



TARVITTAVIEN LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ VANHUSTEN PITKÄAIKAISHOIDOSSA

Pirjo Määttä, Mia Niskanen, Irene Pennanen

**Opinnäytetyö
Syyskuu 2008**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) Pirjo Määttä Mia Niskanen Irene Pennanen	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 54	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus Salainen <input type="checkbox"/> Saakka <input type="checkbox"/>	
Työn nimi Tarvittavien lääkkeiden käyttö vanhusten pitkäaikaishoidossa		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) TIIKKAINEN, Pirjo, YABAL, Anneli		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupunki ja Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Vanhusten määrän lisääntyminen tulevaisuudessa tulee aiheuttamaan uusia haasteita lääkehoidon toteutukselle. Lääkehoidon osuus vanhusten hoitotyöstä tulee näin ollen kasvamaan ja vaatii uutta osaamista hoitohenkilökunnalta. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaaminen lääkehoidossa tulisi varmistaa sekä kehittää tarpeita vastaavaa koulutusta. Lääkehoidon toteutusta ohjaavat säädökset ja lait sekä sosiaali- ja terveysministeriön antama ohjeistus. Vanhusten lääkehoitoa on tutkittu viime vuosina ja huomattu puutteita sen toteuttamisessa, mm. vanhusten lääkemäärien on todettu olevan suosituksiin nähden suurempia.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tarvittavien lääkkeiden käyttöä vanhusten pitkäaikaishoidossa. Tavoitteena oli lisäksi tutkia millaisia tarvittavia lääkkeitä on käytössä ja miten tarvittaessa käytettäviä lääkkeitä käytetään vanhusten pitkäaikaishoidossa. Aineisto koostui kahden vanhusten pitkäaikalaitoshoidon tuottavan yksikön potilaiden (N=32) potilasasiakirjoista tehdyistä havainnoista. Lupa potilasasiakirjojen käyttämiseen saatiin Palokan terveydenhuollon kuntayhtymältä ja Jyväskylän kaupungilta. Lisäksi Keljon vanhainkodin asukkailla tarvittiin henkilökohtainen tai omaisen antama suostumus.</p> <p>Aineistosta kävi ilmi, että tutkimusajankohtana käytettiin tarvittavia lääkkeitä yhteensä 225 kertaa. Yleisimmin käytettyjä valmisteita olivat psyykenlääkkeet (N=69), kipulääkkeet (N=47) ja hengityselinsairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet (N=26). Lääkkeen vaikutusta oli arvioitu yhteensä 65 kertaa. Tutkimuksesta kävi ilmi, että joissakin tapauksissa tarvittaessa käytettävistä lääkkeistä oli tullut säännöllisesti käytettäviä lääkkeitä ja muutamia lääkkeitä annettiin potilaille ilman lääkärin määräystä. Useimmiten lääkkeenantajana oli lähi- tai perushoitaja. Myös ilman terveydenhuollon koulutusta työskentelevät työntekijät osallistuivat lääkehoidon toteutukseen.</p>		
Avainsanat (asiasanat) vanhusten lääkehoito, tarvittaessa käytettävät lääkkeet, pitkäaikaishoito, lääkehoidon toteutus		
Muut tiedot Liitteenä lupahakemukset potilasasiakirjojen käyttöön opinnäytetyössä.		

Author(s) Pirjo Määttä Mia Niskanen Irene Pennanen	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 54	Language Finnish
	Confidential Until <input type="checkbox"/>	
Title The usage of need specific medication in the long-term treatment of the elderly		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) TIIKKAINEN, Pirjo, YABAL, Anneli		
Assigned by The City of Jyväskylä and Palokka's Federation of Municipalities for Public Health Services		
Abstract <p>In the future, increasing numbers of the elderly will bring new challenges in pharmacotherapy. The growing importance of pharmacology in the care of the elderly will require new expertise from healthcare staff. The skills of healthcare staff should be tested in order to develop suitable training. Pharmacotherapy is governed by state regulations and laws, and by the directions of the Ministry of Social Affairs and Health. Recent research on the pharmacotherapy of the elderly has revealed several shortcomings, such as medication exceeding the recommended amount.</p> <p>The purpose of this thesis is to examine the usage of need specific medication in the long-term treatment of the elderly and to investigate how different medications are used. Patient documents from two long-term treatment healthcare units for elderly patients (N=32) provide the data for this thesis. The Palokka Federation of Municipalities for Public Health Services and the City of Jyväskylä approved the use of patient documents. Informed consent or the approval of a relative was required from each resident of the Keljo Nursing Home.</p> <p>The data revealed that during the research period, necessary medication was taken 225 times. The most commonly used medications were psycho pharmaceutical (N=69), analgesic (N=47), and treatment for respiratory illnesses (N=26). The effect of the given medication was assessed 65 times. In some cases, the need specific course of medication had become regularly used medication. Some medication was given to patients without doctor authorization. Generally, the medications were administered by practical nurses. Also, staff members lacking any training in healthcare were participating in the pharmacotherapy of the patients.</p>		
Keywords pharmacotherapy of the elderly, need specific medication, long-term treatment, the execution of pharmacotherapy		
Miscellaneous The applications for the permission to use patient documents for this thesis are added as attachments		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 VANHUSTEN LÄÄKEHOIDON LÄHTÖKOHDAT	6
2.1. Lääkehoito ja lainsäädäntö	8
2.2 Vanhusten lääkehoidon ongelmat	10
2.2.1 Vanhenemisen vaikutus lääkehoitoon	11
2.2.2 Monilääkitys ja yhteisvaikutukset	12
2.2.3 Psykykenlääkkeiden käyttö vanhuksilla	15
2.2.4 Vanhusten kivun hoito	17
3 TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖSTÖ LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAJANA.....	19
3.1 Sairaanhoitaja lääkehoidon toteuttajana	19
3.2 Lähihoitaja lääkehoidon toteuttajana	20
3.3 Kouluttamaton henkilöstö lääkehoidon toteuttajana	20
3.4 Kirjaaminen	20
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	23
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	24
5.1 Kohderyhmien valinta.....	24
5.2 Kohderyhmien esittely.....	24
5.3 Tiedonkeruu	26
5.5 Tutkimuksen analysointi	27
6 TULOKSET	27
6.1 Tutkimuksen taustatiedot	27
6.2 Laksatiivit	30
6.3 Psykykenlääkkeet	31
6.4 Iho- ja lääkevoiteet	35
6.5 Kipugeelit	38
6.6 Kipulääkkeet.....	38

6.7 Hengityselinten sairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet	40
6.8 Muut valmisteet	41
7 POHDINTA	42
7.1 Tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset	43
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	49
7.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	50
LÄHTEET	51
LIITTEET	55
Liite 1. Tutkimuslupa potilasasiakirjojen käyttöön opinnäytetyössä	55
Liite 2. Suostumus potilasasiakirjojen käyttöön opinnäytetyössä	56

1 JOHDANTO

Maassamme on 85 vuotta täyttäneitä henkilöitä nykyisin noin 85 000. Vanhusten määrä on kasvussa ja vuonna 2010 Suomessa arvellaan olevan 85 vuotta täyttäneitä henkilöitä lähes 104 000 ja vuonna 2020 jo 130 400 henkilöä. Näiden lukujen perusteella voidaan todeta vanhuksille suunnattujen palvelujen ja erityisosaamisen tarpeen kasvavan runsaasti. (Kivelä 2006 a, 21 - 22.)

