt-, että pitkäaikaispaikkoja. (Lohjan kaupunki 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2006 ohjeen, jonka mukaan kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon hoitavilla yksiköillä sekä muilla lääkehoitoa toteuttavilla toimijoilla on oltava oma lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee näkyä yksikön toiminta ja siellä toteutettava lääkehoito. Lääkehoitosuunnitelman tarkoitus lisätä potilasturvallisuutta sekä parantaa terveyspalvelujen laatua.

Lääkehoitosuunnitelma on työväline lääkehoidon suunnitelmalliselle hallinnalle ja laadulliselle kehittämiselle työyksiköissä. Kun yksiköiden lääkehoidon vaatavuustaso on arvioitu, voivat samankaltaiset yksiköt tehdä lääkehoitosuunnitelman yhteistyössä. Lääkehoitosuunnitelmien laatiminen, toteuttaminen ja seuranta ovat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden vastuulla ja sitä valvoo lääninhallitus. Lääkehoitosuunnitelmat tulee arvioida ja tarkastaa säännöllisesti. (Lifflander 2008.)

Kyselylomakkeen avointen kysymysten analysointiin käytettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä voidaan tiivistää kerättyä tietoa aineistosta siten, että ilmiöitä joita tutkitaan, voidaan kuvailla yleistävästi ja lyhyesti. Sisällönanalyysillä saadaan myös tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeinä esiin. Se on menetelmä, jolla pystytään tekemään havaintoja dokumenteista sekä analysoimaan niitä systemaattisesti. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.)

Lohjan kaupungin ja Lohjan Turvallinen lääkehoito -hankkeen tavoitteena on kehittää yksiköiden lääkehoitoa sekä saada yksiköihin yhtenäinen lääkehoitosuunnitelma. Webropol kyselyt täytetään valmiina kaavakkeena ja vastausten avointen kysymysten analysoimiseen käytetään sisällönanalyysiä. Tutkimus on sekä määrällinen, että laadullinen. Työn teoria osassa käsitellään lääkehoitosuunnitelman kaikki alueet. Kysely kohdistuu lääkehoitosuunnitelman kuuteen alueeseen, joita ovat: lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako, lupakäytännöt, lääkehuolto ja lääkkeiden antaminen ja jakaminen.

Yksiköiden vastausten vertaaminen keskenään oli haastavaa ja osittain mahdotonta, koska yksiköt olivat niin erilaisia sekä henkilökuntarakenteen, toimintaympäristön, että lääkehoidon toteuttamisen suhteen. Yhdeksi ongelmaksi vastauksia analysoidessamme huomasimme myös kieliongelman, kahdessa yksikössä pääkielenä oli ruotsi ja heidän vastauksistaan näkyi se, ettei kaikkia kysymyksiä oltu ymmärretty. Näin ei myöskään voida sanoa, että tutkimustulokset olisivat täysin luotettavia.

2 Lääkehoitosuunnitelman teoreettiset lähtökohdat

2.1 Lääkehoitosuunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2006 ohjeen, jonka mukaan kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon hoitavilla yksiköillä sekä muilla lääkehoitoa toteuttavilla toimijoilla on oltava oma lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee näkyä yksikön toiminta ja siellä toteutettava lääkehoito. Lääkehoitosuunnitelman tarkoitus lisätä potilasturvallisuutta, sekä parantaa terveystalouden laatua. (Veräjäkorpä, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2008, 30.)

Lääkehoidon suunnitelmaa tarvitaan karsimaan lääkehoidossa tapahtuvia virheitä. Hoitojen muuttuminen monimuotoisemmiksi asettaa turvallisen hoitokulttuurin entistä tärkeämmäksi ja pienikin virhe voi siten olla kohtalokas. Hoitokulttuurin aikaisempaan kulmakivenä pidettiin koulutusta sekä työssä virheettömyyttä. Vaikka virheitä tapahtuikin, kuten tapahtuu edelleen jokaisessa työssä, niistä ei vain puhuttu, eikä opiskelijoita opetettu käsittelemään virheitä koulutusvaiheessa. Nykyisin pyritään inhimillisen riskin ennakointiin, sekä oppimaan virheistä, oleellisempaa on syiden etsiminen, kuin yksittäisen syyllisen. Lääkkeiden lisääntynyt käyttö sekä lääkehoidon laajentuneet mahdollisuudet ovat laittaneet kiinnittämään enemmän huomiota hoidon turvallisuuteen. Hoitonsa aikana joka kymmenes potilas kokee haittoja, joista suurin osa liittyy lääkkeisiin. Myös henkilökunnan tiedoissa ja taidoissa on todettu puutteellisuksia. Lääkehoidon suunnitelmaa tarvitaan minimoimaan riskejä sekä yhtenäistämään lääkehoidon standardeja. Sen tarkoituksena on kehittää asenteita sekä toimintakulttuuria virheistä ja läheltäpiti - tilanteista oppimisessa sekä tukea avoimeen ja oppivaan yhteisöön. (Uusimäki 2008.)

Lääkehoitosuunnitelma on laadittava toimipaikoittain ja siitä tulee ilmetä lääkehoidolle merkittävät seikat sekä lääkehoitoprosessin eri vaiheet. Siihen kirjataan päätökset siitä, mitkä henkilöstöryhmät tai yksittäiset henkilöt kykenevät oman koulutuksensa tai työkokemuksensa perusteella jakamaan lääkkeitä potilaskohtaisiin annoksiin sekä antamaan niitä potilaille. Lääkäri on vastuussa potilaalle annettavasta lääkehoidosta ja lääkärin antama lääkehoidon määräys kirjataan potilaan sairauskertomukseen sekä tämän lisäksi myös kaikki muut potilaalle annetut lääkkeet. Lääkehoidon toteuttaminen lääkärin antamien ohjeiden sekä määräysten mukaan on hoitohenkilökunnan vastuulla ja lähtökohtana on, että lääkehoitoa toteuttavat siihen koulutuksen saaneet ammattilaiset. Kaikki, jotka osallistuvat lääkehoitoon on omattava asianmukaiset tiedot ja taidot sen toteuttamiseksi. Lääkehoitoa toteuttavan tulee ymmärtää lääkemääräys oikein sekä osattava tarvittaessa valmistaa lääke käyttökuntoon ohjeen mukaan. Tämän lisäksi lääkehoitoa toteuttavan tulee tietää antamansa

lääkkeen käyttötapa, vaikutus, tavallisimmat haittavaikutukset sekä mahdolliset yhteisvaikutukset, muiden samanaikaisesti käytettävien lääkeaineiden kanssa. Lääkehoidon toteutus sekä hoidon vaikuttavuus ja mahdolliset haittavaikutukset tulee aina dokumentoida potilaan asiakirjoihin. (Nurminen 2007, 586-587.)

2.2 Lääkehoidon keskeiset käsitteet

Lääkkeellä tarkoitetaan valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti taikka ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta ja sen oireita ihmisessä sekä eläimissä. Lääkkeeksi määritellään myös sisäisesti tai ulkoisesti käytettävä aine tai niiden yhdistelmä, jonka tarkoituksena on palauttaa, korjata tai muuttaa farmakologisen, immunologisen tai metaboolisen vaikutuksen avulla ihmisen tai eläimen elintoiminnot. Myös aineet tai aineyhdistelmät, joilla selvitetään terveydentilan tai sairauden syitä katsotaan lääkkeeksi. Lääke, joka on valmistettu tai maahantuotu lääkelain mukaisesti ja on tarkoitettu lääkkeenä myytäväksi tarkoitetaan lääkevalmistetta. Lääkevalmiste, jonka vaikuttavana aineena on yksi tai useampi kasvipiperäinen aine tai yksi tai useampi kasvisrohdstuote taikka niiden yhdistelmiä ja täyttävät rekisteröinnin laissa säädetyt edellytykset, kutsutaan perinteiseksi kasvirohdosvalmisteksi. Rinnakkaisvalmiste on lääkevalmiste, jonka vaikuttavan aineen laatu ja määrä on koostumukseltaan ja lääkemuodoltaan samanlainen ja jonka biologinen samanarvoisuus on osoitettu vertailuvalmisteen kanssa biologista hyväksikäytettävyyttä osoittavissa asianmukaisissa tutkimuksissa. Vaikuttavan aineen eri suolat, eetterit, esterit, isomeerit, isomeerien seokset, kompleksit sekä johdannaiset pidetään samana vaikuttavana aineena, mikäli niiden tehoa ja turvallisuutta koskevat ominaisuudet eivät eroa toisistaan merkittävällä tavalla. (Läkelaki 1987/395.) Lääkehoidolla tarkoitetaan potilaan terveyden säilyttämistä tai sairaudenhoitoa lääkeaineeksi luokiteltavalla valmisteella. Se on tärkeä lääketieteellinen hoito sekä olennainen osa hoitotyötä, eikä se ole riippuvainen paikasta missä sitä toteutetaan. Toteuttaminen perustuu potilaan, lääkärin, farmaseutin, sekä hoitohenkilöstön yhteistyöhön. (Veräjäkörva ym. 2008, 16.) Lääkehoidon poikkeamista käytetään edelleen usein ”virhe” nimitystä. Poikkeama on kuitenkin merkitykseltään laajempi ja sanana vähemmän negatiivinen. Poikkeamalla voidaan tarkoittaa laajempaa virheellistä toimintaa tai jonkin osatehtävän laiminlyöntiä. Ajatuksena se, että tapahtuman johdosta potilaalta jää lääkehoidon hyöty saamatta ja hänelle saattaa sen sijaan aiheutua vaaraa tai henkistä/fyysistä kärsimystä tai taloudellista vahinkoa. Poikkeamat luokitellaan niistä aiheutuvien syiden tai seurausten perusteella. Seurauksista vakavin on potilaan kuolema. Lievät seuraukset eivät välttämättä aiheuta mitään hoitotoimenpiteitä. (Veräjäkörva ym. 2008, 99.)

Laillistetulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan sairaanhoitajaa tai terveydenhoitajaa. Nimikesuojatulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan

lähihoitajia, perushoitajia, apuhoitajia, mielenterveyshoitajia, lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.)

2.3 Turvallisen lääkehoidon lainsäädäntö

Suomessa on laadittu lääkelainsäädäntö, jonka tarkoituksena on lisätä lääkehoidon turvallisuutta. Lainsäädännön tärkeimmät osat ovat lääkelaki sekä lääkeasetus. Lääkelailta säädellään lääkkeiden valmistusta, jakelua, myyntiä sekä maahantuontia. Sen tarkoituksena on myös varmistaa lääkkeiden asianmukainen valmistus sekä saatavuus. Lääkeasetus täydentää lääkelain määräyksiä. (Nurminen 2006, 12.) Sosiaali- ja terveysministeriö on vastuullinen viranomaisena lääkehuollon valvonnassa, lääkkeiden jakelussa sekä lääkehoidon kehittämisessä. Lääkelaitos on sosiaali- ja terveysministeriön alainen, jonka tehtävänä on valvoa lääkkeiden valmistusta sekä jakelua, johon kuuluvat: lääketehtaat, avohuollon apteekit, lääketukkukaupat, terveyskeskusten ja sairaaloiden lääkekeskukset sekä sairaala-apteekit. Lääkelaitoksen tehtävänä on myös hoitaa lääkkeiden ennako-, jälki- ja markkinavalvontaa sekä normivalvontaa. Aineen tai valmisteen lääkkeeksi valitseminen on myös lääkelaitoksen tehtäviä sekä terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden valvonta. (Veräjäkorpä, ym. 2008, 21-22.)

Lääkelain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää lääkkeiden tarkoituksenmukaista sekä turvallista käyttöä. Lailla varmistetaan myös lääkkeiden asianmukainen valmistus sekä taataan lääkkeiden saatavuus maassamme. Lääkelaki koskee lääkkeitä, maahantuontia, lääkkeiden valmistusta, jakelua sekä niiden myyntiä. Lääkelaki koskee lääketehtaita, lääketukkukauppoja sekä apteekkejä, jotka harjoittavat edellä mainittuja toimintoja, mutta myös terveyskeskusten ja sairaaloiden lääkkeiden valmistusta sekä jakelua. Lääkelaisa säädetään myös lääkevalmisteen myyntiluvasta sekä rekisteröinnistä ja toimintaa koskevasta muusta valvonnasta. Mikäli ihmisten tai eläinten terveyden tai ympäristön suojeleminen vaatii pikaisesti lääkevalmisteen kulutukseen luovuttamisen estämistä, voi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus sen väliaikaisesti kieltää, kunnes EU:n toimielin on asian ratkaissut. (Lääkelaki 1987/395.)

2.4 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Lääkehoitosuunnitelmaan kuuluu osana määritellä lääkehoidon sisältö, menetelmät ja toteuttamistavat. Toiminta- ja työyksikön lääkehoidon hallinnalle ja sen kehittämiselle ovat perusedellytyksenä oman toiminnan tunteminen sekä siihen liittyvien riskitekijöiden ja ongelmakohtien määrittäminen sekä analysoiminen. Lääkehoitosuunnitelman suunnitteluvaiheessa huomioidaan lääkehoidon kuuluvan osana terveydenhuollon toimintaan ja sitä toteutetaan pääsääntöisesti lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon

ammattihenkilöstön toimesta ja vastuulla. Lääkehoitosuunnitelmaan laajuus määräytyy yksikön lääkehoidon vaatavuustasosta. Lääkehoitosuunnitelman osa-alueisiin kuuluu määritellä yksikön lääkehoidon vaatavuustaso, lääkehoidon toimintatavat, riskitekijät sekä ongelmakohdat sekä tunnistaa ja kehittää lääkehoidon ydinalueita sekä kuvata lääkehoidon prosessia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 45-46.)

Lääkehoito on prosessina monimutkainen ja kuuluu terveydenhuollon toimintaan. Prosessilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa toimenpiteiden sarjaa, johon liittyy menetelmiä ja voimavaroja, joilla saadaan toivottu palvelu asiakkaalle. Terveydenhuollossa asialla tarkoitetaan hoitoprosessia, joka alkaa toimintayksikön näkökulmasta siitä, kun potilas tai asiakas tulee hoitoyksikön palveluiden piiriin ja päättyy siihen, kun hän jättää ne. Lääkehoidon prosessi asettaa monenlaisia tiedon tarpeita, joiden tunnistaminen vaatii organisaation jäseniltä kykyä tunnistaa ympäristön epävakaisuutta sekä kykyä etsiä tietoa sen keskeisistä piirteistä, jotta tilanne ymmärrettäisiin ja saadaan välttämätöntä tietoa päätöksentekoon sekä ongelmien ratkaisuihin. Analysoitaessa lääkehoidon prosessin tiedon tarpeita, tulee huomioida myös lääkehoidon ja tehokkaiden lääkkeiden käytön lisääntyessä, niiden aiheuttamat ongelmat. Terveydenhuollon laadun tärkeä osa on potilasturvallisuus, joka kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden sekä laitteita koskevan turvallisuuden. Hyvin keskeisenä osana ovat kuitenkin lääkkeisiin ja lääkehoitoihin liittyvä turvallisuus, potilasturvallisuuden kannalta. (Mikkola 2008, 11-13.)

Lääkkeen antotavat on jaettu kahteen päätyyppiin, enteraalinen antotapa, joka tarkoittaa lääkkeen antamista ruuansulatuskanavaan suun tai peräsuolen kautta. Parenteraalinen antotapa taas tarkoittaa kaikkea ruuansulatuskanavan ulkopuolelle annosteltavaa lääkehoitoa. Suun kautta annettavan lääkehoidon ajatellaan olevan yksinkertaisin ja turvallisin lääkkeenantotapa. Lääkkeitä annetaan myös injektioina, ihon sisään pistettävällä injektioilla voidaan tehdä esimerkiksi allergiatestejä, ihonalaiskudokseen voidaan pistää esimerkiksi insuliinia, lihakseen pistetään esimerkiksi antibiootteja, niin että suurin kerralla pistettävä määrä on reisilihaksessa viisi millilitraa ja hartialihaksessa kaksi millilitraa. Lisäksi injektioita voidaan antaa laskimoon, tuolloin lääke annetaan yleensä laskimokanyylin kautta stoosina, tai jos kyseessä on yksittäinen injektio, eikä potilaalla ole kanyyliä, voidaan lääke antaa suoneen neulalla. Lääke voidaan myös sekoittaa nesteeseen ja infusoida potilaaseen. Lisäksi käytössä on inhaloitavia lääkkeitä, jotka potilas saa sisään hengityksen mukana. Tällaiset lääkkeet vaikuttavat joko keuhkorakkuloissa tai verenkierron kautta koko elimistössä. Samalla tavoin sisään hengityksen kautta vaikuttavat lääkesumuttimen kautta otettavat lääkkeet. Eräitä lääkkeitä on olemassa myös laastarimuodossa, tällainen on esimerkiksi kipulaastari, jossa lääke imeytyy tasaisesti ihon läpi verenkiertoon. Mikäli potilas ei ole kykenevä nielemään voidaan lääkkeitä annostella myös nenämahaletkun tai peg-letkun kautta. On olemassa myös joukko erilaisia lääkevoiteita, joita ovat iholle laitettavat voiteet,

silmävoiteet, sekä nenään, korviin tai emättimeen laitettavat voiteet. Lääketippoja voidaan käyttää silmien, korvien tai nenän hoitoon. Peräsuolen kautta voidaan antaa lääkkeitä esimerkiksi silloin kuin lääkkeen nieleminen ei esimerkiksi kouristelun vuoksi onnistu. Peräsuolen kautta annosteltava lääke voi vaikuttaa joko paikallisesti tai verenkierron kautta. Myös emättimen kautta voidaan annostella joitakin lääkkeitä emätinpuikkoina. (Iivanainen & Syväoja 2009, 247-270.)

Lääkehoidon toteutus edellyttää hoitajan toiminnassa monia vaiheita ja ne muodostavat yhdessä potilaan lääkehoitoprosessin. Hoitajan tehtävänä on havainnoida potilaan vointia, sekä siinä tapahtuvia muutoksia ja tiedottaa niistä lääkärille, sekä vastaanottaa lääkitsemismääräyksiä. Myös lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen, lääkkeiden annostelu, sekä jakaminen, lääkkeiden antaminen potilaalle, potilaan opetus ja ohjaaminen, lääkityksen vaikuttavuuden seuranta sekä lääkehoidon toteuttamisen ja sen vaikutuksien dokumentointi kuuluvat hoitajan tehtäviin. Potilaan tarvitsema lääkehoito perustuu aina lääketieteelliseen diagnoosiin, sekä taudin aiheuttamiin haittoihin ja se suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa. Hoitajan ja lääkärin yhteistyö korostuu kuitenkin siinä tilanteessa, kun potilas ei ole kykenevä itse kommunikoimaan. Hoitajan tekemät havainnot ovat tärkeitä lääkärille, koska hoitajat tarkkailevat ja seuraavat yleensä potilaan vointia kauemmin kuin lääkäri. Tiedot potilaan aikaisemmasta lääkkeiden käytöstä perustuu hoitajan keräämiin tietoihin ja tietoja tarvitaan jotta kyetään suunnittelemaan uutta lääkehoitoa. (Veräjäkörva ym. 2008, 102-104.)

Hoitajan konkreettista työskentelyä on lääkehoidon toteuttaminen, jossa tärkeää on kontakti potilaan ja hoitajan välillä. Kommunikaation luonne voi olla lääkehoidon kannalta sitä edistävää, potilaan sitoutumista parantavaa tai lääkehoitoa jarruttavaa. Hoitaja ja potilas ovat läheisessä fyysisessä kontaktissa lääkehoidon toteutuksessa ja erityisesti lääkkeiden antamiseen liittyy kosketus, sekä läheisyys. Tämän vuoksi vaaditaan hoitajalta erityisosaamista erityisesti tilanteissa, kun lääkettä annetaan injektiona tai intiimeille alueille, esimerkiksi peräsuoleen tai emättimeen. Hoitajan järjestelmällisellä, sekä suunnitelmallisella työskentelyllä, eli rationaalisuudella tarkoitetaan toimintaa, jossa otetaan huomioon kaikki vaikuttavat tekijät. Rationaalinen toiminta käsittää hoitajan toiminnassa viisi vaihetta joita ovat lääkehoidon tarpeen määrittäminen, päätöksen teko, lääkehoidon toteuttamisen suunnittelu sekä sen toteuttaminen ja lääkehoidon arviointi. Lääkehoidon aloittamista ennen on suunniteltava perusteellisesti mitä, miten, miksi, missä ja milloin tehdään. Edellä mainitut vaiheet muodostavat hoitajan työskentelyssä yhtenäisen kokonaisuuden eikä niitä eroteta toisistaan. (Veräjäkörva ym. 2008, 102-104.)