Lääkehoito on tärkeä lääketieteellinen hoitokeino, siksi se on myös osa hoitotyötä. Kansantaloudellisesti lääkkeiden lisääntynyt käyttö aiheuttaa merkittäviä kuluja yhteiskunnalle, koska lääkekustannukset ovat nousseet vuosittain 10 - 12 % koko 1990 - luvun ajan. Myydyimmät lääkkeet ovat olleet sydän - ja verisuonilääkkeet sekä hermostoon vaikuttavat lääkkeet. Lääkehoidon tavoitteena on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoito. Lääkehoitoon liittyy usein haittavaikutuksia, jotka voivat aiheuttaa potilaille erilaisia epätoivottuja oireita. Lääkehoidossa tulisi muistaa, että lääkityksestä on oltava potilaalle enemmän hyötyä, kuin haittaa. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2008, 14 - 17, 84.)

Kulttuuri, joka yhteiskunnassa vallitsee, vaikuttaa siihen, mikä mielletään lääkintää tarvitsevaksi vaivaksi sekä siihen, miten tämä vaiva päätetään hoitaa tai jättää hoitamatta. Väestöntasolla lääkkeiden käyttöön vaikuttaa esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä, lainsäädäntö, kulttuuri ja talous sekä erityisesti lääketeollisuus. Lääkkeiden käyttöön vaikuttavia tekijöitä ovat tavat millä terveydenhuolto on käytännössä toteutettu ja millainen lääkäreiden koulutus ja työskentelytavat ovat. Myös lääkäreiden iällä ja sukupuolella katsotaan olevan merkitystä. Potilaan kohdalla vaikuttavia tekijöitä ovat ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema ja yksilön odotukset, toiveet ja käsitykset asiasta. (Lumme - Sandt 2002, 16.)

Onnistuneen ja hyvän lääkehoidon edellytyksenä on, että lääkärillä, hoitohenkilökunnalla ja kaikilla hoitoon osallistuvilla on vanhusta arvostava asenne sekä tietoa vanhusten lääkehoidosta. Oleellista on, että vanhuksella sekä

omaisilla on tietoa lääkkeistä, vanhenemisen vaikutuksista lääkehoitoihin, lääkkeiden yhteisvaikutuksista sekä muista haittavaikutuksista. (Kivelä 2004, 14.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) suosituksen mukaan vanhuksilla demen-toivat sairaudet ovat tärkeimpiä hoidon tarvetta lisääviä tekijöitä ja sen johdos-ta dementiaoireisten ihmisten hoidon ja palvelujen järjestäminen ovat keskei-sellä sijalla suunniteltaessa ja mitoitettaessa vanhusten palveluita. Eloniemi - Sulkavan (2002) tekemän tutkimuksen mukaan dementiaa sairastavat joutuvat ei - dementoituneita useammin laitoshoidon ja Suomessa 40 - 50 % kaikista dementoituneista on laitoshoidossa. Kaikki vanhustyötä tekevät tarvitsevat Kivelän (2006a) mukaan perustietoa normaaleista fyysisistä, kognitiivisista, psyykkisistä ja sosiaalisista vanhenemismuutoksista. Heidän on oltava tietoi-sia siitä, ovatko vanhuksen toiminnassa havaittavat piirteet normaaleja vai epänormaaleja. Vanhuksen elimistö on hauraampi ja hitaampi kuin keski - ikäisen, siksi lääkehaitat, psyykkinen stressi, sosiaaliset muutokset ja muut tekijät voivat herkästi aiheuttaa toiminnallisia haittoja, jotka voivat esiintyä esimerkiksi sekavuutena. (STM 2008, 28; Eloniemi - Sulkava 2002, 15; Kivelä 2006 a, 17.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kahden vanhusten hoitolaitok-sen pitkäaikaispotilaiden tarvittavien lääkkeiden käyttöä potilasasiakirjoihin kirjattujen tietojen perusteella. Tarkoituksena on selvittää millaisia tarvittavia lääkkeitä on käytössä ja miten näitä lääkkeitä käytetään vanhusten pitkäai-kaishoidossa. Tavoitteena on saada tietoa miten tarvittaessa käytettävien lääkkeiden kirjaaminen on toteutunut ja miten lääkkeen vaikutusta on arvioitu. Saadun tiedon perusteella voidaan jatkossa kehittää lääkehoitoa ja lääkehoi-don kirjaamista.

2 VANHUSTEN LÄÄKEHOIDON LÄHTÖKOHDAT

Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) määritellään ikäihmisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keskei-

seksi sisällöksi vanhusten turvallinen lääkehoito, joka noudattaa sosiaali - ja terveydenhuollon valtakunnallista opasta turvallisesta lääkehoidon toteuttamisesta. Laatusuositus myös korostaa somaattisten sairauksien, kuten muistihäiriöiden varhaista tunnistamista, hoitoa ja kuntoutusta. (STM 2008, 23.)

Lääkkeitä säännöllisesti käyttävien vanhusten määrä on lisääntynyt viime vuosien aikana. Useampia lääkkeitä yhtäaikaaisesti käyttävien määrä on myös noussut 1990 - luvulla ja 2000 - luvun alussa. Psykoosi - ,neuroosi - , uni - ja masennuslääkkeiden käyttö on erityisesti lisääntynyt. Lisäksi myös antitromboottisia lääkkeitä käytetään yhä enemmän. Muutokset ovat olleet voimakkaampia 85 - vuotta täyttäneiden joukossa. Tutkimusten mukaan naisten lääkkeitä käyttö on lisääntynyt enemmän kuin miesten. Ongelmallisia lääkkeitä vanhusten hoidossa ovat erityisesti psykoosi - , opioidi - ja antikolinergiset lääkkeet. Yleisin lääkkeiden aiheuttama vaikutus tai haitta on verenpaineen liiallinen aleneminen. Noro, Finne - Soveri, Björkgren ja Vähäkangas (2006) toteavat tutkimuksessaan, että psyykenlääkkeiden käyttö on vanhuksilla yleistä, koska niitä usein määrätään ilman tarkempia tutkimuksia oireiden syystä. Esimerkkinä mainitaan käytöshäiriöihin määrätty psyykenlääkkeet. Usein myös nukahtamislääkkeitä on tapana antaa, vaikka jo parin kuukauden käytön jälkeen unilääke menettää tehonsa. (Kivelä 2006 a, 61; Noro, Finne - Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2006, 170 - 171.)

Useaa eri sairautta sairastavan vanhuksen hyvään ja asianmukaiseen hoitoon kuuluu eri lääkkeitä koostuva päivittäinen ja säännöllinen lääkitys, josta voi aiheutua erilaisia ongelmia. Lääkkeiden yhteisvaikutusten määrä kasvaa ja lääkkeiden käyttäminen saattaa olla ongelmallista, sillä ohjeiden noudattaminen voi olla vanhukselle vaikeaa. Ongelmaksi vanhusten lääkehoidossa mainitaan oireiden mukaan annettava lääkitys, jolloin oireiden syytä tai alkuperää ei tarkkaan tutkita. Vanhusten hoidossa tulisi korostaa, että keskeisinä periaatteina lääkehoitoon kuuluu vanhukselle annettava selkeä ohjeistus käytössä olevista lääkkeitä, niiden annoksista ja ottoajankohdista. Lisäksi tulisi selvittää lääkkeen käyttötarkoitus ja käyttötapa sekä yleisimmät haittavaikutukset. (Kivelä 2004, 11 - 12, 54.)

Vanhusten lisääntyvät pitkäaikaiset sairaudet ovat Kivelän (2004) mukaan syy, jonka vuoksi lääkkeiden käyttö on lisääntynyt. Yleisimmät reseptilääkkeet kuuluvat sydän - ja verisuonisairauksien sekä keskushermoston lääkkeisiin. Maailman terveysjärjestö (WHO) suosittaa vanhusten käyttöön korkeintaan kolmea tai neljää lääkettä, mutta hyvin usein vanhuksilla on käytössään lääkkeitä enemmän, joskus jopa yli kymmenen lääkettä. Yhtenä indikaattorina käytössä olevien lääkkeiden arvioimiseen voidaan pitää niiden lukumäärää. Se on kuitenkin riittämätön ainoaksi arviointiperusteeksi. Hoidon kokonaisarvio on vanhuksen kohdalla aina paikallaan silloin, kun hänen tilanteensa muuttuu, kun harkitaan uuden lääkkeen aloittamista tai kun ilmenee jonkin asteisia epäselvyyksiä sen hetkisessä lääkityksessä. (Kivelä 2004, 11; Hartikainen, Saarelma, Lönnroos & Seppälä 2006, 4353.)

Yhteistyö lääkärin ja hoitohenkilökunnan välillä kuuluu oleellisena osana vanhuksen hyvään lääkehoitoon, myös vanhus ja omaiset ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita. Lääkäri määrää lääkkeet, mutta hoitotyöhön osallistuvat seuraavat vanhuksen vointia ja oireita lääkehoidon aloittamisen jälkeen sekä koko lääkkeen käytön ajan. Hoitajien velvollisuus on raportoida lääkärille havaitsemistaan oireista. (Kivelä 2004, 95.)

2.1. Lääkehoito ja lainsäädäntö

Potilaslain mukaan potilaalla on oikeus hyvään ja laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaalle on annettava tietoa terveydentilasta, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista sekä muista seikoista, jotka vaikuttavat hänen hoitamiseensa. Potilaan tulee saada selvitys häntä koskevasta lääkehoidosta ymmärrettävällä tavalla. Lääkehoito on osa potilaan hoitoa ja hyvällä lääkkeellisellä hoidolla tarkoitetaan sellaista hoitoa, mikä soveltuu parhaiten hänen sairautensa hoitoon ja tuottaa mahdollisimman vähän kipua ja kärsimystä potilaalle. Noro ja muut (2006) toteavat tutkimuksessaan, että hyvällä hoidon suunnittelulla ja voimavarojen tukemisella edistetään vanhuksen toimintakykyä ja hyvää oloa. (L1992/785; Veräjänkorva ym. 2008, 46; Noro ym. 2006, 148.)

Lääkkeellä tarkoitetaan sellaista valmistetta tai ainetta, jonka tarkoitus on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai oireita. Lääkkeeksi katsotaan myös sellainen valmiste, jonka tarkoitus on palauttaa ihmisen elintoimintoja tai selvittää sairauden syy. Lääkkeen määräämisestä ja lääkehoidon kokonaisuudesta vastaa lääkäri, mutta lääkehoidon toteuttamisesta määräysten mukaisesti vastaavat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Jokainen joka toteuttaa lääkehoitoa tai osallistuu siihen, on vastuussa omasta toiminnastaan. Laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta toteutetaan suonensisäinen neste - ja lääkehoito, verensiirtohoito ja siihen liittyvät toimenpiteet sekä kipupumppua vaativa lääkehoito. (L1987/395; STM 2005, 48 - 49.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan henkilöä, joka on saanut ammatinharjoittamisoikeuden laillistettuna ammattihenkilönä, ammatinharjoittamisluvan luvan saaneena ammattihenkilönä tai nimikesuojattua ammattihenkilöä, jolla on lupa käyttää valtioneuvoston asetuksella säätämää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä. Kyseiset ammattihenkilöt ovat oikeutettuja toimimaan terveydenhuollon ammateissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Nimikesuojattua ammattia voivat harjoittaa myös sellaiset henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnan päämääränä on ylläpitää ja edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia sekä parantaa ja lievittää potilaiden kärsimyksiä. (L1994/559.)

Sosiaali - ja terveydenhuollon toimintayksiköissä työnantajalla on vastuu työnjaosta, siksi työnantajan arvioitavaksi tulee koulutus, kokemus ja ammattitaito suhteutettuna kyseiseen tehtävään. Työnjaon tulisi olla selkeä ja kaikkien yksikössä työskentelevien tiedossa. Työntekijällä on velvollisuus ilmoittaa, ellei hän hallitse hänelle annettuja työtehtäviä. Työnantajalla on tällöin täydennyskoulutusvelvollisuus tai hänen on muulla tavoin huolehdittava potilasturvallisuudesta ja palvelujen laadusta. Työntekijällä on vastuu suorittamistaan työtehtävistä, kuitenkin työnantajalla on aina ensisijainen vastuu potilaaseen nähden. (STM 2005, 22.)