Kansainvälinen tutkimus myös osoittaa aseptiikan noudattamisen tärkeyden lääkehoidon toteutuksessa. Hyvällä ja asianmukaisella aseptiikalla ehkäistään virusten ja muiden

mikrobien siirtyminen potilaaseen lääkkeidenannon aikana. Lääkehoidon rutiinikäytössä aseptiikan merkitys kuitenkin usein unohtuu, koska yhä edelleen väärin käyttökuntoon saatetaan injektio- sekä infuusiolääkkeitä. Vakavimpia virheitä ovat parenteraalisessa lääkityksessä saman ruiskun käyttö eri potilaiden välillä, lääkeinfuusionesteiden saastuminen, perus- injektio- ja infuusionesteiden turvallisuusohjeiden noudattamatta jättäminen sekä huolimattomuus lääkittäessä useita potilaita. Hoitajan velvollisuutena on varmistaa ja taata eri hoitotilanteissa oleville potilaille turvallinen lääkehoito sekä kokohoidon jatkumo. Hoitajan huolellisella aseptiikalla ja käyttäytymisellä taataan turvalliset käytänteet terveyden suojelemiseksi sekä potilaan turvallisuuden turvaamiseksi. (Dolan, Felizardo, Barnes, Cox ym. 2010.)

2.5 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Lääkehoidon osaamisvaatimuksiin sekä osaamisen varmistamiseen ja ylläpitämiseen kuuluu määrittää tehtävien edellyttämä osaaminen, sekä kartoittaa henkilöstön hallitsema osaaminen ja arvioida koulutustarpeita, perehdyttää toimintayksikön lääkehoitoon muun muassa kirjallisella suunnitelmalla, yksikön ohjeilla sekä varmistamalla peruskoulutuksessa saadut lääkehoitovalmiudet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47-48.)

Terveydenhuollon henkilöstön, joka toteuttaa lääkehoitoa tulee ymmärtää lääkehoidon merkitys osana hoidon kokonaisuutta sekä lääkehoidon koko kaari. Lääkehoitoa toteuttavan tulee tietää, miksi lääkettä annetaan ja mitä lääkettä, millä annoksella sekä miten lääkettä annetaan ja mitä antoreittiä käyttäen, aina lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin asti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 46-47.)

Lääkehoitoa toteutettaessa pelkkä hoitajan tekninen osaaminen ei riitä, vaan sen toteuttaminen edellyttää farmakologisen, fysiologisen, patofysiologisen, juridiseettisen sekä lääkelaskentaan liittyvän tietoperustan hyvää hallintaa. Näiden lisäksi edellytetään kykyä hallita lääkkeiden hoidollisia vaikutuksia, lääkkeiden käsittelyä, toimittamista ja hankintaa sekä lääkkeiden säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvien asioiden osaamista. Lääkehoitoa toteuttavan on välttämätöntä ymmärtää lääkemuoja ja lääkevalmisteita sekä niiden ominaisuuksia, jotta eri lääkemuoja käsitellään oikealla tavalla, kun lääkettä saatetaan käyttökuntoon ja annostellaan potilaalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 46-47.)

Määttä, Niskanen ja Pennanen (2008), sekä Mattila ja Isola (2002) toteavat sairaanhoitajan tehtävänä olevan lääkehoidon toteuttamisen, johon saadaan perusteet sairaanhoitaja koulutuksen aikana ja lääkehoitoa on toteutettava lääkärin määräysten mukaisesti. Lääkehoidon onnistumisen edellytyksenä on tietää lääkeaineiden vaikutusmekanismit ja vaiheet sekä tunnistaa haittavaikutukset elimistössä. Valmiudet seurata potilaan tilaa sekä

oireita sekä lääkehoidon vaikutusta lääkehoidon toteuttamisen aikana ja sen jälkeen, tulee sairaanhoitajan hallita. Lääkelaskujen osaaminen sekä keskeiset toimenpiteet, kuten injektioiden antaminen, jotka keskeisesti liittyvät lääkehoidon osaamiseen, tulee sairaanhoitajan osata ja hallita. Potilaalle lääkärin määrätessä nesteensiirron aloituksen, injektionestettä ihon alle, lihakseen, suoneen tai epiduraalitilaan, tulee lääkärin olla varmistunut siitä, että lääkkeen antaa tehtävään koulutettu sekä riittävän kokemuksen omaava terveydenhuollon ammattihenkilö. Tutkimuksen mukaan lääkehoitoon liittyvät erilaiset tekniikat, kuten perifeerisen kanyylin asettaminen, lääkkeiden antaminen laskimoon sekä epiduraalitilaan tulisi opettaa jo peruskoulutuksen yhteydessä. Tärkeää on huomata, ettei oleellisinta ole osata tehdä ”temppuja”, vaan tärkeämpää on tieto lääkkeistä sekä niiden vaikutuksista ja se, että osaa toimia ennalta odottamattomissa tilanteissa. Lääkehoidon peruskoulutuksen määrä määrittelee sen, miten tarkasti pitää määritellä ne lääkkeet, joiden kanssa asianomainen terveydenhuollon henkilö voi olla tekemisissä.

Perehdytysuunnitelmaan työyksiköissä kirjataan lääkehoitoon liittyvät tavoitteet, jotka uuden tai määräaikaisen työntekijän sekä opiskelijan tulee hallita. Työyksikön esimiehen tai perehdytyksestä vastaavan henkilön tulee perehdytysjakson aikana varmistua siitä, että työntekijällä on peruskoulutuksen antamat valmiudet toteuttaa lääkehoitoa. Työyksikön lääkehoidon vaatavuus sekä tarpeiden kannalta merkittävien peruskoulutuksen antamien valmiuksien testaaminen ohjeistetaan tarkemmin työyksikössä. Osaamisen varmistamista voidaan työyksikön taholta edellyttää esimerkiksi lääkkeiden jakamisessa, jolloin perehdyttävältä odotetaan lääkkeiden oikein jakamista ohjaajan valvonnassa 2-5 kertaa, ennen kuin työntekijä saa oikeuden jakaa lääkkeitä itsenäisesti. Työyksikön esimiehen on perehdyttämävaiheen päättyessä varmistettava, että työntekijä on hankkinut riittävät tiedot työyksikön lääkehoidosta sekä saavuttanut perehdytysjaksolle asetetut tavoitteet toteuttaakseen lääkehoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47-48.)

Työyksiköiden lääkehoito edellyttää osaamisen kartoittamista, koulutustarpeiden arvioimista sekä osaamisen ylläpitämistä. Säännöksiä, jotka koskevat terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutusta sekä valtakunnallisia suosituksia kehitetään ja seurataan säännöllisesti. Lääkehoidon täydennyskoulutusta järjestää työnantaja työntekijöiden yksilöllisten koulutustarpeiden sekä työyksikön lääkehoidon kehittämistarpeiden edellyttämällä tavalla. Työnantajan vastuulla on järjestää lääkehoidon peruskoulutuksen saaneille terveydenhuollon ammattihenkilöille sekä sosiaalihuollon ammatilliselle henkilöstölle lääkehoidon täydennyskoulutusta. Työnantajan tehtävänä on myös järjestää tarvittava lääkehoidon koulutus sellaisille lääkehoidon toteuttamiseen osallistuville työntekijöille, joilla ei ole lääkehoidon peruskoulutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47-48.)

Henkilöstö, joka toteuttaa lääkehoitoa on myös veloitettu ylläpitämään ammattitaitoaan jatkuvasti sekä osallistumaan työnantajan järjestämiin täydennys- ja muihin koulutuksiin. Lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä valmiuksia henkilöstöllä sekä täydenniskoulutustarpeita ja koulutuksiin osallistumista seurataan toimintayksikön täydenniskoulutusrekisterin sekä muiden seurantajärjestelmien avulla. Osaaminen varmistetaan testaamalla sekä näyttökokein. Kehityskeskusteluissa arvioidaan lääkehoitokoulutuksen vaikuttavuutta osaamisen kehittämiseen. Seuranta voidaan toteuttaa myös alueellisessa tai seudullisessa yhteistyössä, jolloin täydenniskoulutusrekisterin yhteyteen voi sairaanhoito- tai terveydenhuoltopiiri liittää tietoja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvistä asioista. Sellaisia tietoja ovat lääkehoidon koulutustarjonta, toteutetut koulutukset, koulutukseen osallistunut henkilöstö sekä kustannukset ja eritasoiseen lääkehoitoon oikeuttavat luvat. Muun ammattitaidon sekä ammatillisen kehittymisen arvioinnin ohella, lääkehoito liitetään vuosittain käytävään kehityskeskusteluun lähiesimiehen kanssa, jolloin kehityskeskustelun tukena voidaan käyttää rekisterin tietoja. Osaamista tulee ylläpitää ja kehittää sekä osallistua koulutukseen täydenniskoulutussuunnitelman mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47-48.)

2.6 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Työyksikön lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön rakenne, tehtävät ja vastualueet määritetään lääkehoitosuunnitelmassa. Suunnittelu ja organisointi lääkehoidossa ovat työyksikön johdon sekä lääketieteellisestä toiminnasta vastaavan lääkärin vastuulla, yhteistyössä hoitotyön johtajan ja työyksikön vastaavan kanssa. Lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan henkilöstön osaamisen varmistaminen sekä olosuhteiden luominen oikeanlaiseksi lääkehoidon toteuttamiselle on esimiehen vastuulla. Esimiesten vastuulle kuuluu myös ohjata ja valvoa lääkehoidon toteuttamista ja laatua lääkehoidonsuunnitelman mukaisesti sekä päättää henkilöstöryhmien työnjaosta siten, että lääkehoidon toteuttamisessa jokaisen ammattiryhmän osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. Lääkehoidon kokonaisuudesta sekä lääkkeiden määräämisestä vastaa lääkäri, mutta terveydenhuollon ammattihenkilöstön tehtäväksi jää toteuttaa lääkehoitoa lääkärin määräysten mukaisesti. Yhteistyössä lääkärin ja lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa vastataan hoidon tarpeen arvioinnista, lääkehoidon ohjauksesta, neuvonnasta sekä vaikuttavuuden arvioinnista. Lääkehoidon toteutettavuus tulee lääkärin ottaa huomioon lääketä määrätessä. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, miten toteutetaan suonensisäinen lääkehoito yövuorossa, jollei yksikössä työskentele silloin lääkehoidon koulutuksen saanutta laillistettua terveydenhuollon ammattihenkilöä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 48-49.)

Kokonaisvastuun kantaminen lääkehoidon toteuttamisessa terveydenhuollon yksiköissä kuuluu lääkehoidon koulutuksen saaneille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Kokonaisvastuulla tarkoitetaan potilashoitoon liittyvän tehtävänjaon päättämistä sekä siihen liittyvää ohjausta, neuvontaa ja valvontaa huolehtimista työyksikön lääkehuollon toimivuudesta. Vastuualueina kyseiset tehtävät kuuluvat osastonhoitajalle tai vastaavalle sairaanhoitajalle. Jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa itse vastuun omasta toiminnastaan. Lääkehoidon koulutuksen saaneet nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi jakaa lääkkeitä potilaille sekä antaa lääkkeitä luonnollista tietä. Työntekijän osaamisen varmistamisen jälkeen he voivat pistää lääkeainetta lihakseen sekä ihon alle ja saavat perehdyttämisen ja osaamisen näyttämisen jälkeen kirjallisen luvan tehtävien itsenäiseen suorittamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 49-51.)

Koulutus, joka johtaa työtehtävien hallitsemiseen tarkoittaa riittävää lisäkoulutusta. Silloin työntekijä saavuttaa lääkehoidon vaativuuden näkökulmasta vaadittavan tason työyksikössä. Vastuualueet sekä tehtäväkuvat lääkehoidon toteuttamisessa, vastuutehtäviä siirrettäessä sekä moniammatillinen yhteistyö ja sen edellytykset määritetään lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa korostuu yhteistyön merkitys erityisesti lääkehoitoa toteuttavilla epätyypillisillä alueilla. Lääkehoitoon voi osallistua myös peruskoulutukseltaan kouluttamaton henkilöstö, antamalla lääkettä luonnollista tietä sekä pistämällä ihon alle, yksittäistapauksissa tai tilannekohtaisen harkinnan ja riittävän lisäkoulutuksen jälkeen. Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö antaa koulutuksen ja luvan myöntää terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri. Sairaanhoitaja-, ensihoitaja-, kätilö- ja terveydenhoitajaopiskelijat, jotka suorittavat ammattikorkeakoulututkintoa osallistuvat ohjaajan vastuulla ja välittömässä valvonnassa sekä ohjauksessa vaativan lääkehoidon, kuten neste- ja lääkehoidon toteuttamiseen, suonensisäisen kanyylin asettamiseen, verensiirtojen toteuttamiseen sekä niihin liittyviin valmistaviin toimenpiteisiin. Farmakologista ja farmaseuttista osaamista on myös tarkoituksenmukaista käyttää hyväksi työyksiköissä sekä nimetä lääkitysasioista vastaava henkilö. Molemmilla on toimintayksikön lääkehoidon toteuttamisessa sekä kehittämisessä erityisrooli. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 49-51.)

Hoitajien lääkeosaaminen muuttuu vaativammaksi lääkehoidon kehittyessä, tämän vuoksi esimerkiksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on lääketurvallisuuden parantamiseksi ryhdytty järjestämään lääkekoulutusta. KYS:n lääkehoidon koulutusmalli alkaa lääkehoidon perusteista ja se on pakollinen kaikille hoitotyötä tekeville. Lääkehoidon osaaminen päivitetään kolmen vuoden välein. Lääkehoidon käytäntöjen kehittäminen on tärkeää, koska terveydenhuollon vaaratapahtumien mukaan 45 % hoitoa koskevista virheistä ja poikkeamista tapahtuu lääkehoidossa. Kuopiossa lääkekoulutukseen liittyvät teoriatieto, tentti, näytöt sekä

lääkärin pitämä suullinen tentti, näiden jälkeen hoitaja saa lääkehoitoluvan. Koulutuksen tavoitteena ovat yhtenäiset käytännöt koko henkilöstön osaamisen varmistamiseksi, erityisesti on huomioitu lääkehoidon vastuut ja velvollisuudet, jotka on myös yksiköiden lääkehoitosuunnitelmissa kerrottu. Koulutuksen avulla hoitajat saavat varmuutta lääkehoidon toteuttamiseen ja näin potilas saa laadukasta ja turvallista lääkehoitoa. KYS:N koulutusmalli on käytössä neljässä muussakin sairaanhoitopiirissä ja sen tarkoituksena on toimia suomalaisen potilasturvallisuusstrategian (2009-2013) mukaisesti. Malli on ollut toimiva menetelmä hoitajien lääkehoidon osaamisen ylläpitämiseksi. (Taam-Ukkonen & Saano 2009.)

2.7 Lupakäytännöt

Toimipaikan lääkehoitosuunnitelmassa tulee määritellä eritasoisen lääkehoidon toteuttamiseen vaadittavat lääkeluvat sekä se, miten osaaminen varmistetaan. Työntekijän peruskoulutuksen antamat valmiudet tulee tarkastaa ja määritellä tehtävien edellyttämä täydennyskoulutus, jonka jälkeen työntekijälle annetaan kirjallinen lupa suorittaa tiettyjä lääkehoitoon liittyviä tehtäviä. Luvan edellyttämä teorettinen osaaminen varmistetaan kirjallisella kokeella sekä näyttökokein käytännön osaaminen. Lupa on aina yksikkökohtainen ja voimassa vain määräaikaaisesti. Väärinymmärrysten välttämiseksi eri työtehtäviä jaettaessa, tulee eri lupakäytännöt olla kaikkien tiedossa. (Sairaanhoitajaliitto, 2006.)

Henkilöstön joustava siirtyminen eri hoitoyksiköissä lääkelupien suhteen, voidaan suunnitella esimerkiksi järjestämällä alueellinen rekisteri lääkehoitoon oikeuttavista luvista täydennyskoulutusrekisteriin, kuten alueittain tai sairaanhoito-/ terveydenhuoltopiireittäin. Lääkehoitoon osallistumisen tasot määritellään lääkehoitosuunnitelmassa sekä ne lääkehoidon tilanteet, joissa pelkkä terveysalan peruskoulutuksen sekä siihen liittyvän lääkehoidon koulutus eivät riitä, vaan lääkehoidon toteuttamiseen tarvitaan siihen oikeuttava lupa. Lääkkeet, joita erilliset luvat koskevat sekä ne lääkkeet, joita voidaan käyttää tarvittaessa ilman erillistä lääkärin konsultointia, tulee myös määritellä lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkehoidon toteuttamiseen oikeuttava lupa on aina toimintayksikkökohtainen. Luvan laajuus on otettava huomioon myös lääkehoitosuunnitelmassa, koska lupa voi olla myös työyksikkö-, lääke- tai potilaskohtainen. Näiden lisäksi tulee huomioida myös lääkkeiden tilaamiseen oikeuttavat luvat. Lääkehoitoon oikeuttavat henkilöstön luvat on pidettävä työyksiköissä helposti kaikkien nähtävillä, siten varmistetaan tiedonkulku ja taataan lääkehoidon sujuvuus. Voimassa olevista luvista tulee myös lääkehoitoa toteuttavalla olla kopio itsellään. Säännöllisillä kirjallisilla kokeilla varmistetaan teorettinen osaaminen ja käytännön osaamisen näytöillä varmistetaan osaaminen käytännössä. Kehittämällä sähköistä oppimisjärjestelmää mahdollistetaan tietojen sujuva päivittäminen sekä uudelleen testaaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

Laillistetuilta terveydenhuollon ammattihenkilöiltä edellytetään lisäkoulutusta ja näytönantamista omasta osaamisestaan suonensisäisten neste- ja lääkehoidon, muun vaativan lääkehoidon sekä verensiirtojen toteuttamisesta. Suonensisäisen lääkehoidon sekä muun vaativan lääkehoidon osaaminen tulee varmistaa työyksikössä säännöllisin väliajoin, esimerkiksi 2-5 vuoden välein, riippumatta siitä millaiset tarpeet tai vaativuustaso työyksikössä on. Ihon sisäiset injektiot sekä rokottaminen edellyttää myös osaamisen varmistamista ja erillistä kirjallista lupaa toimintayksiköstä. Lupakäytäntöihin sisältyvät peruskoulutuksen antamat valmiudet sekä niiden arviointi, vaativuus työtehtävissä sekä työtehtävien edellyttämät lisätiedot ja taidot, täydennys tai muu lisäkoulutus, osaamisen näyttäminen sekä kirjallinen todistus, lisätehtäviä varten myönnetty kirjallinen lupa sekä sen edellyttämän lääkehoidon vaativuustasojen, lääkkeiden ja potilasryhmien määrittäminen sekä lääkehoitoon oikeuttavan luvan uusiminen ja voimassaolo. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 55.)

Nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, kuten lähi- ja perushoitaja saavat peruskoulutuksessaan valmiudet osallistua lääkkeidenjakamiseen potilaskohtaisiksi annoksiksi, lääkehoitoon, joka annetaan luonnollista tietä sekä injektioiden antamisen ihon alle ja lihakseen. Osaamisen varmistaminen tulisi heidän kohdallaan toteuttaa antamalla tarvittaessa lisäkoulutusta lääkkeiden tilaamisesta, ihon alle annettavien injektioiden antamisesta sekä perusliuosta sisältävän, lääkkeettömän jatkoinfuusion vaihtamisesta. Näyttö osaamisesta sekä lääkehoidon toteuttamiseen tarvittavan luvan saaminen tulee suorittaa samoin, kuin sairaanhoitajankin kohdalla. Erillisen luvan saatuaan lähihoitajat voivat vaihtaa lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän nestepussin sekä hätätilanteessa aloittaa nestehoidon, jos laillistettua lääkehoidon koulutuksen saanutta terveydenhuollon ammattihenkilöä, eli esimerkiksi sairaanhoitajaa, ei ole käytettävissä. Nimikesuojattu lääkehoidon koulutuksen saanut ammattihenkilö voi myös antaa sydänpysähdyksen yhteydessä käytettävää adrenaliinia, plasman korvausnestettä suonensisäisesti sekä glukosiliuosta, mikäli laillistettua terveydenhuollon ammattihenkilöä ei ole käytettävissä. Näiden lisäksi nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat osallistua luonnollista tietä annettavan pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavan lääkehoidon (PKV) toteuttamiseen. Edellä mainitut lääkehoitoon sisältyvät toiminnot tulee varmistaa säännöllisesti osaamisen suhteen sekä tarpeen mukaan järjestettävä riittävää lisäkoulutusta sekä toimintayksiköstä myönnettävä kirjallinen lupa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 49-51.)