Henkilöstön, joka toteuttaa lääkehoitoa, on ymmärrettävä se osana hoidon kokonaisuutta. Miksi lääkettä käytetään, mitä lääkettä, kuinka paljon, miten ja mitä antoreittiä käytetään sekä lääkehoidon vaikutuksen arvioinnin merkitys kokonaisuudelle. Lääkkeen antaminen edellyttää laajan tietoperustan hallintaa johon liittyy juridiseettinen, farmakologinen, fysiologinen, patofysiologinen sekä lääkelaskennan tietämys. Tietoa on oltava myös hoidollisista vaikutuksista, lääkkeiden käsittelystä, toimittamisesta, hankinnasta, säilyttämisestä ja hävittämisestä. Lääkehoidon toteuttaminen edellyttää myös lääkemuuotojen ja -valmisteiden ominaisuuksien ymmärtämistä, jotta lääkkeet saatetaan oikealla tavalla käyttökuntoon ja annostellaan oikein. (STM 2005, 46 - 47.)

2.2 Vanhusten lääkehoidon ongelmat

Vanhusten määrän lisääntyessä tulevaisuudessa tulisi yhä enemmän kiinnittää huomiota tämän väestöosan asioihin. Pystyäkseen parantamaan vanhusten elämänlaatua tulisi hoidon olla korkealaatuista ja vanhusten tarpeita vastaava sekä heidän toimintakykyään tukevaa. Sosiaali - ja terveysministeriön (2008) mukaan henkilöstöä mitoitettaessa tulisi ottaa huomioon potilaiden fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Suunnittelussa tulisi huomioida erityisesti erityisosaamista edellyttävien potilaiden määrä, esimerkiksi käytöshäiriöoireiset dementiapotilaat. Tavoitteena on, että kaikilla sosiaali - ja terveydenhuollossa vanhusten parissa työskentelevillä on sosiaali - ja terveydenhuollon ammatillinen koulutus, sekä osaamista gerontologisten potilaiden hoidossa. Mikäli yksikössä työskentelee sellaisia henkilöitä, joilta puuttuu kyseinen koulutus, heidän toimenkuvaansa tulisi sisällyttää ainoastaan potilaiden perustarpeisiin liittyviä työtehtäviä. Tällaisia työtehtäviä ovat esimerkiksi avustaminen peseytymisessä, ruokailussa ja wc - käynneillä. Valtakunnallinen suositus hoitohenkilökunnan vähimmäismääräksi on ympärivuorokautisessa hoidossa 0,5 - 0,6 hoitoon osallistuvaa työntekijää vuorokautta kohden. (Saarelainen 2002, 1; STM 2008, 33 – 36.)

Tekemässään tutkimuksessa Noro ja muut (2006) toteavat, että pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevilla vanhuksilla on usein monenlaisia terveysongelmia, joiden hoito vaatii asiantuntemusta. He korostavatkin henkilökunnan opin

saannin olevan merkityksestä onnistuneen hoidon kannalta. Kivelän (2006a) mukaan vanhustenhoito poikkeaa keski - ikäisten hoidosta monista syistä ja monella eri tavalla, olipa kyse lääketieteellisestä hoidosta, hoitotyöstä tai kuntoutuksesta. Keskeistä on, että silloin hoidetaan ihmisiä joiden elimistöä ovat fyysiset vanhenemismuutokset muuttaneet. Nämä muutokset tuovat erityispiirteitä esimerkiksi sairauksien oireisiin, paranemiseen, kuntoutumiseen sekä lääkeaineiden erittymiseen ja hajoamiseen. (Noro ym. 2006, 17; Kivelä 2006 a, 16.)

2.2.1 Vanhenemisen vaikutus lääkehoitoon

Fyysisistä elimistön vanhenemismuutoksista johtuen elinten toiminnot hidastuvat. Yksilöllisiä eroja muutosten etenemisnopeudessa on jo senkin vuoksi, että kaikki samanikäiset vanhukset eivät ole eri elintensä toimintakyvyn ja yleisen toimintakyvyn näkökulmasta samanlaisia. Erojen syynä ovat myös koko elämänaikaiset elintavat, esimerkiksi kuinka terveellisesti on elänyt, onko aikaisempia sairauksia, vammoja, tämän hetkisiä pitkäaikaisia sairauksia tai äkillisiä sairauksia. Vanhustenhoitoa, geriatria, vanhuspsykiatria, vanhusten hoitotyötä, gerontologista sosiaalityötä tai vanhustyötä ei voida rajata ainoastaan ihmisen kalenteri - iän mukaan. Usealla 75 vuotta täyttäneellä on elimistössään vanhenemismuutoksia, jotka ovat aiheuttaneet elinten toimintojen hidastumista. Tämä tulee esiin sairauksien oireiden erilaisuutena sekä paranemisen ja kuntoutumisen hidastumisena verrattuna työikäisiin. Tästä johtuen voidaan karkeasti arvioida, että erityisasiantuntemusta tarvitaan 75 - vuotta täyttäneiden palveluissa. (Kivelä 2006 a, 16.)

Vanhenemisen aiheuttamien muutosten seurauksena lääkeaineiden kulku elimistössä muuttuu. Kehon vesimäärä on pienempi kuin työikäisillä. Se tarkoittaa, että vesiliukoisten lääkeaineiden jakaantumistilavuus on pienempi ja rasvaliukoisten lääkeaineiden jakaantumistilavuus on suurempi. Molemmat vaikuttavat lääkkeiden pitoisuuksiin veressä. Tämän vuoksi lääkeannos tulee olla pienempi kuin työikäisillä. Vanhuksilla lääkeaineet poistuvat elimistöstä hitaammin. Lääkehoidon toteutuksessa tulisi välttää erityisesti pitkävaikutteisia rasvaliukoisia bentsodiatsepiineja silloin kun niitä ei käytetä psykoosin hoi-

toon. Näiden lääkkeiden puoliintumisaika on pitkä, jolloin ne voivat vaikuttaa vanhukseen päivien ja jopa viikkojen kuluttua antoajankohdasta. Sama koskee voimakkaasti väsyttävien trisyklisten masennuslääkkeiden sekä uni- ja tulehduskipulääkkeiden jatkuvaa käyttöä. Mikäli lääkkeille ei löydy perusteltua käyttötarkoitusta, niitä ei tulisi käyttää lainkaan. Lopetettaessa lääkitystä, etenkin psyykenlääkkeitä, tulisi se tehdä asteittain, esimerkiksi bentsodiatsepiinien kohdalla lyhin aika lopetukselle on yksi kuukausi jokaista käyttövuotta kohden. (Hartikainen 2002, 386; Kivelä 2006 b, 36; Hartikainen ym. 2006, 4352 - 4354; Mäkelä, Mattila & Piensoho 2005, 166; Kivelä, Puustinen & Nurminen 2005, 4.)

Vanhuksilla lääkkeet vaikuttavat voimakkaammin kuin esimerkiksi keski-ikäisillä. Vanhuksilla joudutaan usein pienentämään lääkemannoksia, koska elintoimintojen tasapainosta huolehtivien järjestelmien toiminta heikkenee iän myötä. Verenpaineen lasku voi johtaa kaatumisiin ja murtumien riski kasvaa. Myös lääkkeiden sedatiivinen vaikutus voimistuu ja keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet voivat aiheuttaa sekavuutta ja levottomuutta. Hartikaisen ja muiden (2006) mukaan selvitetessä vanhuksilla yleisesti esiintyviä ongelmia, kuten kaatumisia, huimausta, sekavuutta ja muistin heikkenemistä, tulisi huomioida mahdolliset lääkkeistä aiheutuvat haittavaikutukset. On todettu, että usein vanhuksilla esiintyvä toimintakyvyn aleneminen tulkitaan pelkästään vanhenemisilmiöksi. (Veräjänkorva ym. 2008, 78 - 79; Hartikainen ym. 2006, 4352 - 4353.)

2.2.2 Monilääkitys ja yhteisvaikutukset

Tutkittaessa vanhusten monilääkitystä todettiin laitoshoidossa olevien vanhusten lääkemäärissä kasvua alku- ja seurantatutkimuksessa. Tutkimuksessa havaittiin, että säännöllisesti käytettyjen lääkkeiden määrä lisääntyi ja tarvittaessa otettavien lääkkeiden määrä väheni. Lääkkeiden määrä kasvoi etenkin sellaisten tutkittavien osalta, jotka siirtyivät tutkimusaikana laitoshoittoon. Suurin osa lääkkeistä kuului hermostoon ja sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon käytettäviin lääkkeisiin. Hermostoon vaikuttavia lääkkeitä käytti laitoshoidossa asuvista 98 %. Tutkimuksen perusteella todettiin, että laitoshoidossa

asuvat vanhukset käyttävät lääkkeitä enemmän kuin kotona asuvat. Monilääkitykselle altistuvat kaikkein vanhimmat, sillä pitkäaikaissairaudet kasaantuvat juuri heille. Monilääkityksen ongelmana ovat haittavaikutukset, joita hoidetaan uusilla lääkkeillä. Kliinisesti merkittäviä yhteisvaikutuksia on havaittu jopa 15 % monilääkityistä vanhuksista. (Jyrkkä, Hartikainen, Sulkava & Enlund 2006, 28 - 30; Mäkelä ym. 2005, 166.)

Vaikka useaa eri sairautta sairastavan vanhuksen hyvään ja asianmukaiseen hoitoon kuuluu eri lääkkeitä koostuva päivittäinen ja säännöllinen lääkitys, tuo se mukanaan erilaisia ongelmia. Lääkkeiden yhteisvaikutusten vaara kasvaa ja itse lääkkeitä käyttäminen tuo tullessaan vaikeuksia, koska ohjeiden noudattaminen saattaa olla vaikeaa. Ongelmaksi vanhusten lääkehoidossa mainitaan myös oireiden mukaan annettava lääkitys, jolloin oireiden syyt ja alkuperää ei tutkita kyllin tarkkaan. Vanhusten lääkehoidon ongelmat syntyvät monista eri tekijöistä. Lääkeaineiden metabolia ja erittyminen elimistöstä hidastuu ikääntyessä, myös lääkkeitä sietokyky vähenee. Vanhusten tarvitsemat lääkeannokset ovat pienempiä kuin keski - ikäisillä. Lääkkeiden sivu - ja haittavaikutusvaarat kohoavat ja ne ovat vanhuksilla usein erilaisia kuin työikäisillä. Linjakummun (2004) mukaan haitallisista yhteisvaikutuksista saattaa kärsiä 15 % vanhuksista, joilla on käytössään runsaasti samanaikaisessa käytössä olevia lääkkeitä. Kaatuilu, muistinheikkeneminen, sekavuus, käytösoireet, huimaus, jäykkyys, vapina ja virtsankarkailu ovat tavallisia haittavaikutuksia. Mikäli näitä ei tunnisteta, voi seurauksena olla uuden lääkkeen virheellinen aloitus, jolla yritetään hoitaa haittavaikutuksesta aiheutuvia oireita. (Kivelä 2004, 11 - 14, 54; Linjakumpu 2004, 377.)

Riskitekijöitä yhteisvaikutuksille ovat usein käyttäjän korkea ikä ja käytettävien lääkkeitä määrää. Vanhuksilla on suurempi riski saada vakavia lääkkeitä käytöstä johtuvia haitta - ja yhteisvaikutuksia. Tutkimuksissa on todettu, että vanhuksilla on usein käytössään yhtä aikaa kahdesta kuuteen lääkärin määräämää sekä yhdestä kolmeen käsikauppalääkettä. Lääkeyhteisvaikutuksen seurauksena ei aina ole haittavaikutus, vaan yhteisvaikutus voi johtaa myös siihen, ettei lääke tehoa toivotulla tavalla. (Laine 2005, 9 - 10.)

On todettu, että lääkkeiden vähentämisellä iäkkäiden vointi parani, hui-
mausoireet ja väsymys vähenivät. Asianmukainen lääkitys on tarpeellista ja
hyödyllistä sairauksien hoidossa, mutta se ei kuitenkaan ole ainoa vaihtoehto.
Lääkevalikoimien nopea kehittyminen aiheuttaakin sen, että lääkkeettömien
hoitokeinojen mahdollisuutta ei aina hyödynnetä tarpeeksi. Lääkkeettömät
hoitokeinot olisikin aina pidettävä yhtenä harkittavana ja asianmukaisena vaih-
toehtona. Kielteiset asenteet vanhustenhuollossa ovat osasyynä lääkkeettö-
mien hoitojen käyttämättömyyteen. Vanhustenhoidossa korvataan usein lää-
kkeillä jopa tärkeät lääkkeettömät hoidot, vaikka niillä saataisiin parempia hoito-
tuloksia. (Noro ym. 2006, 174; Kivelä 2004, 13; Kivelä 2006 b, 12.)