Terveydenhuollon opiskelijat ovat velvollisia esittämään todistuksen suorittamistaan opinnoista lääkehoidossa, sekä niistä suoriutumisesta. Koulutuksen järjestäjän, sekä harjoitteluyksikön sopimus tukee opiskelijan osaamisen varmistamista lääkehoidon sisällöstä ohjatussa harjoittelussa. Työnantajan edustaja tai lääkehoidosta vastaava henkilö arvioi

opiskelijan osaamisen lääkehoidossa, sekä opiskelijan kyvyn osallistua lääkehoidon toteuttamiseen kyseisessä yksikössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 53.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) mukaan myös henkilöstö, jolla ei ole lääkehoidon koulutusta voi lisäkoulutuksen ja osaamisen varmistamisen jälkeen osallistua jo valmiiksi jaettujen lääkkeiden antamiseen luonnollista tietä, ihon alle annettavien injektioiden antamiseen sekä jakaa lääkkeitä dosettiin potilaan kotona. Lupa- ja näyttökäytännöt perustuvat sopimukseen ja ovat riippuvaisia potilaasta, tilanteesta sekä lääkkeestä. Vastaava lääkäri myöntää luvan ja näyttö annetaan laillistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle. Kouluttamaton henkilö, joka toteuttaa lääkehoitoa vastaa omasta toiminnastaan, mutta toiminnan asianmukaisuus on työnantajan vastuulla.

Kansainvälisen tutkimuksen mukaan, on sairaanhoitajilla tärkeä rooli lääkepoikkeamien ehkäisyssä. Usein sairaanhoitaja on se ammattilainen, joka erityisesti sairaaloissa on lähinnä potilasta. Heillä on ensisijainen vastuu hallita lääkehoidon toteutus osastolla. Heidän tehtävänä on ratkaista lääkehoito turvallisesti osastolla ja vapauttaa potilas vastuusta. Lääkevirheiden ehkäisyssä sairaanhoitajat tarvitsevat hyvän koulutuksen farmakologiasta sekä potilasohjauksesta. He tarvitsevat tarpeelliset tiedot noudattaakseen oikein lääkärin määräämää lääkehoitoa; kuten annosten laskemiseen sekä lisälääkkeiden käyttöön omien valtuutustensa (lääkelupien) mukaisesti. Sairaaloissa ja avohoidossa sairaanhoitajilla pitäisi olla helposti käytettävissä oleva virallinen järjestelmä, mistä päivittää lääkityksen tiedot, potilaan tiedot sekä lääkkeiden terapeuttiset suuntaviivat. Tieto pitäisi esittää valmiiksi käytettävissä muodossa, jotta vältetään virheelliset tulkinnot. (Airaksinen ym. 2006.)

2.8 Lääkehuolto

Lääkehuoltoon kuuluvat peruslääkevalikoima, lääkkeiden tilaaminen ja toimittaminen, lääkkeiden säilyttäminen, siihen tarvittavat tilat ja olosuhdeseuranta sekä lääkkeiden valmistaminen ja käyttökuntoon saattaminen, lääkkeiden palauttaminen ja hävittäminen, farmaseuttinen informaatio, ohjaus ja neuvonta. Jokaisen yksikön oman lääkehoitosuunnitelman tulisi sisältää lääkehuollon keskeiset asiat, kuten lääkevalikoiman, lääkkeiden tilaamisen, säilyttämisen, käyttökuntoon saattamisen ja hävittämisen. Myös lääkehuollon rooli ohjauksessa, neuvonnassa, sekä lääkeinformaation antajana tulisi näkyä lääkehoitosuunnitelmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 55.)

Lääkehuolto on Suomessa toteutunut hyvin ja käytössä on lähes sama lääkevalikoima kuin muualla Euroopassa. Suomessa lääkkeiden tukkuhinnat ovat keskitason alapuolella ja vähittäishinnat keskitasoa. Lääkkeiden verotus on korkea, joten vaikka lääkehoidon

kustannuksia korvataan sairausvakuutusjärjestelmän kautta, jää potilaalle maksettava omavastuu edelleen kansainvälisesti arvioiden korkeaksi. (Huttunen 2006.)

Peruslääkevalikoiman laatii asiantuntijaelin, joka tuntee hoitosuositukset sekä erikoisalat. Se laatii yhdessä sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen kanssa lääkeshoidon tarpeita vastaavan peruslääkevalikoiman. (Veräjäkörva ym. 2008, 29-30.) Peruslääkevalikoiman tarkoituksena on mahdollistaa Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikölle turvallinen, tarkoituksenmukainen ja kustannustehokas lääkehoito, peruslääkevalikoima tehdään kahdeksi vuodeksi kerrallaan ja lääkkeet valitaan tarjouskilpailu perusteella niin, että jokaisesta lääkeaineesta valitaan halvin kaupanimi, sekä yksi rinnakkaisvalmiste. (Kallio 2006.)

Lääkkeet tilataan osastolle mieluiten, joko sähköisesti tai faksilla, mikäli lääkkeet tilataan suullisesti, tulee tilaus vahvistaa kirjallisesti mahdollisimman pian. Peruslääkevalikoimaan kuuluvat lääkkeet voi tilata sairaanhoitaja, mutta mikäli tilaus sisältää esimerkiksi erityislääkkeitä tai huumaavia lääkkeitä, tulee lääkärin vahvistaa tilaus. Osastolle lääkkeet tulevat suljetussa lääkkeidenkuljetus laukussa ja lääkkeet vastaanottavan sairaanhoitajan tulee tarkistaa, että toimitus sisältää kaikki tilatut lääkkeet. (Forsbacka & Nousiainen 2008.)

Kun lääkkeet lähetetään esimerkiksi sairaala-apteekista osastolle, lääkkeet pakataan, merkitään ja kuljetetaan sitten, että lääkkeiden säilyminen kuljetuksen aikana voidaan taata. Kuljetuslaatikot tulee sulkea niin, että niiden vastaanottaja voi olla varma siitä, ettei lähetystä ole matkan aikana avattu. Sairaala-apteekin vastuulla on varmistaa se, että kuljetuskalusto on lääkekuljetuksiin soveltuva ja kuljetuslämpötiloja tulee seurata säännöllisin väliajoin, erityistä huomiota asiaan tulee kiinnittää kylminä ja kuumina aikoina. (Lääkelaitos 2007.)

Lääkkeet tulee säilyttää osastolla lukollisessa kaapissa, kaapin avaimet tulee säilyttää niin, ettei ulkopuolisilla ole mahdollisuutta päästä niihin käsiksi. Huumaavia lääkkeitä varten tulee olla vielä erillinen lääkekaappi, lääkkeiden antoa tulee seurata tarkasti merkitsemällä pakkauskohtaiseen lääkekorttiin päivämäärä, kellonaika ja potilaan nimi. Näkyvillä tulee olla myös annos sekä mahdollinen mittatappio sekä lääkkeen määränneen lääkärin nimi ja lääkkeen antaneen hoitajanimi. (Forsbacka & Nousiainen 2008.) Säilytysmerkinnät voi tarkistaa lääkkeiden pakkauksista. Huoneenlämmössä säilyy valtaosa lääkkeistä, mutta on myös joitakin lääkkeitä jotka vaativat jääkaapissa säilyttämisen (Zastetta-8astetta). Jos lääkettä täytyy säilyttää viileässä, siitä on aina merkintä lääkepakkauksessa, mutta nestemäisen lääkkeen jäätymistä on varottava. Mikäli säilytyksestä ei ole erityistä merkintää, säilytetään lääke huoneenlämmössä. Lääkepakkauksesta ilmenee myös lääkkeen kelpoisuusaika ja lääke on käytettävä siihen mennessä. Lääkevalmistaja takaa lääkkeen laadun sekä tehon pakkauksessa olevaan viimeiseen käyttöpäivämäärään asti, mikäli lääke

säilytetään oikein. (Nurminen 2006, 23.) Lääkkeiden säilytysolosuhteita tulisi yksiköissä seurata dokumentoidusti. Tärkeää on muistaa myös se, että lääkekaapin, tai - huoneen avaimet ja kulunvalvonta tulee järjestää siten, ettei ulkopuolisilla ole mahdollisuutta päästä käsiksi lääkkeisiin. (Lääkelaitos 2007.)

Lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa käytettyjen tilojen ja olosuhteiden tulee olla asianmukaiset ja toimintaan sopivat ja erityisesti huomiota pitäisi kiinnittää oikeisiin työtapoihin, sekä käytettyjen lääkeaineiden, liuosten ja pakkausmateriaalien yhteensopivuuteen. Tarkasti tulee huolehtia myös käyttövalmiiden lääkkeiden säilytyksestä, käyttöajasta, sekä merkinnöistä. (Lääkelaitos 2007.)

Lääkevalmisteet, joita käytetään suonensisäisesti, ovat suurimmaksi osaksi kuiva-aineita ja vaativat ennen annostelemista lääkkeen käyttökuntoon saattamisen. Potilasturvallisuutta voitaisiin edistää merkittävästi, jos käyttökuntoon saattaminen keskitettäisiin sairaala-apteekkiin tai lääkekeskukseen. Osastoilla ei ole käytännön valmiuksia aseptiseen työskentelyyn, jonka johdosta usein lääkelisäyksiä joudutaan tekemään esim. kansliassa tai potilashuoneessa, jossa on samanaikaisesti myös paljon muuta toimintaa ja siten mikrobipitoisuus on suuri. Ongelmat lääkelisäyksissä liittyvät lääkeannosten laskemiseen, lääkeaineiden yhteensopimattomuuksiin, lääkeinfuusioiden epäsäilytykseen sekä mikrobikontaminaatioihin. (Suominen 2010.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus on julkaissut oppaan koskien terveydenhuollon jätteiden pakkaamista, merkintöjä ja ohjeistuksia yhtenäistääkseen. (Lääkelaitos 2007.) Lääkejäte luokitellaan ongelmajätteeksi ja niiden hävittämisen tulee tapahtua Suomen jätelainsäädännön mukaan. Lääkejätteeksi luokitellaan vanhentuneet lääkkeet sekä lääkkeet, joiden käyttökelpoisuudesta ei ole varmuutta, esimerkiksi väärän säilytystavan vuoksi. Kunnat järjestävät lääkejätteen keräyksen yleensä apteekeissa, joihin lääkejäte voidaan veloitusetta toimittaa. Lääkejäte on lajiteltu useaan eri osa-alueeseen, jotka perustuvat siihen kuinka lääkkeet tulee hävittää. Omat ohjeensa on esimerkiksi rokotejätteille, huumaaville lääkkeille ja kemikaalijätteelle. (Suominen 2006, 7.)

Sairaala-apteekki tai lääkekeskus tekee vuosittain käyntejä toimintayksiköihin. Näiden käyntien tarkoitus on seurata sitä että yksiköissä toimitaan lääkehuollon toimintatapoja noudattaen ja että lääkkeiden säilytys on lääkehuollon ohjeiden mukaista. Yksikön henkilökunnan vastuulla on huolehtia siitä että lääkekaapit siivotaan määräajoin ja vanhentuneet sekä muuten käyttöön sopimattomat lääkkeet poistetaan. (Veräjäkorpä ym. 2006, 29.)

2.9 Lääkkeiden antaminen ja jakaminen

Lääkkeet tulisi jakaa alkuperäisen kirjallisen lääkemääräyksen mukaan. Lääkkeitä jaettaessa tulee huolehtia siitä, että lääkkeenjako on rauhallinen ja muuten asianmukainen. Rauhallinen jakoympäristö vähentää osaltaan lääkepoikkeamien mahdollisuutta. Lääkevirheiden minimoimiseksi suositellaan myös jaettujen lääkkeiden kaksoistarkastusta. Muita tapoja, joilla voidaan varmentaa lääkkeiden antamista, on potilaan nimen kirjoittaminen lääkelasiin. Myös lääkkeiden annosjakelua sekä koneellista annosjakelua on hyvä hyödyntää lääkkeiden jaossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58.)

Lääkehoitoa ohjaavat eettiset periaatteet; ennen kuin hoitaja vie lääkkeen potilaalle, hänen tulee olla varma, että kyseessä on oikea lääke. Hoitajan tulee olla selvillä mihin vaivaan potilas lääkkeen ottaa sekä tiedettävä, kuinka lääke vaikuttaa ja millaisia haittavaikutuksia siitä saattaa aiheutua. Hoitajan tulee myös lääkettä antaessaan olla valmis ohjaamaan potilasta lääkeshoidossa. Ennen lääkkeenantoa hoitajan tulee myös tarkastaa lääkkeen oikea annostus, hoitaja huolehtii siitä että potilas saa lääkettä täsmälleen oikean annoksen. Läkettä antavan hoitajan vastuulla on myös tarkistaa lääkkeen oikea antotapa ja reitti. On tärkeää että lääkkeet annetaan potilaalle oikeaan aikaan, koska jos lääke annetaan väärään aikaan se saattaa menettää osan tehostaan. (Veräjäkörva ym. 2006, 84-87.)

Kun hoitaja menee potilaan luo lääkkeen kanssa, hänen tulee vielä kerran tarkistaa, että on antamassa lääkettä oikealle potilaalle. Asian voi tarkistaa kysymällä potilaan nimen tai katsomalla sen potilaalla mahdollisesti olevasta turvarannekkeesta. Potilaan ohjaus on tärkeä osa turvallista lääkeshoittoa ja mahdollistaa onnistuneen lääkkeenantamisen. Potilas tarvitsee tietoa lääkeshoidostaan voidakseen sitoutua siihen täysin. Annettuaan lääkkeen potilaalle hoitajalla on velvollisuus kirjata tapahtuma tarkasti ylös potilas-asiakirjaan. Asiakirjoista tulee selvittää ainakin lääkkeen nimi, vahvuus, antoaika, lääkkeen antaneen hoitajan nimi, sekä lääkkeen määränneen lääkärin nimi. Asiakirjoista tulisi näkyä myös se, kuinka lääke on vaikuttanut potilaaseen. (Veräjäkörva ym. 2006, 84-87.)

2.10 Potilaiden informointi ja neuvonta

Potilaan tulisi itse voida osallistua oman lääkeshoitonsa suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Siksi lääkeshoitosuunnitelmaan on sisällytetty myös potilaan informointia ja neuvontaa koskevat ohjeet. Kaikkien lääkeshoittoa toteuttavien henkilöiden tulisi antaa potilaalle hänen tarvitsemaansa tietoa sekä vastata potilaan kysymyksiin. Tärkeää on se että potilas saa annetun ohjauksen niin selkeästi, että hän sen ymmärtää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 59.)

Se, että potilas voi itse osallistua omaan lääkehoitoonsa lisää potilaan hoitoon sitoutumista. Lääkehoidon ohjauksella voidaan arvioida potilaan muutosvalmiutta, epämukavuuden sietokykyä sekä ohjeiden noudattamisen taitoa. Ohjauksessa potilaalle kerrottavia asioita ovat esimerkiksi lääkkeen käyttötarkoitus, sen annostelu ja mahdolliset haittavaikutukset sekä yhteisvaikutukset esimerkiksi muiden lääkkeiden kanssa. On myös tärkeää, että potilaalle opetetaan oikea lääkkeenotto taktiikka. Ohjauksen aikana on hyvä antaa potilaalle kirjallinen ohje, johon on kirjoitettu potilaan käyttämät lääkkeet, niiden annostus ja oikeat ottoajat. Potilaalle tulee kertoa lääkehoidon riskeistä, joita on esimerkiksi ohjeiden väärin ymmärtäminen sekä lääkityksen laiminlyönti. Tärkeää on selvittää se, että onko potilaalla käytössä mahdollisia käsikauppa- tai itsehoitolääkkeitä, mahdollisten yhteisvaikutusten minimoimiseksi. (Forsbacka & Nousiainen, 2008.)

Savikon & Pitkälän (2006) mukaan on useissa tieteellisissä tutkimuksissa havaittu, että vain 40-60 % ihmisistä ottaa lääkkeensä annettujen ohjeiden mukaan. Yleisintä on, että lääkkeet jätetään ottamatta joko tarkoituksella tai vahingossa. Myös lääkekuurin lopettaminen ennenaikaisesti sekä annosvälien pidentäminen ovat yleisiä. Artikkelissa todetaan myös, että hoitoon sitoutumisen tutkiminen on vaikeaa, koska tutkimuksiin osallistuminen on vapaaehtoista ja siten siihen yleensä osallistuvat vain ne hoitomyönteisimmät ihmiset. Lääkehoitoon sitoutuminen vaikuttaa kansanterveyteen enemmän kuin mikään muu yksittäinen toimenpide. Sitoutumisen edistämiseksi voidaan vaikuttaa myös terveydenhuollon resursseihin, koska tutkimusten mukaan jopa kolmannes sairaalahoidojaksoista johtuu siitä, ettei potilas ole sitoutunut lääkehoitoon. Lääkkeiden käyttöön liittyy monia moraalisia kysymyksiä, toisaalta halutaan totella lääkärin ohjeita, mutta toisaalta ajatellaan, että lääkkeet ovat yleisesti haitallisia ja niiden käytön tulisi olla mahdollisimman vähäistä. Lääkehoitoon sitoutumista heikentävät se, että potilas ei tarkkaan tiedä lääkkeen tarkoitusta tai saa siitä haittavaikutuksia, myös oman tilansa kokeminen toivottomaksi heikentää sitoutumista. Niinpä lyhytaikaiseen hoitoon sitoudutaan paremmin kuin pitkäaikaiseen. Muita lääkehoitoon sitoutumista hankaloittavia asioita ovat esimerkiksi lääkkeiden suuri määrä, se että lääke pitää ottaa monta kertaa päivässä sekä epäselvät lääkeluettelot tai niiden puute, myös lääkekustannuksilla ja potilaan taloudellisella tilanteella on yhteyttä lääkehoitoon sitoutumiseen. Lääkehoitoon sitoutumista lisäävät helppo hoitoon pääsy, sekä lääkärin ja potilaan välinen hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde.

Potilaan ohjauksen tulisi olla yksilöllistä ja potilaan tarpeista lähtevää. Tulisi muistaa, että ohjaustilanteessa potilas on oman elämänsä asiantuntija, kun taas hoitaja on ohjaamisen asiantuntija. Haasteita ohjaustilanteelle aiheuttavat mm ohjattavan taustatekijät, joihin kuuluu fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät. Ohjaustilanteen tulisi perustua potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen ja on tärkeää että potilas voi luottaa hoitajaan. (Kynäs ym. 2007 26-27, 48.) Lääkehoidon ohjauksen tarkoituksena on parantaa

potilaan itsehoitokykyä. Ohjauksen tavoitteena voi olla se, että potilaalle annetaan ohjausta, jotta hän jatkossa selviäisi ongelmatilanteen hoitamisesta itsenäisesti. Tämän lisäksi ohjauksen tavoitteena voi olla esimerkiksi sairauksien ehkäiseminen tai terveyteen liittyvien mielikuvien vahvistaminen. Lääkehoidon ohjauksessa potilaalle tulisi kertoa seuraavat asiat; lääkkeen käyttötarkoitus, lääkehoidon kesto, lääkkeen ottoajankohta, lääkkeen oton aiheuttamat mahdolliset erityisvaatimukset, lääkkeen säilytys, ottotekniikka, mahdolliset yhteisvaikutukset esimerkiksi alkoholin tai muiden lääkkeiden kanssa sekä mahdolliset haittavaikutukset. Ohjauksessa on tärkeää kertoa potilaalle, että hän ei saa itsenäisesti muuttaa tai lopettaa lääkitystä vaan muutoksista tulee sopia lääkärin kanssa. (Veräjäkörva, ym. 2008. 161-164.)

Tilanteet, joissa potilas kotiutetaan sairaalahoitosta ja lääkitykseen on tehty useita muutoksia, on todettu aiheuttavan lääkehoidon haittatapahtumia. Potilaan ohjaus ja opetus lääkehoidon toteutuksesta on tärkeää ja siihen on varattava tarpeeksi aikaa sekä potilaan jatkohoito tulee myös suunnitella, sillä haittatapahtumia on vaikea havaita, ellei hoidon jatkuvuutta ole. Kotiuttamisen yhteydessä lääkehoidon haittatapahtumat voivat olla lääkeannosten tupla-annoksia tai jonkin lääkkeen määräämättä jättäminen. Siksi potilaan vointi huononee ja hän joutuu uudelleen osastohoitoon. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 81.)

2.11 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Lääkehoito aloitetaan potilaalle ajatuksena parantaa, lievittää tai ehkäistä potilaan sairautta tai sairauden oiretta. Lääkehoitoa suoritettaessa on tärkeä seurata sen vaikuttavuutta. (Iivanainen & Syväoja 2009, 275.) Lääkärin määrätessä lääkettä, hänen tulisi huolehtia siitä, että lääkkeen antaja tietää vaikutuksista, joita hänen tulisi seurata lääkkeen annon aikana ja sen jälkeen. Vaikuttavuuden arviointiin kuuluvat seuraavat asiat; lääkehoidon tarkoituksenmukaisuus, toivotut hyödyt ja myönteiset vaikutukset, sivu- ja haittavaikutukset, yhteisvaikutukset, päällekkäisyydet, vaikutusten seuranta, toiminta väärän lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeen sekä säännöllisen lääkityksen kokonaisarviointi. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006, 60.)