Keskeisimpänä, kaikille vanhusten hoitotyöhön osallistuville työntekijöille, yh-
teisenä haasteena mainitaan toistuvat ja määrävälein tapahtuvat lääkitysten
arviointikierrat. Hoitohenkilökunnan on yhdessä lääkäreiden kanssa järjestet-
tävä jokaiselle hoidossa olevalle vanhukselle lääkeshoidon tarkistaminen klii-
nisten tutkimusten lisäksi, yhteisneuvotteluna vanhuksen ja mahdollisesti
omaisten kanssa. Neuvottelussa poistetaan tarpeettomat ja haittavaikutuksia
tuottavat lääkkeet ja järjestetään lääkehoito asianmukaiseksi ja ajantasaiseksi.
Lääkkeiden lisääminen tai uusien lääkkeiden aloittaminen voi myös olla ajan-
kohtaista, jos kliiniset tutkimukset niin osoittavat tai jokin sairaus ei ole hoito-
tasolla. Toiseksi keskeiseksi haasteeksi Kivelä (2004) mainitsee lääkkeiden
haittavaikutusten tunnistamisen. Edellytyksenä on, että hoitohenkilöstö tunnis-
taa yleiset haittavaikutukset erityisesti vanhusten hoidossa. Se edellyttää koko
hoitohenkilökunnalta jatkuvaa vanhuksen oireiden, käyttäytymisen ja kognitii-
visten kykyjen tarkkailua ja tarvittaessa raportoimista lääkärille. Myös vanhus-
ten ja omaisten olisi hyvä tunnistaa yleisimmät haittavaikutukset, voidakseen
kertoa havaitsemistaan ongelmista hoitohenkilökunnalle. Katso taulukko 1.
Oheisessa taulukossa esitetään vanhusten lääkehoidon kymmenen käskyä.
(Kivelä 2004, 94 - 96.)

TAULUKKO 1. Vanhusten lääkehoidon kymmenen käskyä. (Finne - Soveri 2006)

1.	Lääkkeen aloittaminen harkitaan aina yksilöllisesti ja lääkkeen aloittamisen syy kirjataan asiapapereihin.
2.	Lääkkeen aiheuttama vaikutus, sekä toivottu ja ei- toivottu kirjataan ja arvioidaan säännöllisesti.
3.	Lääkitys tulee aloittaa pienellä annoksella, nostaen annosta vähitellen ja vaikutusta seuraten.
4.	lääkkään vointia seurataan myös lääkkeen lopettamisen jälkeen.
5.	Lääkkeestä saatavan hyödyn on oltava haittoja suurempi.
6.	Uusi lääke aloitetaan potilaan kanssa yhteisymmärryksessä ja ohjauksessa huomioidaan: <ul style="list-style-type: none"> – lääkkeen aloituksen tarkoitus – mitkä ovat toivotut ja ei-toivotut vaikutukset – lääkkeen annostus – lääkehoidon kesto
7.	Läkelistalla on oltava näkyvillä myös reseptivapaat lääkkeet, vitamiinit, hivenaineet ja luontaistuotteet.
8.	Antikolinergisia lääkkeitä pyritään välttämään.
9.	Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä pyritään välttämään.
10.	Monilääkitystä tulisi välttää mahdollisuuksien mukaan.

2.2.3 Psykyenlääkkeiden käyttö vanhuksilla

Tutkimusten mukaan laitoksissa oleville vanhuksille määrätään paljon psykyenlääkkeitä. Antipsykoottisten lääkkeiden käyttö on Suomessa maailman korkeinta. Asuminen Suomessa tai Italiassa ovat riskitekijöitä liittyen antipsykoottisten lääkkeiden käyttöön vanhusten pitkäaikais - tai kotihoidossa. Noin 98 % laitoksissa asuvista saa jotain hermostoon vaikuttavaa lääkettä. On to-

dettu, että iäkkäät ovat herkkiä keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden sedatiivisille ja antikolinergisille vaikutuksille. Etenkin rauhoittavat lääkkeet lisäävät myös kaatumisriskiä. Näiden lääkkeiden käyttö on laitoshoidossa kolme kertaa yleisempää kuin kotihoidossa. Lääkitys on ollut vähäisempää sellaisilla osastoilla, joiden hoitajilla on ollut mahdollisuus vaikuttaa työhönsä ja käyttää omia taitojaan ja kykyjään monipuolisesti. Tutkimusten mukaan antipsykoottisten lääkkeiden käyttö dementoituneilla vanhuksilla on kuusi kertaa yleisempää kuin ei - dementoituneilla. Laitoshoitoon joutuminen on yleisin syy lääkityksen lisääntymiseen. Tähän on yhtenä syynä myös unilääkkeiden rutiniinomainen antaminen, koska yleinen oletus on, että vanhus nukkuu iltaseitsemästä aamuun yhtäjaksoisesti. (Alanen 2007, 14, 28; Hartikainen & Seppälä 2007, 414 - 415.)

Alasen (2007) tutkimuksessa psykoosilääkkeiden käytön riski yli 90 - vuotiailla tyytymättömillä, negatiivisesti ympäristöönsä suhtautuvilla potilailla oli suurempi. Vähäisempi riski psykoosilääkkeiden käyttöön liittyi hyviin sosiaalisiin taitoihin. Psykoosilääkkeiden käyttö liittyi sopimattoman tai häiritsevän käyttäytymisen oireisiin, toistuviin huolestuneisiin valituksiin, toistuvaan fyysiseen levottomuuteen ja epävakaisiin ihmissuhteisiin. Nämä syyt eivät ole sopivia syitä näiden lääkkeiden käyttöön. Tutkimuksessa huomioitiin myös, että näillä potilailla ei ollut psykiatrista diagnoosia tai dementiaa syynä lääkkeiden käyttöön. Tutkimukset osoittavat myös, että vaeltelu, antipsykoottisten lääkkeiden käyttö ja anksiolyytit yhdessä aiheuttavat kaatumisia aiheuttaen mm. lonkkamurtumia varsinkin naispotilailla. Suositellaan, että vanhuspotilailla, joilla on dementia, psykoosilääkkeiden tarvetta arvioidaan säännöllisesti ja pitkäaikaisesta käytöstä tulisi myös välttää. Kivelän ja muiden (2005) mukaan, dementiaan liittyvät käytöshäiriöoireet menevät ohitse muutaman kuukauden pituisella psykoosilääkkeiden käytöllä. Tästä syystä lääkkeen käytön säännöllinen tarve arvio on tärkeä. Sosiaali - ja terveysministeriön on tarkoitus laatia vanhusten lääkityksestä valtakunnalliset ohjeet, joissa määrätään esimerkiksi että vanhuksen kokonaislääkitys tulisi tarkastaa säännöllisesti. (Alanen 2007, 58 - 59, 61; Kivelä ym. 2005, 7; STM 2006.)

2.2.4 Vanhusten kivun hoito

Vanhuksen kivun arviointi sisältää Palviaisen (2005) mukaan erityispiirteitä, joihin hoitohenkilökunnan tulee osata kiinnittää huomiota, esimerkiksi eri sairauksiin liittyvät kivut. Kivun arviointiin voi vaikuttaa myös vanhuksen kommunikaatiovaikeudet sekä motoristen toimintojen väheneminen. Tilviksen (2004) mukaan kivun on todettu heikentävän liikuntakykyä, mutta myös kaventavan ajatusmaailmaa sekä vaikeuttavan kognitiivisia toimintoja. Vanhuksilla kivut voivat myös laukaista sekavuustiloja, etenkin jos vanhuksen muisti on heikentynyt. Vanhustyössä on aina huomioitava vanhuksen fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. Toimintakyvyn eri osa - alueita pitäisi pyrkiä parantamaan ja ylläpitämään eikä ainoastaan hoitamaan sairauksia. (Palviainen 2005, 14; Tilvis 2004, 225; Kivelä 2006 a, 17.)

Laitoshoidossa olevista vanhuspotilaista noin 50 - 80 prosenttia kärsii lähes päivittäisestä tai pitkäkestoisesta kivusta. Usein kivun aiheuttaja on krooninen sairaus, esimerkiksi tuki - ja liikuntaelinsairaus, sydän - ja verisuonisairaus tai syöpäsairaus, mutta se voi aiheutua myös päivittäisistä hoitotoimenpiteistä. Hoitamaton kipu heikentää vanhuksen elämänlaatua ja toimintakykyä ja aiheuttaa inhimillisiä kärsimyksiä. Se lisää myös hoidon tarvetta ja edesauttaa masennuksen syntyä. Ikääntyneen kipukokemukset ovat aina yksilöllisiä ja hoitohenkilökunnan olisi tärkeää tunnistaa vanhuksen kivunhoidon erityispiirteitä. (Palviainen, Kankkunen & Suominen 2005, 12.)

Kivunhoidon laiminlyömiseen on useita syitä, kivun arvioiminen on vaikeaa, koska objektiivisia kipumittareita ei ole. Myös kognitiiviset ongelmat, heikentynyt näkö ja kuulo voivat aiheuttaa kommunikaatio - ongelmia hoitajien ja vanhusten välillä. Vanhuksen subjektiivinen kokemus kivusta on tärkeä ja sanalliset ilmaisut kivusta tulisi aina huomioida, myös dementoituneen non-verbaalisia kivunilmaisuja, liikkeiden varomisia, ääntelyjä, kasvojen ilmeitä, tulisi tarkkailla. (Sauvola 2004, 1.)

Dementoituneiden potilaiden kohdalla esimerkiksi pitkittynyt kiputila voi vähentää liikkumista ja näin aiheuttaa lihaksiin jännitystä. Lihaskivun jännitys puolestaan

vaikeuttaa lihasten aineenvaihduntaa, lisää mahdollisesti kipua ja vaikeuttaa kuntoutumista. Palviaisen ja muiden (2005) mukaan keskivaikeasti ja pitkälle dementoituneen vanhuspotilaan kivun arviointi vaatii hoitajilta erityisosaamista. Kipu on vanhuksilla siis hyvin yleinen oire ja pitkäaikaishoidossa olevilla ikääntyneillä potilailla sitä esiintyy varsin yleisesti. Dementiaa sairastavien kohdalla tilanne näyttää olevan huonompi, koska Sauvolan (2004) tutkimuksen mukaan heidän kohdallaan kipua havaitaan kognitiivisesti terveitä verrokkeja vähemmän. Heidän kohdallaan kipua hoidetaan myös harvemmin lääkkeellisesti. (Taponen 2006, 12; Palviainen ym. 2005, 12; Sauvola 2004, 1.)

Hoitajien tiedot ja taidot kivun hoidosta eivät aina ole ajanmukaisia ja teoretietoa ei osata riittävästi hyödyntää. Henkilökunnan keskuudessa voi olla käsitys, että erilaiset kivut ovat osa luonnollista ikääntymistä. Riittämätön ja ajanmukainen koulutus kipulääkkeiden käytössä voi johtaa tilanteisiin, joissa kipulääkitys jätetään toteuttamatta tai se toteutetaan lääkärin määräystä pienempinä annoksina. Tilviksen (2004) mukaan vanhusten kivun hoidossa ollaan pidättyväisiä, koska pelätään lääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia ja polyfarmasiaa. (Palviainen ym. 2005, 12; Tilvis 2004, 226.)

Vanhuksesta itsestään johtuvia kivunhoidon esteitä saattavat olla esimerkiksi hänen omat pelkonsa lääkkeen sivuvaikutuksista ja riippuvuudesta. Hän voi myös luulla kivun kuuluvan luonnollisena osana vanhenemiseen. Myös pelko siitä, että leimautuu hankalaksi potilaaksi saattaa estää vanhuksen kertomista kivuistaan hoitajille. Vanhus voi kokea olevansa häiriöksi kiireiselle henkilökunnalle ja ei sen vuoksi halua kuormittaa hoitajien työkiireitä omalla kivullaan. Vanhuksen oman mielipiteen kuuleminen kivunhoidossa tulee huomioida. Moni vanhus on tyytyväinen pieneenkin helpotukseen päivittäisessä kivussa, jos sillä helpotetaan hänen selviytymistään jokapäiväisessä elämisessä. (Palviainen ym. 2005, 13; Tilvis 2004, 226.)

3 TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖSTÖ LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAJANA

3.1 Sairaanhoitaja lääkehoidon toteuttajana

Sairaanhoitajan tehtävä on toteuttaa lääkehoitoa, jonka osaamiselle saadaan perusteet koulutuksen aikana. Onnistuneen lääkehoidon edellytyksenä on lääkeaineiden vaikutusmekanismien, niiden vaiheiden ja haittavaikutusten tunnistaminen elimistössä. Sairaanhoitajalla tulee olla valmiudet seurata potilaan tilaa ja oireita sekä lääkehoidon vaikutusta hoidon toteuttamisen aikana ja sen jälkeen. Sairaanhoitajan tulee hallita lääkelaskut sekä keskeiset toimenpiteet, jotka liittyvät lääkehoidon toteuttamiseen, esimerkiksi injektioiden antaminen. Tärkeän osuuden lääkehoidon kokonaisuudesta muodostavat myös potilaan ohjaus ja itsehoidon tukeminen. (Mattila & Isola 2002, 3884; STM 2005, 29.)

Sosiaali - ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2005 oppaan Turvallinen lääkehoito - valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali - ja terveydenhuollossa, jossa kuvataan lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön valmiudet ja edellytykset osallistua lääkehoidon toteuttamiseen. Oppaan mukaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, kuten sairaanhoitaja, saa peruskoulutuksessaan valmiudet saattaa lääkkeitä käyttökuntoon, antaa injektioita ihon alle, ihon sisään ja lihakseen, rokottaa, osallistua epiduraaltilaan annettavaan lääkehoitoon sekä toteuttaa verensiirtohoitoa. Osaaminen tulisi varmistaa sekä antaa lisäkoulutusta suonensisäisestä neste - ja lääkehoidosta, verensiirtohoitosta sekä epiduraaltilaan annettavan lääkehoitoon osallistumisesta ja rokottamisesta. Osaaminen tulisi näyttää kokeneelle laillistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle. Toimipaikkayksikön vastaavan lääkärin tai hänen määräämänsä lääkärin tulisi myöntää lupa lääkehoidon toteuttamiseen. (STM 2005, 53.)