Ensimmäiseksi seurataan vaikuttaako lääkehoito toivotulla tavalla potilaaseen, sitä voidaan seurata laboratorio- tai kuvantamistutkimuksilla sekä seuraamalla potilaan vointia. Lääkehoidon positiivisia vaikutuksia ovat esimerkiksi se, että kipulääke auttaa kipuun. Kuumelääke alentaa kuumetta ja pahoinvointilääke vähentää pahoinvointia. Diabeetikon kohdalla ajatellaan insuliinin pitävän verensokerin normaalina, jolloin potilas välttyy pahoilta elinkomplikaatioilta. (Iivanainen & Syväoja 2009, 275-276.)

Tärkeää on seurata potilaalle mahdollisesti aiheutuvia sivu- ja haittavaikutuksia. Sivuvaikutus on lääkkeen jokin muu kuin odotettu vaikutus ja haittavaikutus ovat lääkkeen käytöstä aiheutuva haitta. Vaikka haittavaikutukset eivät aina ole hengenvaarallisia, tulee niihin kuitenkin suhtautua vakavasti. Haittavaikutusten riskiä lisää potilaan korkea ikä sekä se, mitä useimpia lääkkeitä potilaalla on käytössä. Lääkkeiden haittavaikutuksena potilaalle saattaa ilmetä esimerkiksi päänsärky, pahoinvointi, allerginen reaktio tai vatsavaivat. (Iivanainen & Syväoja 2009, 276-277.)

Potilailta tulee seurata myös lääkkeiden mahdollisia yhteisvaikutuksia. Lääkkeet voivat vaikuttaa toistensa tehoon joko positiivisesti tai negatiivisesti. Lääkkeiden vaikuttavuuteen voivat vaikuttaa myös esimerkiksi jotkin ruoka-aineet, nautintoaineet sekä vaihtoehto- ja kasviperäiset lääkkeet. Eräitä lääkkeiden haittavaikutuksia ovat muun muassa: tulehduskipulääke+ antikoagulantti, joka aiheuttaa vuotovaaran kasvua sekä keskushermostoa lamaavat lääkkeet+ alkoholi, alkoholia käytettäessä lääkkeen vaikutus tehostuu ja saattaa aiheuttaa jopa kuoleman. (Iivanainen & Syväoja 2009, 276.)

2.12 Dokumentointi ja tiedonkulku

Lääkehoitosuunnitelmaan kuuluu keskeisesti lääkehoidon kirjaamisprosessin suunnittelu, sekä kirjaamisen toteuttaminen. Kirjaamisesta ja asiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä noudatetaan toimintayksiköihin annettuja säädöksiä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, sekä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä 2001/99). Huomiota on erityisesti kiinnitettävä toimintayksikön kirjaamiskäytäntöihin sekä niiden luomiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

”Laki potilaan asemasta ja oikeuksista” tarkoittaa potilasasiakirjalla potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettyjä, siihen tarkoitukseen laadittuja tai hoitoa varten saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjoihin katsotaan kuuluvan esimerkiksi potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot. Lain mukaan potilasasiakirjojen laatimisessa ja säilyttämisessä tulisi käyttää sellaisia välineitä, että asiakirjojen sisältävän tiedon käytettävyys voidaan turvata niiden säilytysaikana. Hoitohenkilökunta saa tutustua potilaspapereihin siinä määrin kuin sen katsotaan olevan sen hetkisen hoidon kannalta tarpeellista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Laki määrittelee myös sen kenellä on oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Merkintöjen on oltava selkeitä ja ymmärrettäviä ja niissä saisi käyttää vain yleisesti tunnettuja käsitteitä ja lyhenteitä. Jos potilas-

asiakirjoihin kirjaa muita kuin omia havaintojaan potilaan tilasta, tulee merkitä myös tietojen lähde. Merkinnät potilas-asiakirjoihin tulisi tehdä mahdollisimman pian niin, että kaikkien merkintöjen tulee olla tehtynä viiden vuorokauden kuluttua siitä kun palvelutapahtuma päättyy. Potilaskertomusta ei saa kirjoittaa uudelleen, eikä siihen kirjoitettua tietoa peittää. Alkuperäistä sivua ei myöskään saa korvata esimerkiksi valokopiolla. Lääkehoitoon liittyen, kaikki lääkemääräykset ja lääkärinlausunnot tulee liittää potilas-asiakirjoihin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Erikoissairaanhoidonlaki velvoittaa hoitohenkilökuntaa tekemään potilas-asiakirjoihin riittävät merkinnät koskien lääkehoitoa ja sen tarvetta. Potilas-asiakirjoista tulee näkyä lääkkeen nimi ja annettu määrä. Myös antomuoto sekä se onko kyseessä kerta-annos vai jatkuva lääkitys. Näkyvillä tulee olla lääkkeen antopäivä sekä kellonaika. Potilas-asiakirjasta tulee käydä ilmi myös lääkkeen määränneen lääkärin sekä lääkkeen antaneen hoitajan nimet. Hoitajien tulee kirjoittaa ylös myös se, millainen vaikutus lääkkeellä on potilaaseen. Myös mahdolliset haittavaikutukset tulee kirjata ylös. Huolellisella dokumentoinnilla voidaan varmistaa hoidon jatkuvuus sekä aukoton tiedonkulku, mikäli potilas siirtyy hoitoon johonkin muuhun sairaanhoidon yksikköön. Dokumentoinnilla on merkitystä myös hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta. Hoitohenkilökunnalla on velvollisuus pyydettyessä antaa Terveystieteiden tutkimuskeskukselle tai lääninhallitukselle selvitys lääkkeen määräämisestä ja lääkehoidon toteutumisesta. (Veräjäkorpä ym. 2008, 44-45.)

Kun työyhteisöön tehdään lääkehoitosuunnitelmaa, tulisi siinä näkyä yksikössä yhdessä sovittu lääkehoidon kirjaamisprosessi. Itse kirjaamisessa tärkeitä asioita ovat lisäksi se, että työyksikössä on yhdessä sovittu säännöt joiden mukaan kirjataan. Olisi hyvä jos lääkehoitoa koskeva informaatio lääkehoitoa toteuttavalle henkilöstölle ja potilaalle tapahtuisi rinnakkain. Potilaan neuvonnan tärkeys korostuu, kun potilas kotiutuu esimerkiksi sairaalahoidosta. Kotiin lähtiessä potilaalla tulisi olla mukana lääkelista sekä voimassa olevat reseptit. Ennen kotiutumista potilaalla tulisi olla mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa lääkehoidostaan. (Lahti 2008.)

Tiedonkulkuun liittyen potilaalla on oikeus, joko myöntää tai kieltää häntä koskevan tiedon välittäminen esimerkiksi toiseen hoitopaikkaan. Potilaan tietoja voidaan siirtää, mikäli siitä on olemassa potilaan oma tai hänen laillisen edustajansa kirjallinen suostumus. Potilaan tietoja voidaan siirtää myös suullisella luvalla, mutta siitä tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin. Ilman lupaa potilaan tietoja voidaan siirtää esimerkiksi silloin, kun potilaalla ei ole esimerkiksi mielenterveysongelman tai kehitysvammaisuuden vuoksi edellytyksiä arvioida tiedonsiirtämisen tärkeyttä tai hän on tajuton, eikä hänellä ole nimettyä laillista edustajaa. Mikäli potilas on täysi-ikäinen ja muuten kykenevä päättämään asioistaan, hänellä on oikeus kieltää tietojensa luovuttaminen. (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2010.)

2.13 Seuranta- ja palautejärjestelmä

Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009-2013 tavoitetilana vuoteen 2013 mennessä on ankkuroida potilasturvallisuus toiminnan rakenteisiin sekä toimintatapoihin, siten myös hoito on vaikuttavaa ja turvallista. Tavoitteena strategialla on saada potilas osallistumaan potilasturvallisuuden parantamiseen ja sitä hallitaan ennakoivasti sekä oppimalla. Vaaratapahtumista raportoidaan ja niistä myös opitaan. Edistetään potilasturvallisuutta suunnitelmallisesti sekä riittävin voimavaroin ja se huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa sekä opetuksessa. Strategia kuvaa potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet lääkehoidon turvallisuuden osalta lääketurvallisuuteen sekä lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuuteen sisältyy lääkkeen haittavaikutukset, onko haittavaikutus vakava tai odottamaton. Lääkitysturvallisuuteen kuuluu lääkityspoikkeamat ja niiden seuraukset lääkepoikkeaman tekemisestä tai tekemättä jättämisestä. Myös potilaan saama riittävä tieto omasta sairaudestaan sekä siihen liittyvästä lääkehoidosta korostuu. Haittatapahtuman sattuessa, myös avoimuus sen kertomisesta potilaalle sekä hänen halutessaan myös hänen läheisilleen korostuu. Avoimuutta tukee anteeksipyyntö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006 3-21.)

WHO:n tutkimuksen mukaan 7-10 prosenttia akuutin hoitotyön potilaista joutuu jonkinlaisen lääkepoikkeaman kohteeksi. Yleisimpiä lääkehoidon virheitä ovat virheellinen diagnoosi, lääkkeen antaminen väärälle potilaalle, väärä annostus tai antotapa. Lääkepoikkeamien vähentämiseksi tulisi kiinnittää huomiota työrauhan varmistamiseen silloin kun ollaan tekemisissä lääkkeiden kanssa. Lääkkeenjako tilan tulisi olla rauhallinen ja koko työyhteisön tulisi antaa lääkkeiden jakajalle työrauha. (Sairaanhoitajaliitto 2008.)

Yksi turvallisen lääkehoidon tärkeimmistä asioista on kaksoistarkistus, jossa on tarkoituksena tarkastaa toisen tekemä työ. Ajatuksena se, että harvoin kaksi ihmistä tekee samaa virhettä. Ajatellaan että paras tapa toteuttaa kaksoistarkastusta olisi se, että lääkkeenjako osallistuisi kaksi henkilöä. Henkilöistä toinen lukee lääkemääräyksestä määrätyn lääkkeen nimen, vahvuuden ja annostuksen. Toinen henkilöistä jakaa lääkkeen ja samalla toistaa ääneen lääkkeen nimen, vahvuuden ja annostuksen. Näin lääke tulee heti tarkastettua kahteen kertaan. Aina ei ole mahdollisuutta kaksoistarkastaa lääkettä silloin, kun lääkkeitä jaetaan, vaan tarkastus voidaan tehdä myös silloin kun lääke vietään potilaalle. (Sairaanhoitajaliitto 2008.)

Sen jälkeen, kun on varmistettu, että lääke on jaettu oikein, on virheen mahdollisuus edelleen olemassa. Voi käydä niin, että lääke annetaan väärälle potilaalle, tai sitten lääkkeen antotapa on ohjeen vastainen. Näitä virheitä voidaan välttää siten, että ennen lääkkeen antoa tarkastetaan potilaan nimi esimerkiksi kysymällä tai tarkistamalla potilasrannekkeesta.

Lääkkeen vahvuus, annostus ja antoaika tarkastetaan vielä kerran, samalla tarkistetaan lääkkeenanto reitti. Vielä ennen lääkkeen antamista kerrotaan potilaalle mitä lääkettä hänelle ollaan antamassa. (Sairaanhoitajaliitto 2008.) Hoitoympäristöstä johtuvia lääkepoikkeamien syitä ovat esimerkiksi potilaiden suuri vaihtuvuus ja hoitajien vähäys potilasmääriin nähden. Poikkeamiin on kuitenkin toisinaan syynä myös hoitajien puutteelliset tiedot ja taidot, sekä kokemuksen puute. (Veräjäkörva ym. 2006, 99.)

Lääkepoikkeaman jälkeen on tärkeää ryhtyä heti toimeen. Tärkeintä on varmistaa potilaan elintoiminnot. Seuraavaksi tulee ottaa yhteyttä lääkäriin mahdollisten jatko-ohjeiden saamiseksi. Myös potilaalle tulee rehellisesti kertoa tapahtuneesta ja hänen vointiaan tulee tarkkailla lääkärin antamien ohjeiden mukaan. Sitten kun tilanne on hallinnassa, tulee asiasta tehdä vaaratapahtuma ilmoitus. Ilmoituksen tekeminen ja tilanteen kuvaaminen siihen on tärkeää, jotta asiasta voidaan ottaa opiksi ja jatkossa välttää vastaavia virheitä. (Sairaanhoitajaliitto 2008.)

Turvallisen lääkehoidon myötä on kehitetty kaavake jolla ilmoitetaan lääkehoidon poikkeamista. On ajateltu että tulevaisuudessa voitaisiin kehittää kansallinen rekisteri, johon lääkepoikkeamat ilmoitetaan, toistaiseksi ne ovat kuitenkin lähinnä työyhteisöjen käytössä. Raportin tarkoitus ei ole syyllistää lääkepoikkeaman tehnyttä vaan olla oppina kaikille työyhteisössä oleville, niin ettei vastaavia poikkeamia enää tulisi. Raportin lisäksi sairaanhoitajat toivoisivat, että kollegat kertoisivat heille mikäli huomaavat lääkepoikkeaman tapahtuman. Kun hoitaja tekee lääkepoikkeaman, hän tarvitsee tukea sekä esimieheltään, että kollegoiltaan saadakseen ammatillisen itsetuntonsa takaisin. (Suikkanen, Kankkunen & Suominen 2009.)

3 Menetelmät

Opinnäytetyön tutkimusmenetelminä on käytetty määrällistä ja laadullista tutkimusta. Opinnäytetyön kyselylomakkeiden tulosten analysointiin on käytetty määrällistä ja laadullista sisällönanalyysia. Määrällistä sisällönanalyysia käytettiin kyselylomakkeiden monivalintakysymysten analysointiin ja laadullisella sisällönanalyysillä analysoitiin kyselylomakkeessa olleet avoimet kysymykset.

3.1 Laadullinen ja määrällinen tutkimus

Laadullisen, eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, ajatuksen lähtökohtana on, että todellisuus on moninainen, mutta kuitenkin tutkimuksessa on otettava huomioon, ettei todellisuutta pysty pilkkomaan mielivaltaisesti osiin. Kohteen

tutkiminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti on kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus. Arvolähtökohdistaan ei myöskään tutkija voi sanoutua irti, koska arvot muokkaavat sitä, miten ymmärrämme tutkimiamme ilmiötä. Perinteisessä mielessä myöskään objektiivisuuden saavuttaminen ei ole mahdollista, koska tutkija ja se mitä tiedetään kietoutuvat toisiinsa saumattomasti. Tulokseksi voidaan saada vain ehdollisia selityksiä johonkin paikkaan ja aikaan rajoittuen. Yleisesti voidaan todeta, että laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena löytää tai paljastaa tosiasioita enemmän kuin todentaa jo olemassa olevia totuuksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Luonteeltaan kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa ja aineisto kootaan luonnollisissa sekä todellisissa tilanteissa. Ihmistä suositaan tiedonkeruun instrumenttina. Hankittavan tiedon keruussa tutkija luottaa omiin havaintoihinsa, sekä keskusteluihin tutkittaviensa kanssa enemmän kuin mittausvälineillä, kuten kynä-paperi testeillä, hankittuihin tietoihin. Täydentävän tiedon hankinnassa kuitenkin monet tutkijat käyttävät apuna myös lomakkeita ja testejä. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Kvantitatiivinen tutkimus pystytään erottelamaan erilaisiin tutkimuksellisiin vaiheisiin sekä tarkasti rajattuihin toimintoihin, liittyen laskemiseen. Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta voidaan siten nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi, jonka avulla pyritään selvittämään riippuvuuksia eri asioiden välillä tai muutoksia, joita on tapahtunut tutkittavassa ilmiössä. Otoksen tulee olla riittävän suuri ja aineistoa yleensä kerätään standardoiduilla tutkimuslomakkeilla, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Kysyttävien asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla ja tulokset voidaan esitellä käyttäen erilaisia taulukoita ja kuvioita. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan yleensä selvitettyä tutkimuksen kohteena oleva tilanne, mutta asioiden syiden selvittely jää usein pinnalliseksi, koska tutkija ei pääse tarpeeksi syvälle tutkimuksen kohteena olevien maailmaan. (Heikkilä 2004, 16.)

Perusominaisuuksia kvantitatiiviselle tutkimukselle ovat edellisistä tutkimuksista tehtävät päätelmät, eri konseptien määrittäminen sekä aiempi teoriatieto. Kerätyn tutkimusaineiston hankkiminen tulee olla etukäteen suunniteltua ja perustua kvantitatiiviseen, numerolliseen määrittelyyn. Oleellinen ryhmittymä määritellään ja siitä ryhmittymästä otetaan otos, jota tutkitaan. Havainnointiprosessi on ennakoivaa työtä kvantitatiivisessa tutkimuksessa, kun keskitytään esimerkiksi kyselylomakkeen suunnitteluun. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa haastattelu sisältää strukturoitujen kyselyjen esittämisen joko ennalta suunnitellulle tai sattumanvaraiselle joukolle. (Lindroos & Pakarinen 2008, 10.)

3.2 Kysely

Opinnäytetyön kyselyn otoksena on kuusi vanhuspalveluysikköä lostin alueella, kaikki kuusi yksikköä täyttivät webropol-kyselyn. Osa lomakkeista oli täytetty puutteellisesti, kyselylomakkeista näkyi myös se, että yksiköiden lääkehoito on eritasoista, johtuen työpaikkojen erilaisesta ympäristöstä.

Kyselytutkimus on tärkeä tapa kerätä tietoa esimerkiksi ihmisten mielipiteistä, toiminnasta, asenteista tai arvoista. Kyselytutkimuksen avulla voidaan myös tarkastella tietoja esimerkiksi erilaisista yhteiskunnan ilmiöistä. Kyselytutkimuksessa vastaajalle esitetään kysymyksiä kyselylomakkeen avulla, lomake on tutkimusväline joka soveltuu monenlaisiin tutkimuksiin, kuten katukyselyihin, mielipidetiedusteluihin ja palautemittauksiin. Kyselytutkimukset ovat yleensä määrällisiä tutkimuksia, joissa käytetään tilastollisia analysointi menetelmiä. (Vehkalahti 2008, 11-13) Kyselylomakkeella voidaan myös minimoida vastausvirheet, joita saattaa syntyä esimerkiksi haastattelututkimuksessa silloin, kun haastatteliija yrittää tulkitä haastateltavan epätasällisiä vastauksia. Kyselylomakkeen täyttö on myös esimerkiksi haastattelua nopeampaa ja takaa kaikille osallistuville tasapuolisen tilanteen. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 42.)

Kyselylomakkeessa voi olla avoimia, sekä suljettuja osioita, Avoimessa osiossa kysymyksiin vastataan vapaamuotoisesti, kysymykset voivat olla esimerkiksi suljetun osion kysymyksiä tarkentavia. Vaikka sanallisten vastausten analysointi on hidasta ja työlästä, se on kuitenkin tärkeää tutkimuksen kannalta. Avoimissa kysymyksissä saattaa tulla ilmi jotain mikä ei suljetuissa kysymyksissä selviä, mutta on kuitenkin oleellista tutkimuksen kannalta. Mikäli vaihtoehtoja ei voida tai haluta luetella, ovat avoimet kysymykset välttämättömiä. (Vehkalahti 2008, 13, 24-25.)

Suljetuissa osioissa vastausvaihtoehdot on annettu valmiiksi, tällöin on kiinnitettävä huomiota siihen, että vastausvaihtoehtojen tulee olla toisensa pois sulkevia. Suljetuissa kysymyksissä käytettävä luokittelu on hyvä miettiä etukäteen tarkasti, koska sitä ei voida enää jälkepäin muuttaa. Kyselytutkimuksissa suljetut osiot ovat yleisemmin käytettyjä, koska niiden avulla selviää paremmin tilastollisen analyysin kannalta keskeiset asiat. (Vehkalahti 2008, 24-25.)

3.3 Analyysimenetelmät

3.3.1 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysiprosessia pidetään laadullisen ja aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina. Se on menetelmä, jolla pystytään analysoimaan suullista ja

kirjoitettua kommunikaatiota ja sen avulla voidaan myös tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia sekä yhteyksiä. Kommunikaatioteoria ja tutkimus sekä kommunikaatioprosessien tutkiminen ovat sisällönanalyysin perusta. Menetelmä otettiin käyttöön 1950-luvulla sosiaalitieteessä tieteellisenä menetelmänä. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan tiivistämistä saadusta tietoaaineistosta siten, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi tai, että saadaan selville tutkittavan aineiston väliset suhteet. Sisällönanalyysimenetelmällä pystytään tekemään havainnot dokumenteista sekä analysoimaan niitä systemaattisesti. Sisältö dokumenteista kuvataan tai selitetään sellaisenaan. Niistä voidaan myös kerätä tietoa tai tehdä päätelmiä muista ilmiöistä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21-23.)

Sisällönanalyysia koskeva tieto on hyvin hajanaista, mutta menetelmää kuitenkin käytetään monella eri tavalla. Sisällönanalyysilla voidaan objektiivisesti sekä systemaattisesti analysoida dokumentteja. Sen avulla pystytään järjestämään, kuvailemaan sekä kvantifioimaan tutkittavaa ilmiötä. Menetelmä sopii erinomaisesti strukturoimattomaan aineistoon ja sitä voidaan käyttää puheiden, dialogien, raporttien, artikkeleiden ynnä muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sillä pyritään kuvaamaan tutkittava ilmiö tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysin lopputuloksena on tuottaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä sekä käsitejärjestelmä ja käsitekartta. Sisällönanalyysi on prosessina aikaa vievä sekä vaativa analyysimenetelmä. Jokainen tutkija kehittää apuvälineitä itselleen analyysin helpottamiseksi. Apuvälineitä ovat esimerkiksi erilaiset matriisit ja listat sekä tietokoneohjelmien mahdollisuus tietojen muokkaukseen kerätystä aineistosta. Huolellisesti sekä asianmukaisesti käytettynä sisällönanalyysin avulla voidaan tuottaa uutta tietoa sekä muodostaa käsitejärjestelmiä, -karttoja sekä malleja. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5, 10-11.)

Sisällönanalyysiprosessiin kuuluvat seuraavat vaiheet, analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta, sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Analyysiprosessiin kuuluvat eri vaiheet, voivat esiintyä samanaikaisesti ja analyysi on usein edellä mainittuja vaiheita monivaiheisempi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24.)

3.3.2 Määrällinen analyysi

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston analysointi voidaan aloittaa, kun aineiston keräämisen määräaika on umpeutunut. Aineiston käsitellään siten, että saadut tulokset syötetään tietokoneelle numeraaliseen muotoon ja niitä voidaan käsitellä esimerkiksi

taulukko-ohjelmilla. Tutkijan tulisi käydä läpi palautetut kyselylomakkeet ja poistaa joukosta mahdollisesti asiattomasti täytetyt lomakkeet. (Vilka 2007, 106.)

Määrälliset tutkimukset voidaan esittää esimerkiksi taulukoin, kuvioin tai tekstillä. Tulosten esittämisen tulisi olla objektiivista eli tutkijan oma mielipide ei saa vaikuttaa siihen, että tulokset esitettäisiin niin, että niistä voi saada väärän kuvan. Taulukko on hyvä esitystapa silloin, kun numeraalista tietoa on paljon. Kuviolla taas voidaan nopeasti antaa yleiskuva jakautumasta. Kuitenkaan taulukot tai kuvat yksin eivät riitä, vaan tutkijan on hyvä avata tuloksia myös sanallisesti. (Vilka 2007, 135.)

3.4 Tutkimusetiikka

Eettiset kysymykset ovat asioita, joita tutkijan on otettava huomioon tutkimuksen teossa. Tutkimuseettiset periaatteet, jotka liittyvät tiedonhankintaan sekä julkistamiseen, tulee olla yleisesti hyväksytyjä. Jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla on tuntea eettiset periaatteet sekä toimia niiden mukaisesti. Tutkimuksen ollessa eettisesti hyvä, edellytetään, että tutkimuksen teossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu, että tutkija sekä tieteelliset asiantuntijat noudattavat toimintatapoja, jotka tiedeyhteisö on tunnustanut. Tällä tarkoitetaan rehellisyyttä, yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa ja esittämisessä ja myös tulosten arvioinnissa. Tutkijan ja tieteellisten asiantuntijoiden on myös sovellettava tieteellisen tutkimuksen tiedonhankinta-, tutkimus- sekä arviointimenetelmiä, jotka täyttävät kriteerit ja ovat eettisesti kestäviä sekä noudattavat avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkistaessaan, tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluun. Heidän on otettava huomioon myös muiden tutkijoiden saavutukset asianmukaisella tavalla, kunnioittamalla heidän työtään sekä antamalla toisten saavutuksille niille kuuluva arvo ja merkitys omassa tutkimuksessaan sekä sen tuloksia julkistaessa. Tutkimuksen tulee myös olla suunniteltu, toteutettu sekä raportoitu yksityiskohtaisesti tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla ja jäsenten, jotka liittyvät tutkimusryhmään, tulee määritellä jäsenten asemat, oikeudet sekä osuus tekijyydestä. Vastuut ja velvollisuudet, tutkimustulosten omistajuus sekä se, miten aineistot säilytetään, tulee myös määritellä ja kirjata kaikkien osapuolien hyväksymällä tavalla, jo ennen tutkimuksen aloittamista tai tutkijan rekrytoimista tutkimusryhmään. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-24.)

Eettisen näkökulman kannalta on keskeistä, että kerätty aineisto analysoidaan luotettavasti hyödyntäen koko saatua aineistoa. Kyselylomaketutkimuksessa ei voida jättää analysoimatta yhtään kysymystä, mikäli tietolähteet ovat siihen vastanneet. Tutkija on halunnut vastauksen johonkin tiettyyn kysymykseen tietolähteiltään ja saadut vastaukset on myös huomioitava, vaikka tulosten analysoinnissa tulisi ongelmia tai analysointi pitkittyisi tai vastaukset eivät

tuottaisi mielenkiintoisia tuloksia. Hoitotyöntekijän täytyy pystyä arvioimaan saamansa analyysin luotettavuutta pystyäkseen käyttämään tuloksia omassa työssään.

Tutkimushankkeessa, joka on toisen johtama, hoitotyöntekijä sitoutuu omalta osaltaan tutkimuksen kohteeseen sekä selvittämään tutkimusongelmia. Hoitotyöntekijän on itse arvioitava täyttyykö hankkeessa sellaiset eettiset kriteerit, mitkä hän pystyy myös hyväksymään myös omalle toiminnalleen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 289, 292.)

Lohjan kaupungin Turvallisen lääkehoidon -ohjausryhmä päätti kokouksessaan 27.10.2009, että Lohjan Laurea ammattikorkeakoulun opiskelijoiden tekemiin, projektiin liittyviin, opinnäytetöihin ei tarvita erillistä tutkimuslupaa. Asia on kirjattu projektisuunnitelmaan.

3.5 Hankekuvaus

Tämän opinnäytetyön työstäminen alkoi opinnäytetyön rekrytointipajalla 15.9.2009. Syksyn 2009 ajan kerättiin teoria- ja tutkimustietoa turvalliseen lääkehoitoon liittyen. 18.11.2009 piti substanssiin liittyvä teoreettinen tietopohja palauttaa arvioitavaksi. Joulukuussa 2009 kirjaamisen pajassa ohjeistettiin kielenhuoltoon liittyvissä asioissa ja alustava suunnitelma esiteltiin tammikuussa 2010. Projektikoordinaattori Laura Raudasoja teki webropol kyselylomakkeet ja jakoi ne hankkeeseen osallistuviin yksiköihin. Webropol-kyselyiden viimeinen palautuspäivä oli alun perin 10.1.2010, mutta yksiköiden pyynnöstä palautusaikaa jatkettiin viikolla. 22.1.2010 saimme kyselyjen vastaukset Laura Raudasojalta sähköpostitse. Opinnäytetyön alustavat tulokset esiteltiin 26.3.2010 Lohjan terveyskeskuksen kokoustilassa hankkeen yhteistyökumppaneille. Opinnäytetyö oli julkaisuseminaarissa 5.5.2010.

4 Lääkehoidon nykytilan kuvaus Lostin alueen vanhuspalveluyksikössä

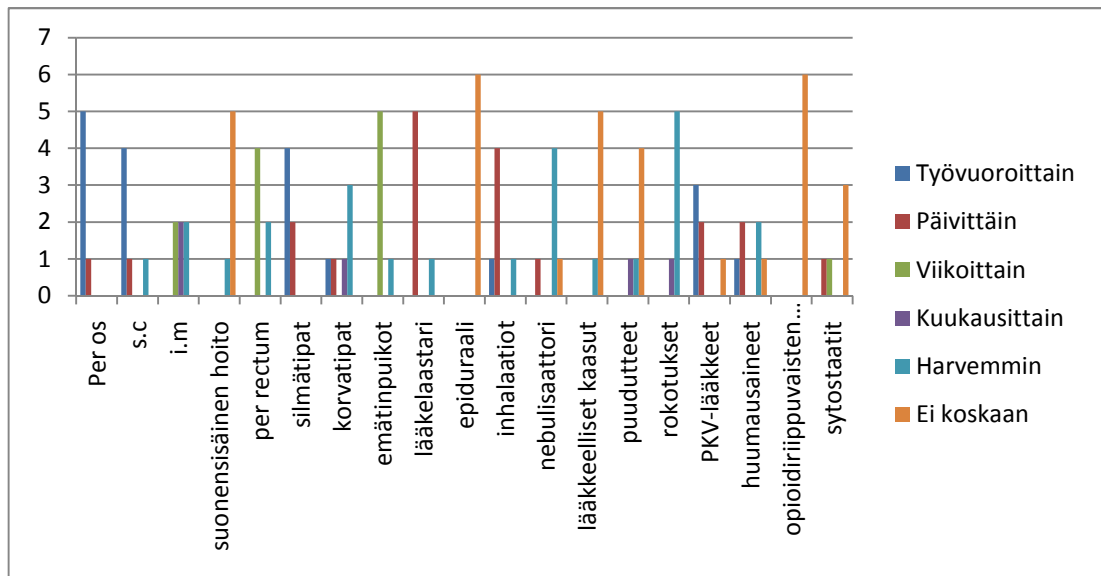
4.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Kuudesta tutkimastamme yksiköstä kaksi kuuluu kotihoidon, kolme vanhusten asumispalvelujen ja yksi vanhusten laitospalvelujen piiriin. Yksiköissä hoidettavat potilaat ovat yli 18-vuotiaita. Yksiköistä yhdessä tarjotaan ympärivuorokautista pitkäaikaishoitoa, yhdessä avohoitoa, yhdessä sekä avo-, että ympärivuorokautista hoitoa. Lisäksi yksi yksiköistä on asumispalveluyksikkö, yksi kotihoidon yksikkö ja yksi dementia yksikkö.

Yksiköissä hoidettavien potilaiden hoidontarve on vaihteleva, yhdessä yksikössä hoidetaan vain dementoituneita potilaita, yhdessä yksikössä potilaat ovat pitkäaikaisia ja ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevia. Neljässä yksikössä kerrottiin hoidettavan eri sairauksia sairastavia potilaita ja yhdessä vastauksessa oli mainittu myös potilaiden kuntoutus.

Kolmessa yksikössä on käytössä vastuu/omahoitajuus, sekä kahdessa yksikössä tiimi/ryhmätyö. Yhdessä yksikössä on käytössä, sekä vastuu/omahoitajuus, Tiimi/ryhmätyö, että yksin työskentely.

Työyksiköissä tiedossa olevia toiminnanmuutoksia oli yhdessä yksikössä apteekin jakamien annospussien tuleminen käyttöön kevään 2010 aikana ja yhdessä yksikössä on tulossa käyttöön apteekin jakamat dosetit. Kahdessa yksikössä kerrottiin yöhoidon alkavan tammikuussa 2010. Yhdessä yksikössä vuoden 2010 alussa on tulossa työryhmä selvittämään yksikön tulevaisuutta. Yksi yksikkö ei vastannut kysymykseen.



Kuvio 1: Työyksiköiden lääkemudot

Kuviossa 1 (numerot kuvion vasemmassa reunassa tarkoittavat työyksiköitä) on kuvattuna yksiköissä käytössä olevat lääkemudot, yksiköissä yleisimmin käytetään suun kautta annettavia lääkkeitä, myös injektiot ihon alle ovat lähes päivittäin käytettyjä. Pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä käytetään yksiköissä yleisesti. Opioidiriippuvaisten lääkkeitä, sekä epiduraaliltaan annettavia lääkkeitä yksiköissä ei käytetä koskaan.

Yksiköiden lääkehoidon riskitekijöiksi oli yhdessä yksikössä mainittu se, että lääkkeet tulisi jaettua oikein. Muissa yksiköissä ei kerrottu riskitekijöitä tai ongelmia olevan.

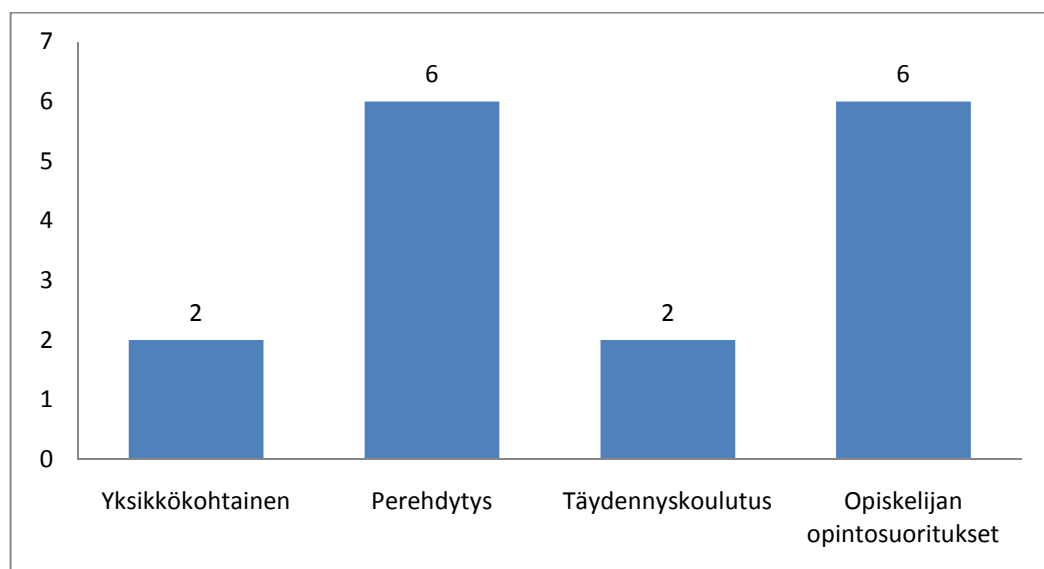
Henkilöstörakenteen kerrotaan yksiköissä muodostuvan seuraavasti: Yhdessä yksikössä kerrotaan olevan toiminnasta vastaava lääkäri ja kolmessa yksikössä osastolääkäri. Jokaisessa yksikössä enemmistö henkilökunnasta on perus- ja lähihoitajia. Joka yksikössä on aamuvuorossa, viidessä yksikössä iltavuorossa ja yhdessä yksikössä yövuorossa perus- ja lähihoitajia. Jokaisessa yksikössä sairaanhoitajia on 1-4. Kolmessa yksikössä sairaanhoitaja on työssä aamuvuorossa, yhdessä yksikössä on sairaanhoitaja iltavuorossa, yövuoroissa ei ole

sairaanhoitajia. Kahdessa yksikössä henkilökuntaan kuuluu lääkekoulutuksen saanut sosiaalihuollon ammattihenkilö. Yhdessä yksikössä henkilökuntaan kuuluu lääkehoitoon kouluttamaton henkilö. Kolmessa yksikössä työskentelee palvelualuepäällikkö. Henkilökunta määrät työvuoroittain vaihtelivat, riippuen yksiköiden koosta.

4.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Yksiköissä arvioidaan pätevän henkilöstön osaamista tarkastamalla tutkinto- ja työtodistukset. Kolmessa yksikössä arviointiin käytetään lisäksi lääkkeidenjaon kaksoistarkastusta sekä neljässä yksikössä arviointi tapahtuu kehityskeskusteluissa. Epäpäteviltä työntekijöiltä osaamista arvioidaan tarkastamalla tutkinto- ja työtodistukset neljässä yksikössä. Kolmessa yksikössä epäpätevät eivät saa osallistua lääkehoitoon. Yhdessä yksikössä osaamista arvioidaan lisäksi lääkkeiden kaksoistarkastusten yhteydessä. Yhdessä yksikössä kerrotaan epäpätevät työntekijät arvioitavan opiskelija-arvioinneissa sekä tarkastamalla opiskelijan opintosuoritukset ja lääkehoitopassi. Kahdessa yksikössä mainittiin, että epäpätevät hoitajat eivät saa jakaa lääkkeitä dosettiin, mutta voivat antaa niitä asukkaille.

Opiskelijoiden osaamista viidessä yksikössä arvioidaan tarkastamalla tutkinto- ja työtodistukset. Neljässä yksikössä opiskelijan osaamista arvioidaan opiskelija-arvioinneissa. Kolmessa yksikössä opiskelijan osaamisen arviointia suoritetaan myös lääkkeenjaon kaksoistarkastuksen yhteydessä. Viidessä yksikössä tarkistetaan opintosuoritukset tai lääkehoitopassi. Kaikissa yksiköissä opiskelija saa osallistua lääkehoitoon. Lääkehoidon osaamisen ja koulutustarpeiden arviointiin koettiin riskitekijöinä se, että ei ole tarkkaa tietoa keikkalaisten osaamistasosta sekä potilaiden ja hoitajien vaihtuvuus. Yhtenä riskitekijänä koettiin myös opiskelijoiden eri tahtiin etenevät koulutukset.



Kuvio 2: Henkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistaminen

Kuviossa 2 (numerot kuvion vasemmassa reunassa tarkoittavat työyksiköitä)

on kuvattu henkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistamista yksiköissä. Kaikissa yksiköissä on käytössä perehdytys sekä opiskelijan opintosuoritusten seuranta/ lääkehoitopassi.

Kahdessa yksikössä on lisäksi käytössä yksikkökohtainen lupakäytäntö ja kahdessa yksikössä täydennyskoulutus.

Yksiköissä perehdyttämisestä vastaa perehdyttäjäksi nimetty hoitaja tai vastaava lääkäri.

Perehdytyksessä käytössä on lääkehoitoa käsittelevää kirjallisuutta (kaksi yksikköä) sekä nimetty perehdyttäjä (kolme yksikköä), erilaisia lääkehoito-ohjeita on käytössä yhdessä yksikössä, yhdessä yksikössä ei kyselyn mukaan ole käytössä mitään perehdytyksen välineitä. Lääkehoidon osaamisen varmistamisen ongelmakohtia yksiköissä oli perehdytysuunnitelman keskeneräisyys sekä ajanpuute.

Kaikissa yksiköissä on lääkehoidon osaamisen ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi käytössä tietoverkko sekä Pharmaca Fennica. Viidessä yksikössä on käytössä lääke-esitteet, koulutukset sekä kollegakonsultaatio. Neljässä yksikössä on käytössä lääke-esittely, farmaseutin konsultaatio, osastotunti, lääkehoidon käsikirja, kehityskeskustelu sekä opiskelija-arviointi. Kolmessa yksikössä käytössä ovat toimipaikkakoulutus sekä osastotunti. Kahdessa yksikössä käytössä ovat yhteiset käytännöt ja niiden kehittäminen ja yhdessä yksikössä käytössä on lääkekeskuksen antama tuki. Lääkehoidon kehittämisen ongelmakohtaksi oli yhdessä yksikössä mainittu tiedon kulku kaikille työntekijöille, muut yksiköt eivät olleet vastanneet kysymykseen.

Yksiköistä viidessä järjestetään lääkehoidon koulutusta, kaikissa näissä yksiköissä kerrottiin koulutuksen olevan epäsäännöllistä, kolmessa yksikössä koulutus järjestetään luentoina, lisäksi yksiköissä on käytössä kirjallista materiaalia, koulutusta järjestetään sekä ulkoisesti, että sisäisesti. Koulutus on kohdennettu joko kaikille tai tietyille työntekijäryhmille. Kolmessa yksikössä koulutusta antaa lääkeyritys ja neljässä yksikössä farmaseutti, yhdessä yksikössä mainittiin koulutuksen antajaksi hoitaja ja yhdessä yleislääkäri. Yhdessä yksikössä lääkekoulutuksen antajaksi mainittiin Lost.

Yksiköissä ei ole käytössä lääkehoidon täydennyskoulutusrekisteriä. Lääkehoidon koulutukseen osallistumista seurataan neljässä yksikössä siten, että koulutuksiin ilmoitaudutaan Lohkon tai Hjalmarin kautta, kahdessa yksikössä lääkehoidon koulutukseen osallistumista ei seurata. Koulutuksista saatu tieto jaetaan viidessä yksikössä suullisesti ja lisäksi neljässä yksikössä myös kirjallisesti. Yhdessä yksikössä tietoa ei jaeta. Suullisesti tietoa kerrottiin jaettavan osastotunnilla ja viikkopalavereissa ja kirjallisesti siten, että luento materiaalit ovat esillä, sekä esitteillä. Lääkekoulutuksissa saadun tiedon avulla kerrottiin muuttuneen lääkelaastarien käyttöä ja sen, että lääkekipoihin nyt kirjataan potilaiden nimet. Viidessä yksikössä

kysymykseen ei vastattu. Lääkehoidon koulutuksen hyödyntämisen riskitekijöiksi mainittiin kahdessa yksikössä se, että saatu tieto ei välttämättä tule kaikille tiedoksi, neljän yksikön vastauksissa ei mainittu riskitekijöitä.

4.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Kysymykseen siitä, ovatko eri ammattiryhmien lääkehoitoon liittyvät vastuut, velvollisuudet ja työnjako selkeästi määritelty, oli viidessä yksikössä vastattu: ei. Syyksi tähän oli mainittu esimerkiksi ajanpuute, jonka vuoksi vastuualueita ei selkeästi rajattu sekä huono organisointi. Yhdessä yksikössä vastuualueet oli jaettu, siellä lääkäri osallistuu kierrolle, hoitaja seuraa asiakkaan vointia ja raportoi lääkärille, lääkäri antaa määräykset, jotka hoitaja toteuttaa. Yksikössä sairaanhoitaja ja lähi/perushoitaja tekevät yhteistyötä. Opiskelijat ja sijaiset osallistuvat lääkehoidon suunnitteluun, organisointiin, toteuttamiseen ja seurantaan.

Kolmessa yksikössä lääkehoitoon liittyviä tehtäviä siirretään henkilöltä toiselle, siten että tehtäviä siirretään kahdessa paikassa sairaanhoitajalta lähihoitajalle ja päinvastoin ja yhdessä yksikössä vuoronvaihdon yhteydessä. Tehtäviä kerrottiin siirrettävän delegoimalla ja sekä suullisella ja kirjallisella raportilla. Kahdessa yksikössä tehtäviä ei siirretä ja yksi yksikkö ei ollut vastannut kysymykseen.

Yksiköissä konsultoitavissa oleviksi moniammatillisiksi tahoiksi oli viidessä yksikössä mainittu diabeteshoitaja, kolmessa yksikössä kipuhoitaja, kahdessa yksikössä muistihoitaja, sekä yhdessä yksikössä rokotushoitaja. Konsultointi yksiköissä toteutetaan kaikissa viidessä yksikössä puhelimitse ja lisäksi yhdessä yksikössä oli mainittu yhteydenotto sähköpostitse. Lääkehoidon tehtäviin ja vastuualueisiin liittyviä ongelmakohtia ei ollut mainittu.

4.4 Lupakäytännöt

Yksiköiden lääkelupiin liittyvissä näytöissä neljässä yksikössä sairaanhoitajat eivät anna näyttöä, yhdessä yksikössä sairaanhoitajan näytön ottaa vastaan työnantajan edustaja (lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja/terveydenhoitaja tai osastonhoitaja) ja yhdessä yksikössä lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja/terveydenhoitaja tai osastonhoitaja arvioi osaamisen ilman näyttöä. Lähi/perushoitajilla ei kolmessa yksikössä ole lääkehoidon lupiin liittyvää näyttöä, yhdessä yksikössä näytön ottaa vastaan lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja/terveydenhoitaja tai osastonhoitaja ja yhdessä yksikössä osaaminen arvioidaan ilman näyttöä (sairanhoitaja/terveydenhoitaja tai osastonhoitaja). Yhdessä yksikössä lääkekoulutettu sosiaalihuollon työntekijöiden osaaminen arvioidaan ilman näyttöä (sairanhoitaja/terveydenhoitaja tai osastonhoitaja) Yhdessä yksikössä kerrotaan kouluttamattoman saavan antavan suullisen näytön ja toisessa yksikössä ei ole näyttöä

lainkaan. Kolmessa yksikön vastauksissa ei ole mainintaa opiskelijoiden näytöistä, yhdessä yksikössä kerrotaan palvelualuepäällikön ottavan vastaan lähihoitajaopiskelijoiden näytöt, ja kahdessa yksikössä opiskelijoilla ei ole näyttöä.

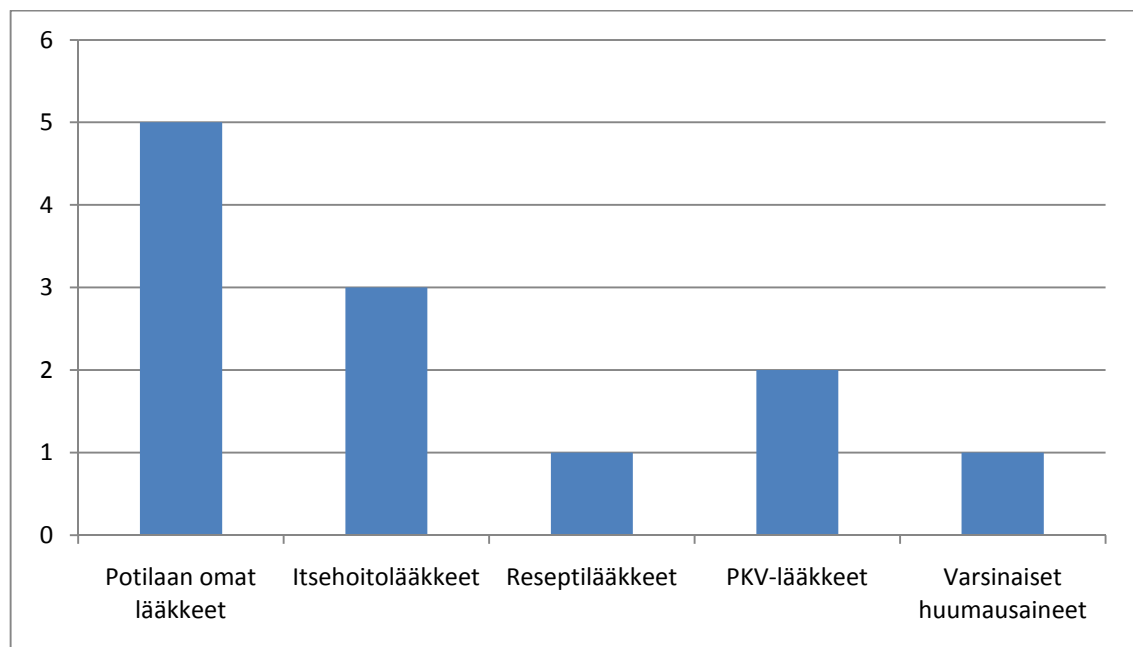
Taulukko lääkehoidon lupakysymyksistä oli monissa yksiköissä täytetty puutteellisesti, joten selkeitä tuloksia sen perusteella ei ole mahdollista saada. Taulukon perusteella sairaanhoitaja tarvitsee näissä yksiköissä lisäkoulutusta vain rokottamiseen, sekä yhdessä yksikössä lääkekaapin avaimien säilytykseen. Perus- ja lähihoitaja tarvitsee yhdessä yksikössä lisäkoulutusta lääkkeen jakamiseen lääkelasiin/dosettiin, huumausainelääkkeiden käsittelyssä, sekä injektioon pistämisessä lihakseen. Yhdessä yksikössä lääkekoulutettu sosiaalihuollon työntekijä voi tehdä joitain lääkehoitoon liittyviä tehtäviä saatuaan lisäkoulutusta, kuten tilata lääkkeitä, tai saattaa lääkkeitä toimintakuntoon. Kolmessa yksikössä kouluttamaton työntekijä voi antaa suun kautta lääkkeitä, laittaa läikevoiteita, rektaalisia lääkkeitä, emätinpuikkoja, silmä-, nenä- tai korvatippoja, sekä antaa inhalaatioita saatuaan lisäkoulutuksen. Opiskelijat (sairanhoitaja, lähihoitaja) saavat yksiköissä osallistua lääkehoitoon ohjatusti ja valvotusti. Riskitekijänä lääkehoidon lupakäytännöissä mainittiin se, että saattaa olla epä tietoisuutta kenellä on mikäkin lupa. Kysymykseen lupakäytännöistä vastaajasta kolme yksikköä kertoi, ettei ole lupakäytäntöä. Yhdessä yksikössä vastuu on palvelualuepäälliköllä, yhdellä vastaavalla sairaanhoitajalla ja yhdellä, sekä vastaavalla lääkärillä, että palvelualuepäälliköllä.

Lupaa edellyttämän lääkehoidon lisäkoulutus on yksiköissä järjestetty tarpeen mukaan (kaksi yksikköä). Yhdessä yksikössä koulutusta järjestettiin henkilökohtaisesti ja yhdessä yksikössä satunnaisesti tai tarpeen mukaan, joko henkilökohtaisesti tai ammattiryhmäkohtaisesti. Kahdessa yksikössä koulutusta ei ole järjestetty. Yhden yksikön vastauksessa kerrottiin, ettei koulutukselle ole ollut vielä tarvetta. Vastausten perusteella koulutus on järjestetty hyvin kahdessa yksikössä ja huonosti kahdessa yksikössä, kaksi yksikköä ei ollut vastannut kysymykseen. Vastauksissa ei ollut mainittu riskitekijöitä ja ongelmakohtia joita sisältyisi lääkehoidon lupakoulutuksiin. Lupa on kolmessa yksikössä henkilökohtainen ja kahdessa yksikössä ammattiryhmäkohtainen, yhdessä yksikössä lupa voi olla henkilökohtainen, ammattiryhmäkohtainen, potilaskohtainen tai tilannekohtainen. Kolmessa yksikössä on mainittu luvan olevan kirjallinen. Yksi yksikkö ei vastannut kysymykseen.

Yksiköissä on lupia sekä sairaanhoitajilla (yhteensä kahdeksan kappaletta), että lähi/perushoitajilla (yhteensä kahdeksan kappaletta) ja luvat on myöntänyt, joko ylilääkäri tai osastonlääkäri. Käytössä olevia lääkehoidon lupia ovat esimerkiksi sairaanhoitajan rokotuslupa, lähihoitajan lihakseen pistolupa, N-lääke pistolupa sekä lupa jakaa lääkkeet dosettiin. Lupia säilytetään lupakansiossa (yksi yksikkö), hoitajien kansliassa (yksi yksikkö), lääkekaapissa (yksi yksikkö), henkilöillä itsellään (kolme yksikköä) sekä kahdessa yksikössä kerrottiin rokotusluvan tulleen Pegasos-postin kautta. Kysymykseen lyhytaikaisten sijaisten

lupakäytännöistä kolme yksikköä vastasi, ettei käytäntöjä ole, yhdessä yksikössä sijaisilla on koulutuksen tuomat luvat ja kaksi yksikköä ei vastannut kysymykseen. Lupien kerrottiin kolmessa yksikössä olevan voimassa toistaiseksi, kolmessa yksikössä ei ollut tietoa asiasta. Lupien uusimisesta viidessä yksikössä ei ollut tietoa ja yhdessä yksikössä ne uusittiin 1-5 vuoden välein. Yhdessä yksikössä on määritelty lääkehoidon erillistä lupaa vaativat tasot, tasoja ovat; lääkkeet, joita erilliset luvat koskevat, lääkkeet joita voidaan tarvittaessa käyttää ilman lääkärin erillistä konsultaatiota, henkilöstöryhmät, joita erillinen lupa koskee sekä potilasryhmät, joiden lääkehoidossa vaaditaan erillinen lupa. Kysymykseen lääkehoidon lupien säilytyksen, voimassaolon ja päivityksen riskeistä ja ongelmista ei ollut vastattu.

4.5 Lääkehuolto



Kuvio 3: Yksiköissä käytössä olevat lääkkeet

Kuviossa 3 (numerot kuvion vasemmassa reunassa tarkoittavat yksiköitä)

näkyvät yksiköissä käytössä olevat lääkkeet. Yksiköistä viidessä on käytössä potilaiden omat lääkkeet, sekä kahdessa peruslääkevalikoimaan kuuluvat lääkkeet.

Kysymykseen lääkevalikoiman käyttöön liittyvistä riskitekijöistä ja ongelmakohtista oli vastattu peruslääkevalikoiman muuttuminen, lääkkeiden samankaltaiset nimet, lääkkeiden vanheneminen, sekä säännöllinen lääkekaapin tarkistus.

Yksiköiden lääkkeet toimitetaan apteekista, vaihdellen 1-2 x viikossa, yhdessä yksikössä lääkkeiden tilaamisesta vastaa sairaanhoitaja, yhdessä yksikössä sairaanhoitaja tai lähihoitaja ja muissa se hoitohenkilökuntaan kuuluva joka huomaa puutoksen. Lääkkeiden tilaaminen

tapahtuu viidessä yksikössä siten, että reseptit toimitetaan apteekkiin ja yhdessä yksikössä siten, että lääketilauslomakkeet, joissa sairaanhoitajan ja lääkärin allekirjoitus, lähetetään apteekkiin. Lääkkeiden tilauskäytännöissä on yksiköissä tapahtumassa seuraavia muutoksia: neljään yksikköön tulee koneellinen annosjakelu vuoden 2010 aikana, yhteen yksikköön on tulossa apteekin jakamat dosetit ja yhteen yksikköön on tulossa sähköinen lääketilaus. Lääkkeiden tilaamiskäytäntöjen riskiksi on mainittu se, että lääkkeitä ei tilata ajoissa. Viidessä yksikössä lääkkeet haetaan apteekista, yhdessä yksikössä on kuljetuspalvelu. Yksiköissä lääkkeet ottaa vastaan se, joka hakee ne apteekista, paitsi yhdessä yksikössä, jossa sairaanhoitaja kuittaa saadut lääkkeet. Toimituskäytäntöihin ei vastausten mukaan liity riskitekijöitä tai ongelmakohtia.

Kysymykseen lääkkeiden säilytyksestä yksiköt vastasivat seuraavaa: Avaamattomat lääkkeet säilytetään yksiköistä neljässä lukitussa lääkekaapissa ja yhdessä yksikössä avoimessa lääkekaapissa. Viidessä yksikössä on käytössä jääkaappi ja kahdessa yksikössä viileäkaappi. Yhdessä yksikössä on lukittu lääkehuone ja yhdessä yksikössä avaamattomat lääkkeet säilytetään potilaan kotona. Dosettiin jaetut lääkkeet säilytetään neljässä yksikössä lukitussa lääkekaapissa ja yhdessä yksikössä ne säilytetään avoimessa lääkekaapissa. Yhdessä yksikössä ne säilytetään joko potilaan kotona tai lukitussa lääkehuoneessa. Pussitetut lääkkeet ovat käytössä vain yhdessä yksikössä ja ne säilytetään lukitussa lääkekaapissa. Tarjottimille jaetut lääkkeet on neljässä yksikössä ja ne säilytetään lukitussa lääkekaapissa. Ulkoiset lääkkeet tai valmisteet säilytetään kolmessa yksikössä lukitussa lääkekaapissa, neljässä yksikössä jääkaapissa, kahdessa yksikössä viileäkaapissa ja kahdessa yksikössä lukitussa lääkehuoneessa. Sisäisesti käytettävät D-lääkkeet säilytetään viidessä yksikössä lukitussa lääkekaapissa, kolmessa yksikössä jääkaapissa, kahdessa yksikössä viileäkaapissa yhdessä yksikössä lukitussa lääkehuoneessa ja yhdessä yksikössä potilaan kotona. Sisäisesti käytettävät C-lääkkeet säilytetään viidessä yksikössä lukitussa lääkekaapissa, kolmessa yksikössä jääkaapissa kahdessa yksikössä viileäkaapissa, yhdessä yksikössä lukitussa lääkehuoneessa ja yhdessä yksikössä potilaan kotona. Ensiapulääkkeet säilytetään kahdessa yksikössä lukitussa lääkekaapissa ja yhdessä yksikössä avoimessa lääkekaapissa.

Yhdessä vastauksessa kerrottiin, ettei ole lääkkeenjako huonetta, vaan lukolliset kansliat. Yhdessä yksikössä kerrottiin asiakkaiden insuliinikynien olevan heillä kotona. Viidessä yksikössä kerrottiin lääkkeiden säilytystilojen olevan hyvät ja yhdessä yksikössä puutteelliset. Lääkkeiden säilytyksen riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi mainittiin tilojen pienuus, sekä kalusto hankinnat ja se ettei ole sopivia tiloja. Kaikissa työyksiköissä on useampia avaimia lääkekaappeihin, avainten käyttöön ja säilytykseen liittyviksi ongelmiksi mainittiin se, että avaimet katoavat, tai jää jonkun taskuun. Sekä se, että on vääränlaiset kaapit, ei tiloja, ei suunnitelmia, ja kuka vaan voi päästä kaappeihin.

Lääkkeiden säilytystilojen lämpötilaa ei seurata kolmessa yksikössä lainkaan, kahdessa yksikössä seurattiin jääkaapin lämpötilaa ja yhdessä yksikössä, sekä huoneilmaa, että jääkaappilämpötilaa. Säilytystilojen olosuhdeseurannan riskitekijäksi ja ongelmakohtaksi oli mainittu se, että kanslia on liian kuuma, varsinkin kesäaikaan.

Yksiköissä lääkkeiden valmistamiseen ja käyttökuntoon saattamiseen osallistuvat apteekki (viisi yksikköä) ja yksikön henkilökunta (kuusi yksikköä). Yksiköissä on saatavilla ohjeita lääkkeiden rinnakkaisvaikutuksista (kuusi yksikköä), yhteensopivuudesta (kuusi yksikköä), säilyvyydestä (viisi yksikköä), laimennoksesta (neljä yksikköä) ja lääkkeen antoon liittyvistä asioista (viisi yksikköä).

Lääkkeiden käyttökuntoon saattamistilat, sekä olosuhteet ovat kahdessa yksikössä hyvät ja neljässä puutteelliset. Välineet ja materiaalit ovat yhdessä yksikössä erinomaiset, kahdessa yksikössä hyvät ja kahdessa puutteelliset. Kysymykseen millaista työskentelytapaa lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa käytetään, kerrottiin, että tilat ovat pienet, lääkkeet jaetaan kansliassa ja, että samoja tiloja käytetään kaikkeen. Yhdessä vastauksessa oli huomioitu aseptiikan tärkeys. Lääkkeiden käyttökuntoon saattamisen riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi mainittiin Pienet ja rauhattomat tilat, kansliassa usein rauhatonta ja yleistä hälinää. Työ keskeytyy jatkuvasti. Työn kerrottiin olevan myös epähygieenistä.

Taulukossa 1 (sivu 44) on kuvattu yksiköissä käytössä olevia suojauskeinoja lääkkeitä annettaessa tai käyttökuntoon saatettaessa. Yleisimmin yksiköissä on käytössä hanskat, joita esimerkiksi neljässä yksikössä käytetään aina kun jaetaan suun kautta annettavia lääkkeitä ja viidessä yksikössä aina kun potilaalle laitetaan lääkevoidetta.

Kysymykseen jaettujen/käyttökuntoon saatettujen lääkkeiden säilyvyydestä ja merkinnöistä oli vastattu seuraavaa: Kaikissa vastanneissa yksiköissä lääkkeet jaetaan dosettiin viikoksi kerrallaan, lisäksi yhdessä yksikössä on käytössä kahden viikon annospussit, kelpoisuusaikaa ei merkitä. Lääkelaastareiden käyttöaika on 1-3 vuorokautta laastarista riippuen, kahdessa yksikössä on tapana merkitä laastarin päälle vaihtopäivä. Avatun lääkevoiteen säilyvyysaika yksiköissä katsotaan lääkepaketista, avauspäivä merkitään suojapakkaukseen. Silmä-, korva-, ja nenätipat säilytetään pakkauksen mukaan ja niihin merkitään avauspäivämäärä. injektiot käytetään välittömästi avaamisen jälkeen, tai paketissa olevan ohjeen mukaan, tarvittaessa avauspäivämäärä merkitään pakkaukseen. Insuliinikynät säilyvät kuukauden huoneen lämmössä, niihin merkitään käyttöönottopäivämäärä. Lävistetyt ampullit säilytetään ohjeen mukaan ja niihin merkitään päivämäärä ja kellonaika. Iv-injektiot, lääkkeelliset iv-nesteet ja epiduraalitalaan annettavat lääkkeet eivät ole yksiköissä käytössä. Riskitekijöitä tai ongelmakohtia ei kerrottu valmiiksi jaettujen tai käyttökuntoon saatettujen lääkkeiden säilytykseen tai merkintöihin liittyvän.

Viidessä yksikössä lääkevaraston oma sisäinen valvonta on jatkuvaa ja neljässä yksikössä se on viikoittaista ja yhdessä yksikössä kuukausittaista. Yhdessä yksikössä valvonta epäsäännöllistä ja tapahtuu harvemmin kuin kuukausittain. Tarkastuksen yksiköissä tekee se, joka jakaa lääkkeitä. Yhdessä yksikössä farmaseutti tekee tarkastuksen vuosittain, viidessä yksikössä ei ole tietoa asiasta. Yksiköiden lääkkeitä hävitetään apteekin tai lääkekeskuksen kautta. Yksiköissä ei ole olemassa kirjallisia ohjeita lääkkeitä hävittämistä, mutta viidessä yksikössä käytännöt ovat kuitenkin yhtenäiset, vain yhdessä yksikössä osa lääkkeitä menee roskeisiin. Ongelmakohtia tai riskitekijöitä oli löydetty vain yhdessä yksikössä, heillä koettiin, ettei ole kunnollisia astioita, eikä tarkkaa tietoa mihin lääkkeitä vietään. Yksiköissä ei pyydetä lääkkeitä kulutusraportteja, mutta niitä kuitenkin saadaan. Yhteisen yksikköön raportteja toimitetaan lääkekeskuksesta 2-3vuodessa Muualla raportteja pyytävät omaiset ja apteekki toimittaa raportit pyydettyinä. Käytön ja kulutuksen seurantaan ei kerrota liittyvän riskitekijöitä tai ongelma-kohtia.

4.6 Lääkkeiden antaminen ja jakaminen

Kirjalliset lääkemääräykset yksiköissä annetaan neljässä yksikössä Pegasoksen lääkitysosion kautta, yhdessä yksikössä on käytössä lääkärinmääräyskirja ja yhdessä yksikössä kirjoitetaan resepti. Suulliset lääkemääräykset annetaan puhelimitse, yhdessä yksikössä ei suullisen määräyksen antaminen ole mahdollista. Neljässä yksikössä lääkemääräys annetaan, tai sen ottaa vastaan hoitaja, yhdessä yksikössä omainen ja yhdessä yksikössä farmaseutti. Oikeus lääkemutosten tekemiseen on kaikissa yksiköissä lääkärillä, muutosoikeuksia ei kuitenkaan yksiköissä ole määritelty.

Kaikissa yksiköissä lääkäri kirjoittaa reseptin, kolmessa yksikössä sairaanhoitaja saattaa valmistella reseptin. Puhelimitse lääke määrätään siten että lääkäri soittaa. Kaikissa yksiköissä lääkäri suorittaa reseptien kirjallisen uusimisen, kolmessa yksikössä sairaanhoitaja saattaa valmistella sen. Reseptin uusiminen puhelimitse onnistuu myös siten että lääkäri soittaa, yhdessä yksikössä reseptejä ei uusita puhelimitse. Lääkemääräysten antamisen riskitekijöinä mainittiin epäily siitä, tapahtuuko kirjaaminen oikein, tarkistetaan vahvuus ja annostus toistamalla lääkärin määräys, uuden lääkityksen käyttöönotto (tiedon siirto lääkekorttiin ja lääkkeitä jakaminen). Myös on huomattu, että muutokset eivät ole aina ajan tasalla potilaan lääkekortissa koneella ja saattaa olla päällekkäisyyksiä.

Taulukko 1: Lääkehoidon työturvallisuus

Jaettava/ Käyttö- kuntoon saatetta- va lääke	Käytössä olevat suojautumiskeinot						Milloin käytössä		
	Lääke ei ole käytös- sä	Laminaa- rivirtaus- kaappi	Suoja- takki esiliina	käsi- neet	suu- nenä- suojaus	ei mitään	Aina	Jos- kus	ei kos- kaan
Tabletti/ kapseli p.o				6 yks			4 yks	1 yks	
Neste p.o				5 yks		1 yks	3 yks	1 yks	
Lääkelaastari				6 yks			4 yks	1 yks	
Lääkevoide				6 yks			5 yks		
Inhalaatio				1 yks		4 yks			1 yks
Nebulisaatto- ri	4 yks			1 yks					1 yks
Silmä, korva nenätipat				6 yks			2 yks		
Lääkkeelli- nen iv-neste	5 yks			1 yks					
iv-injektio	5 yks			1 yks					
im-/sc- injektio				6 yks			3 yks	2 yks	
epiduraali- nen lääke	5 yks			1 yks					
Rokote				6 yks			4 yks	1 yks	
Sytostaatti	3 yks			3 yks			1 yks	1 yks	
Lääkkeelli- nen kaasu	4 yks			1 yks					1 yks

Viidessä yksikössä lääkemääräys kirjataan Pegasoksen lääkitysosioon, yhdessä yksikössä on käytössä lääkärinmääräyskirja, johon merkitään lääke, vahvuus, annostus, kesto, kuka määrää ja kuka kirjaa. Lääkemääräyksen yksiköissä toteuttaa hoitaja, usein se joka ottaa määräyksen vastaan. Lääkemääräyksen kirjaamisen ja toteuttamisen riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi mainittiin se, että tiedon kulku voi olla puutteellista, tai kiireessä saattaa tulla kirjaamisvirheitä. Vastauksissa oli myös mainittu se, että lääkärinkiertoapäivinä tulisi olla enemmän henkilökuntaa.

Viidessä yksikössä lääkkeet jaetaan kansliassa, yhdessä yksikössä on käytössä erillinen lääkkeenjako huone. Vain kahdessa yksikössä ollaan sitä mieltä, että lääkkeiden jakamistilat ja olosuhteet ovat asianmukaiset, neljässä yksikössä ne ovat epäasianmukaiset. Lääkkeiden jakamistilojen ja -olosuhteiden riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi mainittiin esimerkiksi se, että tilat ovat pienet ja ympärillä on hälinää, kansliat ovat rauhattomia ja lääkkeenjako keskeytyy usein. Myös hygienia ja turvallisuus epäilyttävät, sekä suuri virhemahdollisuus.

Taulukossa 2(sivu 47) on kuvattu sitä kuinka lääkehoitoon osallistutaan yksiköittäin. Vastauksissa näkyi se, että toisissa yksiköissä on vähemmän sairaanhoitajia, jolloin lähihoitajien vastuu lääkeshoidosta on suurempi.

Yksiköissä kouluttamattomat henkilöt saavat osallistua vain luonnollista tietä annettavien lääkkeiden jakamiseen ja antamiseen. Yhdessä yksikössä kouluttamaton voi lisäksi laittaa lääkelaastareita, lääkevoiteita, rektaalilääkkeitä, emätinpuikkoja, sekä silmä- nenä- ja korvatippoja. Sairaanhoitajaopiskelijat saavat vain yhdessä yksikössä osallistua lääkehoitoon päivittäin, yhdessä yksikössä harvoin ja kolmessa yksikössä ei lainkaan. Lh-opiskelijat saavat osallistua lääkehoitoon vaihtelevasti päivittäin, viikottain, harvoin tai ei lainkaan.

Viidessä yksikössä lääkkeet saatetaan käyttökuntoon käsin ja yhdessä yksikössä on käytössä sekä käsin jakaminen, että koneellinen jakelu. Viidessä yksikössä jakeluun on tulossa muutoksia, kolmessa yksikössä on tulossa käyttöön koneellinen annosjakelu ja kahdessa yksikössä apteekin jakamat doosit. Lääkkeiden jakamisen ja käyttökuntoon saattamisen riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi oli mainittu virhemahdollisuus ja se, että kaikki eivät tiedä mitä jakavat.

Lääkkeen antovaiheessa lääkkeen oikea annostelu varmistetaan neljässä yksikössä potilasasiakirjasta, yhdessä yksikössä lääkekortista ja yhdessä yksikössä lääkkeenjako listasta. Annostelun varmistamisen riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi oli mainittu ajanpuute ja virheet.

Potilaat tunnistetaan lääkettä annettaessa kysymällä nimi, tai potilashuoneen ja - paikan perusteella, neljässä yksikössä mainittiin potilaiden olevan tuttuja. Riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi mainittiin uudet hoitajat ja sijaiset, jotka eivät tunne potilaita.

Lääkkeiden vaikutuksia seurataan seuraamalla potilaan vointia ja kirjaamalla mahdolliset poikkeamat voinnissa, ohjeita lääkkeen vaikutuksen seurantaan ei ole, vaan siinä luotetaan koulutuksen tuomaan ammattitaitoon. Lääkkeen vaikutuksen seurannasta raportoidaan kaikissa yksiköissä sekä suullisesti, että kirjaamalla Pegasokseen. Lääkkeen vaikutuksen seuranta on kaikissa yksiköissä hoitajien tehtävä, tarvittaessa otetaan yhteys lääkäriin.

Viidessä yksikössä ajatellaan lääkkeen vaikutuksen seurannan vastuun olevan selvä, vain yhdessä yksikössä se on epäselvä. Riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi mainittiin: Riski, jos hoitaja ei tunne asiakkaan lääkitystä, ei voi seuratakaan. Se että on monia lääkkeitä päällekkäin, ei tiedä mikä johtuu lääkkeistä ja mikä taudista, dementoituneet eivät osaa kertoa ongelmistaan tai voinnistaan. Hoitajan tulee tuntea lääkkeet ja niiden vaikutukset, riski on jos hoitaja ei tunne lääkkeen vaikutuksia, tai jos ei eroteta sivuvaikutuksia, lääkkeet saattavat olla tehottomia. Myös hoitajien tai lääkärin vaihtuvuus mainittiin riskiksi.

Muuta työyksiköiden lääkehoidosta esiintuvia seikkoja oli ilmennyt vain yhdessä yksikössä, heillä Lääkehoito pitäisi ajan tasaistaa kokonaan, edelliset tilat menivät asumisyksikköön, työsuojelu käynyt, ei ottanut kantaa tiloihin. Kunta ei reagoi tilakysymykseen, tilanne tulee jatkumaan huonona ja riskialttiina jatkossakin.

Lääkehoidon toteutuksen osa-alueet	Sh/Th/Suuhygienisti				Perus-/lähi-/hammas- hoitaja				Lääkekoulutettu muu työntekijä			
	päi- vit- täin	vii- kot- tain	har- voin	ei lain- kaan	päi- vit- täin	vii- kot- tain	har- voin	ei lain- kaan	päi- vit- täin	vii- kot- tain	har- voin	ei lain- kaan
PKV-lääkkeet	4 yks		1 yks		5 yks							3 yks
Huumausaine- lääke	3 yks		2 yks		3 yks		2 yks				1 yks	3 yks
opioidikorvaus- lääke				5 yks				5 yks				4 yks
lhoin sisäinen injektio	1 yks		4 yks	1 yks	1 yks		1 yks	3 yks				4 yks
lhonalainen injektio	5 yks		1 yks		4 yks		1 yks					4 yks
Injektio lihakseen	3 yks	2 yks	2 yks				2 yks	1 yks				4 yks
Rokotteet	1 yks		5 yks				3 yks	2 yks				4 yks
Iv-injektio/ -lääkeinfuusio				5 yks				5 yks				4 yks
Lääkkeetön iv-infuusio				5 yks				5 yks				4 yks
Perusliuos infusion vaihto			1 yks	4 yks			1 yks	4 yks				4 yks
Epiduraalinen lääke				5yks				5yks				4yks
Lääkkeellinen kaasu			1 yks	4 yks			1 yks	4 yks				4 yks
Sytostaatti	1 yks	1 yks		3 yks	1 yks	1 yks		3 yks				4 yks

5 Pohdinta

5.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten perusteella lääkehoitosuunnitelma on tarpeellinen yhtenäisten käytäntöjen ja toimintatapojen luomiseksi. Yhdeksi ongelmaksi vastauksia analysoidessa huomattiin myös kieliongelma, kahdessa yksikössä pääkielenä oli ruotsi ja heidän vastauksistaan näkyi se, ettei kaikkia kysymyksiä oltu ymmärretty. Näin ei myöskään voida sanoa, että tutkimustulokset olisivat täysin luotettavia.

5.1.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Nurmisen (2007) mukaan lääkehoitosuunnitelmaa tehtäessä siihen tulee kirjata ylös päätökset siitä, mitkä henkilöstöryhmät voivat osallistua lääkehoidon toteuttamiseen. Kyselyistä saamiemme vastausten mukaan yksiköissä oli työvuoroissa sairaanhoitajia vain aamuvuoroissa, vain yhdessä yksikössä sairaanhoitaja työskenteli jokaisessa työvuorossa. Työyksiköiden käytössä olevat lääkemuodot vaativat kuitenkin lääkehoidon osaamista ja siksi lääkehoitosuunnitelmaan kuuluu määrittellä yksikössä toteutettavan lääkehoidon sisältö ja toimintatavat. Lääkehoitosuunnitelman laajuus määräytyy yksikön lääkehoidon vaatimustason mukaan, kyselyyn vastanneet yksiköt ovat tasoltaan erilaisia, joten niihin ei voida tehdä yhtä yhtenäistä lääkehoitosuunnitelmaa, vaan se tehdään jokaiseen yksikköön, sen tarpeita vastaavaksi.

Johtopäätöksenä voidaan tuloksista todeta, että sairaanhoitajien määrää yksiköissä tulisi lisätä jokaiseen työvuoroon, niissä yksiköissä joissa lääkehoito on vaativampaa, koska käytössä olevat lääkemuodot vaativat lääkehoidon laajempaa osaamista.

5.1.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Lääkehoidon osaamisvaatimukseen sekä osaamisen varmistamiseen kuuluu määrittää henkilöstön osaaminen, kyselyyn vastanneissa yksiköissä osaamista arvioidaan tarkastamalla tutkinto- ja työtodistukset, opiskelijoilta tarkastetaan lääkehoitopassi sekä opintosuoritukset. Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) mukaan yksiköillä on velvollisuus perehdyttää työntekijät lääkehoitoon, tutkimisemme yksiköissä oli kaikissa käytössä perehdytys, josta vastasi nimetty hoitaja tai vastaava lääkäri. Lääkehoidon osaamisen varmistamisen ongelmakohtia yksiköissä oli perehdytysuunnitelman keskeneräisyys sekä ajanpuute.

Lääkehoitoa toteuttavan tulee ymmärtää lääkehoidon merkitys osana hoidon kokonaisuutta, sekä lääkehoidon koko kaari. Tämän vuoksi lääkehoitoa toteuttavan terveydenhuollon

henkilöstön tulee tietää, miksi lääkettä annetaan ja mitä lääkettä, lääkkeen oikea annostus ja lääkkeen antotavat, sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006) Yksiköistä viidessä järjestettiin lääkehoidon koulutusta, kaikissa näissä yksiköissä kerrottiin koulutuksen olevan epäsäännöllistä, kolmessa yksikössä koulutus järjestettiin luentoina, lisäksi yksiköissä oli käytössä kirjallista materiaalia, koulutusta järjestettiin sekä ulkoisesti, että sisäisesti. Koulutus oli kohdennettu joko kaikille tai tietyille työntekijäryhmille. Kolmessa yksikössä koulutusta antoi lääkeyritys ja neljässä yksikössä farmaseutti, yhdessä yksikössä mainittiin koulutuksen antajaksi hoitaja ja yhdessä yleislääkäri. Yhdessä yksikössä lääkekoulutuksen antajaksi mainittiin lost. Lääkehoidon koulutuksen hyödyntämisen riskitekijöiksi mainittiin kahdessa yksikössä se, että saatu tieto ei välttämättä tule kaikille tiedoksi.

Täydennyskoulutusrekisterin avulla voidaan seurata henkilöstön valmiuksia lääkehoidon toteuttamiseen, täydennyskoulutustarpeita, sekä koulutukseen osallistumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006) Yksiköissä ei ollut käytössä lääkehoidon täydennyskoulutusrekisteriä. Lääkehoidon koulutukseen osallistumista seurattiin neljässä yksikössä siten, että koulutuksiin ilmoittauduttiin Lohkon tai Hjalmarin kautta, kahdessa yksikössä lääkehoidon koulutukseen osallistumista ei seurattu.

Johtopäätöksenä tuloksista voidaan todeta, että yksiköissä tulisi olla yhtenäinen käytäntö siitä, kuinka lääkehoitoa toteuttavan ammattihenkilön osaaminen varmistetaan. Työpaikan antaman lääkehoitoon liittyvän koulutuksen tulee olla säännöllistä, jotta ammattitutkintoon johtavan koulutuksen antamat tiedot ja taidot eivät unohdu. Lisäkoulutuksen avulla voidaan päivittää henkilökunnan osaamista.

5.1.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Lääkehoitosuunnitelmassa tulisi olla määriteltynä lääkehoitoon osallistuvan henkilöstön rakenne, tehtävät ja vastuualueet. Kyselyyn vastanneista yksiköistä viidessä työnjakoa ei ollut selkeästi määritelty, syyksi tähän oli mainittu esimerkiksi ajanpuute, jonka vuoksi vastuualueita ei selkeästi ollut rajattu, sekä huono organisointi. Vastauksissa näkyi se, että toisissa yksiköissä oli vähemmän sairaanhoitajia, jolloin lähihoitajien vastuu lääkehoidosta oli suurempi. Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) mukaan lääkehoidon vastuusta on suurin osa lääkärillä yhteistyössä hoitotyön johtajan, sekä työyksikön vastaavan kanssa. Esimiehen vastuulla on varmistaa henkilöstön osaaminen, sekä oikeanlaiset olosuhteet lääkehoidon toteuttamiseksi. Terveystieteiden ammattihenkilöstön tehtävänä on toteuttaa lääkehoitoa lääkärin määräyksen mukaisesti, yhteistyössä lääkärin kanssa vastataan hoidontarpeen arvioinnista, lääkehoidon ohjauksesta, neuvonnasta, sekä vaikuttavuuden arvioinnista.

Kyselyn mukaan kolmessa yksikössä tehtäviä siirretään sairaanhoitajalta lähihoitajalle ja toisinpäin, sekä vuoronvaihdon yhteydessä. Tehtäviä siirretään delegoimalla sekä suullisella ja kirjallisella raportilla. Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) mukaan jokainen lääkehoitoa toteuttava, tai siihen osallistuva kantaa itse vastuun omasta toiminnastaan.

Vastausten mukaan yksiköiden lääkehoidon vastuualueita ei ole määritelty, lääkehoidon laadukkaan toteuttamisen vuoksi se tulee kuitenkin tehdä. Lisäämällä sairaanhoitajia työyksiköihin vastuu jakautuu enemmän niille, joilla on laajempi osaaminen lääkkeistä, farmakologiasta sekä lääkehoidon toteuttamisesta.

5.1.4 Lupakäytännöt

Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään lääkehoidon toteuttamiseen vaadittavat luvat, sekä osaamisen varmistaminen. Saadakseen luvan suorittaa lääkehoitoon liittyviä lisätehtäviä, tulee työntekijän peruskoulutuksen antavat luvat tarkastaa, sekä määritellä tehtävien edellyttämä täydennyskoulutus. Luvan saaminen edellyttää teoreettisen osaamisen varmistamista kirjallisina, sekä näyttökokein, lupakäytäntö tulee olla kaikkien tiedossa, jotta vältetään väärinymmärrykset, kun jaetaan työtehtävät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006)

Sairaanhoitajilta edellytetään lisäkoulutusta sekä näytön antamista omasta osaamisestaan suonensisäisten neste- ja lääkehoidon sekä muun vaativan lääkehoidon ja verensiirtojen toteuttamisesta. Myös ihonsisäiset injektiot sekä rokottaminen edellyttävät osaamisen varmistamista sekä erillistä kirjallista lupaa toimintayksiköstä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Kyselyn perusteella yksiköiden sairaanhoitajat tarvitsivat lisäkoulutusta vain rokottamiseen sekä yhdessä yksikössä lääkekaapin avaimien säilyttämiseen.

Perus- ja lähihoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta sekä kirjallisen luvan toimintayksiköstä lääkkeettömän nestepussin vaihdossa sekä nestehoidon aloittamisessa, mikäli sairaanhoitajaa ei ole käytettävissä, lisäksi he tarvitsevat erillisen luvan luonnollista tietä annettavien PKV lääkkeiden antamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Kyselyyn vastanneissa yksiköissä perus- ja lähihoitaja tarvitsi yhdessä yksikössä lisäkoulutusta lääkkeen jakamiseen lääkelasiin/dosettiin, huumausainelääkkeiden käsittelyssä sekä injektion pistämisessä lihakseen. Riskitekijänä lääkehoidon lupakäytännöissä mainittiin se, että saattaa olla epätietoisuutta kenellä on mikäkin lupa.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) mukaan lääkeluvan saamiseksi edellytettävä osaaminen tulee varmistaa työyksikössä säännöllisin väliajoin, n. 2-5 vuoden välein riippumatta siitä millaiset tarpeet tai vaatimustaso työyksikössä on. Yksiköissä lupien kerrottiin olevan kolmessa yksikössä voimassa toistaiseksi, kolmessa yksikössä ei ollut tietoa asiasta. Lupien uusimisesta viidessä yksikössä ei ollut tietoa ja yhdessä yksikössä ne uusittiin 1-5 vuoden

välein. Yhdessä yksikössä oli määritelty lääkehoidon erillistä lupaa vaativat tasot, tasoja olivat; lääkkeet, joita erilliset luvat koskivat, lääkkeet joita voitiin tarvittaessa käyttää ilman lääkärin erillistä konsultaatiota, henkilöstöryhmät, joita erillinen lupa koski sekä potilasryhmät, joiden lääkehoidossa vaadittiin erillinen lupa.

Kyselyn mukaan yksiköissä ei ole käytössä yhtenäisiä lupakäytäntöjä. Yhtenäisten käytänteiden sopiminen lääkelupa-asioissa on tärkeää, jotta vältetään epäselvyyksiä ja ettei kukaan ylitä omia valtuuksiaan ja aiheuta täten virheitä. Lääkelupien tulee olla yksiköissä esillä siten, että tarvittaessa voidaan tarkastaa millaiset luvat kullakin on ja näin välttää epätietoisuutta. Työyksiköissä tulisi olla selvillä se, miten lääkeluvan saa ja kuka sen myöntää.

5.1.5 Lääkehuolto

Lääkehoitosuunnitelman tulee sisältää yksikön lääkehuollon keskeiset asiat kuten peruslääkevalikoiman, sekä lääkkeiden tilaamisen, säilyttämisen, käyttökuntoon saattamisen ja hävittämisen. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee myös näkyä mikä on lääkehuollon rooli ohjauksessa, neuvonnassa, sekä lääkeinformaation antamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Kyselyyn vastanneista yksiköistä vain yhdessä oli käytössä peruslääkevalikoima, muilla oli käytössä potilaan omat lääkkeet. Yksiköiden lääkkeet toimitettiin apteekista, lääkkeet tilasi joko sairaanhoitaja, tai se hoitohenkilökuntaan kuuluva joka huomasi puutteen. Koska kyselyn kohteet olivat erilaiset, myös lääkevalikoima ja lääkkeiden saanti on erilaista. Osaan yksiköistä on tulossa apteekin jakamat pussilääkkeet, joilla katsotaan olevan hoitajan työtä helpottava vaikutus lääkehoidossa.

Forsbackan ja Nousiaisen (2008) mukaan lääkkeet tulee säilyttää lukollisessa kaapissa ja kaapin avaimet siten etteivät ulkopuoliset pääse niihin käsiksi. Erillinen lääkekaappi tulee olla huumaaville lääkkeille ja niiden antoa on seurattava tarkasti merkitsemällä pakkauskohtaiseen lääkekorttiin päivämäärä, kellonaika, sekä potilaan nimi. Selkeästi tulee myös merkitä lääkkeen annos, sekä mahdollinen mittatappio, sekä lääkkeen määränneen lääkärin nimi, sekä lääkkeen antaneen hoitajan nimi. Kyselyn mukaan neljässä yksikössä oli käytössä lukittu lääkekaappi ja yhdessä avoin lääkekaappi, yhdessä yksikössä oli lukittu lääkehuone. Kaikissa työyksiköissä oli useampia avaimia lääkekaappeihin, avainten käyttöön ja säilytykseen liittyviksi ongelmiksi mainittiin se, että avaimet katosivat, tai jäivät jonkun taskuun. Sekä se, että oli vääränlaiset kaapit, ei tiloja, ei suunnitelmia, ja kuka vaan voi päästä kaappeihin. Kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä tulisi olla lukolliset lääkekaapit, sekä selkeät ohjeet ja käytänteet siitä miten lääkekaapin avaimia säilytetään.

Lääkelaitos (2007) mukaan lääkkeet tulisi saattaa toimintakuntoon sairaala-apteekissa, mutta se voidaan toimintayksikössä noudattaen sairaala-apteekin antamia ohjeita, mutta tällöin tilojen ja olosuhteiden tulee olla asianmukaiset ja toimintaan sopivat. Tarkasti tulee huolehtia myös käyttövalmiiden lääkkeiden säilytyksestä, käyttöajasta sekä merkinnöistä. Vastausten perusteella kahdessa yksikössä tilat ja olosuhteet olivat hyvät ja neljässä puutteelliset. Välineet ja materiaalit olivat yhdessä yksikössä erinomaiset, kahdessa yksikössä hyvät ja kahdessa puutteelliset. Lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa käytetyt tilat olivat pienet. Lääkkeet jaettiin kansliassa, samoja tiloja käytettiin kaikkeen. Yhdessä vastauksessa oli huomioitu aseptiikan tärkeys. Lääkkeiden käyttökuntoon saattamisen riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi mainittiin pienet ja rauhattomat tilat, kansliassa oli usein rauhatonta ja yleistä hälinää. Työ keskeytyi jatkuvasti. Työn kerrottiin olevan myös epähygieenistä. Johtopäätöksenä tuloksista voidaan sanoa, että yksiköissä tulisi olla erilliset lääkkeenjako huoneet, joissa on asiankuuluvat välineet ja olosuhteet ja ympäristö on rauhoitettu lääkkeenjako varten.

Veräjäkorvan (2006) mukaan sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen tulisi tehdä vuosittain käyntejä toimintayksiköihin, näiden käyntien tarkoituksena on seurata noudatetaanko yksiköissä lääkehuollon toimintatapoja ja onko lääkkeiden säilytys ohjeiden mukaista. Yksikön henkilökunnan vastuulla on se, että lääkekaapit siivotaan ja vanhentuneet tai muuten käyttöön sopimattomat lääkkeet poistetaan. Kyselyn mukaan viidessä yksikössä oma valvonta oli jatkuvaa, tarkastuksen teki se, joka jakoi lääkkeitä. Yhdessä yksikössä lisäksi farmaseutti teki tarkastuksen vuosittain, viidessä yksikössä asiasta ei ollut tietoa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus on julkaissut oppaan koskien terveydenhuollon jätteiden pakkaamista, merkintöjä ja ohjeistuksia yhtenäistääkseen. (Lääkelaitos 2007.) Lääkejätteiden keräys järjestetään yleensä apteekkeissa, joihin lääkejäte voidaan toimittaa veloitusetta. Lääkejäte lajitellaan useaan eri osa-alueeseen, sen perusteella kuinka lääkkeet tulee hävittää. Rokotejätteille, huumaaville lääkkeille sekä kemikaalijätteelle on omat ohjeensa koskien hävittämistä (Suominen 2006.) Yksiköiden lääkkeet hävitettiin apteekin tai lääkekeskuksen kautta. Yksiköissä ei ollut olemassa kirjallisia ohjeita lääkkeiden hävittämisestä, mutta viidessä yksikössä käytännöt olivat kuitenkin yhtenäiset, vain yhdessä yksikössä osa lääkkeitä meni roskiin. Ongelmakohtia tai riskitekijöitä oli löydetty vain yhdessä yksikössä, heillä koettiin, ettei ollut kunnollisia astioita, eikä tarkkaa tietoa mihin lääkkeet vietiin.

5.1.6 Lääkkeiden antaminen ja jakaminen

Eettisten periaatteiden mukaisesti hoitajan tulee varmistaa lääkkeen oikeellisuus ennen kuin antaa sen potilaalle. Hänen tulee olla myös selvillä siitä mihin vaivaan potilas lääkettä syö sekä tiedettävä lääkkeen vaikutusmekanismi ja mahdolliset haittavaikutukset. Hoitajan tulee myös ennen lääkkeen antamista tarkistaa lääkkeen oikea annostus ja huolehtia siitä, että potilas saa lääkettä täsmälleen oikean annoksen. Hoitajan tulee myös valmistautua antamaan potilasohjausta lääkehoidon suhteen, antaessaan lääkettä potilaalle. Potilaan henkilöllisyys tulee myös tarkistaa lääkettä antaessa, asian voi tarkistaa kysymällä potilaan nimeä tai katsomalla mahdollisesti potilaan nimirannekkeesta (Veräjäkörva ym. 2006.) Lääkkeen antovaiheessa lääkkeen oikea annostelu varmistettiin neljässä yksikössä potilasasiakirjasta, yhdessä yksikössä lääkekortista ja yhdessä yksikössä lääkkeenjakoilasta. Annostelun varmistamisen riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi oli mainittu ajanpuute ja virheet. Potilaat tunnistettiin lääkettä annettaessa kysymällä nimi, tai potilashuoneen ja -paikan perusteella, neljässä yksikössä mainittiin potilaiden olevan tuttuja. Riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi mainittiin uudet hoitajat ja sijaiset, jotka eivät tunnista potilaita. Yksiköissä tulee olla yhtenäinen käytäntö sen suhteen, kuka voi osallistua lääkehoitoon ja millä tavalla potilaat voidaan varmasti tunnistaa lääkepoikkeamien minimoiseksi.

Lääkkeet jaetaan aina alkuperäisen kirjallisen lääkemääräyksen mukaan. Jaettaessa lääkkeitä tulee huolehtia lääkkeenjakoilain rauhallisuudesta, sekä asianmukaisuudesta, koska rauhallinen jakoympäristö vähentää lääkepoikkeamien mahdollisuutta (Sosiaali- ja terveystministeriö 2006.) Tulosten mukaan viidessä yksikössä lääkkeitä jaettiin kansliassa, vain yhdessä yksikössä oli käytössä erillinen lääkkeenjakuhuone. Vain kahdessa yksikössä oltiin sitä mieltä että lääkkeiden jakamistilat ja olosuhteet olivat asianmukaiset. Riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi mainittiin tilojen pienuus, ympärillä oleva hälinä sekä se, että lääkkeenjako keskeytyi usein. Myös hygienia ja turvallisuus mietityttivät sekä suuri virheiden mahdollisuus.

Yksiköissä lääkkeiden vaikutuksia seurattiin seuraamalla potilaan vointia ja kirjaamalla ylös poikkeamat voinnissa, ohjeita vaikutuksen seurantaan ei ollut. Seuranta oli yksiköissä hoitajan tehtävä, lääkäriin otettiin yhteys tarvittaessa. Riskitekijöiksi ja ongelmakohtiksi mainittiin: riski, jos hoitaja ei tuntenut asiakkaan lääkitystä, ei voinut seuratakaan. Se, että oli monia lääkkeitä päällekkäin, ei tiedä mikä johtui lääkkeistä ja mikä taudista, dementoituneet eivät osanneet kertoa ongelmistaan tai voinnistaan. Hoitajan tuli tuntea lääkkeet ja niiden vaikutukset, riski oli jos hoitaja ei tuntenut lääkkeiden vaikutuksia, tai jos ei erotettu sivuvaikutuksia, lääkkeet saattoivat olla tehottomia. Myös hoitajien tai lääkärin vaihtuvuus mainittiin riskiksi. Vastausten perusteella voidaan todeta, että säännöllinen lääkehoidon ja farmakologian koulutus on erittäin tärkeää, jotta hoitajat tietävät riittävästi lääkkeistä ja lääkkeiden yhteis- ja sivuvaikutuksista, koska lääkkeitä tulee markkinoille koko ajan lisää.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämiskohteet

Vastausten perusteella yksiköihin tarvitaan lääkehoitosuunnitelma ja sen mukanaan tuomat yhtenäiset käytännöt lääkehoidon toteuttamiseen. Tästä voidaan päätellä se, että erilaisten toimintatapojen vuoksi, lääkepoikkeaman riski yksiköissä on kohonnut, koska yksiköissä ei ole yhtenäisiä lääkelupakäytänteitä, eikä lääkehoidon vastuuta ole jaettu selkeästi. Lääkkeiden käsittelyyn, sekä toimintakuntoon saattamiseen tarvittavat tilat vaativat parannusta ja lääkehoidon laajempi tietämys lisäkoulutusta. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee myös selkeästi määritellä se, kuinka yksiköiden lääkejäte hävitetään, koska siitä ei ole selkeää käytäntöä ja ohjetta, vaan lääkkeitä menee jopa sekajätteeseen. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee määritellä tarkasti kunkin yksikön toteuttama lääkehoito, sekä siihen tarvittavat erityisluvut.

Tutkimusta analysoidessamme tuli esille, että lääkehoito näissä yksiköissä on melko vähäistä. Kaikissa yksiköissä on hyvin järjestetty lääkehoidon perehdytys ja käytössä on monipuolisesti erilaisia perehdytysvälineitä. Lääkehoidon koulutusta järjestetään viidessä yksikössä, ja näissä yksiköissä tietoa jaetaan sekä kirjallisesti, että suullisesti.

5.3 Oman oppimisprosessin kuvaus

Turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen sekä lääkehoitoprosessiin tutustuminen teoreettisesta sekä hoitajien näkökulmasta on selkeyttänyt ja vahvistanut omaa, tulevaa sairaanhoitajan roolia lääkehoidon toteutuksessa. Lääkehoidon totuttaminen turvallisesti vaatii hoitajalta hyvät tiedot ja taidot lääkkeistä, niiden vaikutusmekanismeista, haitta- ja sivuvaikutuksista sekä myös kaikesta siitä, mitä lääkkeiden käsittelyyn liittyy, ennen kuin se annetaan potilaalle. Aseptinen työskentelytapa lääkkeiden käsittelyssä on myös merkittävä, turvallisesti toteutetun lääkehoidon prosessissa. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut tiedonhankintaa ja toisaalta suhtautumaan lääkehoidosta kertoviin lähteisiin kriittisesti. Parityönä tehty opinnäytetyö on ollut ajankäytöllisesti haasteellinen toteuttaa, mutta samanlainen ajatusmaailma ja yhteinen tavoite ovat helpottaneet työskentelyä.

Työelämänedustajalta saadun palautteen mukaan opinnäytetyö vastaa annettuun tehtävään ja sitä voidaan hyödyntää, kun tehdään Lohjan perusturvakeskuksen yleisen lääkehoitosuunnitelman pohjalta yksikkökohtaiset lääkehoitosuunnitelmat.

Lähteet

- Airaksinen, M., Otero, M.-J., Schmitt, E., Cousins, D., Gustafsen, I., Hartmann, M., Lyftingsmo, S., Muff, P., Thors, C-E. & Vlcek, J. 2006. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Viitattu 21.3.2010.
http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Medication%20safety%20culture%20report%20E.pdf.
- Dolan, S.A., Felizardo, G., Barnes, S., Cox, T.R., Patrick, M., Ward, K.S. & Arias, K. 2010. APIC position paper: Safe injection, infusion, and medication vial practices in health care. Viitattu 20.4.2010.
<http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-2.3.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=LIKDPDEFLFHFCMDKFNELOEFHGALEAA00&returnUrl=http%3a%2f%2fovidsp.uk.ovid.com%2fsp-2.3.1b%2fovidweb.cgi%3f%26Titles%3dS.sh.15%257c1%257c10%26FORMAT%3dtitle%26FIELDS%3dTITLES%26S%3dLIKDPDEFLFHFCMDKFNELOEFHGALEAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNFHOEMKLF00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00000545%2f00000545-201004000-00001.pdf&filename=APIC+position+paper%3a+Safe+injection%2c+infusion%2c+and+medication+vial+practices+in+health+care>.
- Forsbacka, J. & Nousiainen, A. 2008. Lääkehoitoon sitoutuminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 4.12.2009.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=lääkehoidon%20dokumentoint.
- Forsbacka, J & Nousiainen, A. 2008. Lääkkeiden tilaaminen ja säilyttäminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 4.12.2009.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=erityislääkkeet.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Holopainen, M & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Porvoo: WSOY
- Huttunen, J. 2006. Lääkehoidon ja lääkehuollon tulevaisuuden näkymät. Lääketeollisuus ry: Helsinki. Viitattu 24.3.2010.
http://www.laaketeollisuus.fi/tiedostot/LT_rapHuttunen_tiivistelma.pdf
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi
- Kallio, M. 2006. Sairaala-apteekin toiminnan erityispiirteet. HYKS apteekki. Viitattu 4.12.2009.
www.pharmtech.helsinki.fi/.../Sairaala-apteekin%20erityispiirteet%202006.ppt.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 1/1999, 4-5.
- Lahti, K. 2008. Turvallinen lääkehoito. Viitattu 12.11.2009.
www.vaasankeskussairaala.fi/Link.aspx?id=1039619

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 13.5.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Viitattu 13.5.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6iden>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Lifflander, P. 2008. Ohjeet lääkehoidon toteuttamisesta sosiaalihuollon yksiköissä. Viitattu 27.1.2010.
<http://209.85.129.132/search?q=cache:UTPZ1-GvaRQJ:www.laaninhallitus.fi/lh/lansi/sto/home.nsf/files/986810C4697C07EEC225739F003B8113/%24file/L%C3%A4%C3%A4kehoitosuunnitelma.doc+l%C3%A4%C3%A4kehoitosuunnitelma&cd=3&hl=fi&ct=clnk>

Lindroos, J. & Pakarinen, T. 2008. Yritysten ympäristöjohtaminen. Viitattu 27.1.2010.
http://akseli.tekes.fi/opencms/opencms/OhjelmaPortaali/ohjelmat/ClimBus/fi/Dokumenttia_rkisto/Viestinta_ja_aktivointi/Julkaisut/Projektiaineistot/2007/Tutkimusraporttiliikematkustuskenhiilijalanjaelki.pdf

Lohjan kaupunki. Viitattu 11.3.2010.
www.lohja.fi

Läkelaitos 2007. Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminta. Viitattu 12.11.2009.
http://www.nam.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/maaraykset_M7_2007_sairaala_apteekin_ja_laakekeskuksen_toiminta.pdf

Läkelaki 1987/395. Viitattu 13.5.2010.
[198http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/198703957](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/198703957)

Mattila, M. & Isola, A. 2002. Sairaanhoidon ja verensiirron toteuttajana - lupakäytäntö. Suomen lääkirlehti 39/2002, 3886-3887.

Mikkola, M-L. 2008. Tiedonhallinta lääkehoidon prosessissa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto: Kuopio.

Määttä, P., Niskanen, M., Pennanen, I. 2008. Tarvittavien lääkkeiden käyttö vanhusten pitkäaikaishoidossa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: sosiaali- ja terveysala. Viitattu 17.11.2009.
https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/42469/jamk_1224223524_1.pdf?sequence=1

Nurminen, M. 2006. Lääkehoidon ABC. Porvoo: WSOY.

Nurminen, M. 2007. Lääkehoito. Porvoo: WSOY.

Sairaanhoitajaliitto. 2006. STM opastaa: Lääkehoitoon turvallisuutta lääkehoitosuunnitelman avulla. Viitattu 24.3.2010.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/3_2006/

Sairaanhoitajaliitto. 2008. Sairaanhoitajat laadukkaasti lääkehoidon turvaajina. Viitattu 9.11.2009.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/8432773/Esite_Sairaanhoitajat+laadukkaasti+l%C3%A4%C3%A4kehoidon+turvaajina.pdf

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. Viitattu 30.3.2010.
http://www.ebm-guidelines.com/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=tab00120

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 2009. Viitattu 12.11.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Viitattu 8.11.2009.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/laahehuolto.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito- Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki.

Suikkanen, A., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2009. Estä virheet ennakolta. Sairaanhoitajalehti vol.6, 2009.

Suominen, R. Sosiaali- ja terveydenhuollon lääkehuolto. Viitattu 24.3.2010.
http://www.laaketietokeskus.fi/page.php?page_id=299.

Suominen, R. 2006. Lääkejätteet terveydenhuollossa. Viitattu 4.12.2009.
http://www.nam.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/tabu_tabu12006kk.pdf.

Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2009. Säännöllinen lääkehoidon täydennyskoulutus lisää turvallisuutta. Kuopion yliopistollinen sairaala. Viitattu 15.4.2010.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/viestinta/ajankohtaista/tiedotteet/tiedotteet_2009/?x2944458=5533354

Tietosuojavaltuutetun toimisto. Potilaan suostumus tietojen luovuttamiseen. Viitattu 3.2.2010.
<http://www.tietosuoja.fi/7268.htm>

Uusimäki, A. 2008. Miten palvelujärjestelmä varmistaa vanhusten lääkehoidon turvallisuuden? Viitattu 11.03.2010.
[http://www.lansstyrelsen.fi/lh/oulu/bulletin.nsf/bydate/8FCBBA453C654986C22574B70032513C/\\$file/Uusim%C3%A4ki.pdf](http://www.lansstyrelsen.fi/lh/oulu/bulletin.nsf/bydate/8FCBBA453C654986C22574B70032513C/$file/Uusim%C3%A4ki.pdf).

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Tammi.

Veräjälä, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2008. Lääkehoito hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Kuviot

Kuvio 1: Työyksiköiden lääkemuodot	36
Kuvio 2: Henkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistaminen	37
Kuvio 3: Yksiköissä käytössä olevat lääkkeet	41

Taulukot

Taulukko 1: Lääkehoidon työturvallisuus	44
Taulukko 2: Työyksiköiden henkilökunnan osallistuminen lääkehoitoon	47