3.2 Lähihoitaja lääkehoidon toteuttajana

Nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, kuten lähi - /perushoitaja, saa valmiudet peruskoulutuksessaan osallistua lääkkeen jakamiseen potilas-kohtaiseksi annokseksi, luonnollista tietä annettavaan lääkehoitoon sekä antaa injektioita ihon alle ja lihakseen. Osaaminen tulisi heidän kohdallaan varmistaa sekä antaa tarvittaessa lisäkoulutusta lääkkeen tilaamisesta, injektion antamisesta ihon alle sekä osallistumisesta lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusion vaihtamiseen. Lupa ja näyttö tulisi suorittaa tässä ryhmässä samoin kuin edellisessä. Lähi - /perushoitajien tulee koulutuksensa perusteella pystyä seuraamaan lääkehoidon vaikutusta, yhteisvaikutuksia, sivuoireita, sekä raportoimaan niistä. Lähi - /perushoitajan on kyettävä seuraamaan potilaan tilaa, oireita ja lääkehoidon vaikuttavuutta hoidon toteutumisen aikana ja sen jälkeen. (STM 2005, 53, 30.)

3.3 Kouluttamaton henkilöstö lääkehoidon toteuttajana

Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö voi lisäkoulutuksella ja osaamisen varmistamisella osallistua valmiiksi jaettujen lääkkeiden antamiseen luonnollista tietä, injektioiden antamiseen ihon alle sekä lääkkeiden jakoon dosettiin potilaiden kotona. Lupa - ja näyttökäytäntö ovat sopimukseen perustuvaa ja riippuvat potilaasta, lääkkeestä ja tilanteesta. Työntekijän osaaminen on varmistettava säännöllisesti. Luvan myöntää vastaava lääkäri ja näyttö annetaan laillistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle. Lääkehoitoa tekevä kouluttamaton työntekijä vastaa omasta toiminnastaan ja työnantajan vastuulla on toiminnan asianmukaisuus. (STM 2005, 50 - 53.)

3.4 Kirjaaminen

Lääkehoitoa toteuttavan henkilön tulee seurata potilaan vointia ja havainnoida mahdollisia sivuvaikutuksia tai haittavaikutuksia. Lääkehoidon toteutumista ja vaikutusta tulee dokumentoida asianmukaisesti, koska tavoitteena on positiivinen muutos potilaan voinnissa. Arviointia tulee suorittaa yhteistyössä eri terveydenhuollon ammattiryhmien ja potilaan kanssa. Terveydenhuollon am-

mattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti muut hoitoon osallistujat saavat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin. Merkinnät tulee tehdä selkeästi ja ymmärrettävästi, niissä tulee käyttää yleisesti hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjoihin tehtävät merkinnät tulee olla laajuudeltaan riittävät, jotta niistä ilmenee hyvän hoidon järjestämiseen, suunnitteluun ja toteutukseen sekä seurannan turvaamiseen tarvittavat tiedot. (STM 2005, 37; A 2001/99.)

Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten hoitotyön kirjaamista on tutkittu pohjoismaissa viime vuosina ja tutkimuksissa on ilmennyt, että hoitosuunnitelmissa potilaiden tarpeiden asettelu ja yhteys hoitosuunnitelmaan on puutteellista. Erityisesti pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten kohdalla merkintöjen tulee olla tarkkoja koskien vanhuksen tilassa tapahtuneita muutoksia sekä toteutettuja hoitoja. Ajantasaisella kirjaamisella turvataan vanhukselle yhtenäinen hoito ja hoitotyöntekijöille tehokas kanava tiedonvaihtoon. (Voutilainen 2004, 26 - 27.)

Asiakirjoista tulee voida päätellä myös jälkikäteen, onko toiminta ollut asianmukaista, millainen potilaan terveydentila on ollut ja mitä hoitokeinoja on käytetty sekä mitkä hoidon vaikutukset ovat olleet. Periaatteena tulee pitää, että se mitä on kirjattu, on tehty. Henkilökunnan oikeusturvaa ja potilasturvallisuutta lisää huolellinen, oikea - aikainen ja virheetön kirjaaminen. Voutilaisen (2004) mukaan kirjaaminen on näyttö toteutuneesta hoitotyöstä ja kuvaa myös hoitohenkilökunnan ammatillista vastuuta hoidettaviaan kohtaan. Noudata kirjaamisesta annettuja lainsäädännöllisiä ohjeita sekä normeja, turvataan potilaan ja hoitajan oikeusturva. (Hallila 2005, 111; Voutilainen 2004, 75; Palviainen 2005, 22.)

Potilasasiakirjoihin kuuluu oleellisesti ammattihenkilöiden tekemät merkinnät potilaasta ja hoidosta tekemistään havainnoista, arvioista ja johtopäätöksistä sekä niiden perusteista. On tärkeää kirjata tietoja riittävästi, jolloin voidaan perustella taudinmääritys, valitut hoidot ja toimenpiteiden tarpeellisuus. Merkinnöistä tulee ilmetä miten potilaan hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotain erityistä ja millaisia hoitoa koskevia päätöksiä on tehty. Hoito-

työn kirjaaminen tulee toteuttaa siten, että siinä näkyy mitä päätöksiä hoitossa on tehty, miksi niitä on tehty sekä miten päätökset on toteutettu ja onko niillä ollut vaikutusta. Tärkeää on myös, että kirjaamisessa huomioidaan mihin tehdyt päätökset ovat perustuneet. Mikäli kirjaaminen on puutteellista, on toiminnan ohjaaminen ja arviointi vaikeaa. (STM 2001, 161 - 162; Lundgrén - Laine & Salanterä 2007, 30; Saranto & Ensio 2007, 125.)

Tähän asti Suomessa on kirjattu pääasiallisesti hoitotyön prosessimallin mukaisesti, johon kuuluu hoitotyön tarpeen arviointi, hoitotyön diagnoosi, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toiminnot, hoitotyön tulokset ja niiden arviointi. Jatkossa kirjaaminen tulee pohjautumaan sähköisesti toteutettavaan rakenteelliseen kirjaamiseen, jossa huomioidaan hoitotyön prosessin vaiheet. Näyttää kuitenkin, että hoitotyön prosessimallin mukaisessa kirjaamisessa hoitajilta usein unohtuu hoitotyön tulosten arviointi sekä perustelut päätöksenteolle hoitotyössä. (Hopia & Koponen 2007, 6; Mäkilä 2007, 35.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää vanhusten pitkäaikaislaitoshoidossa tarvittavien lääkkeiden käyttöä potilasasiakirjoihin kirjattujen tietojen perusteella. Saadun tiedon perusteella voidaan jatkossa kehittää lääkehoitoa ja lääkehoidon kirjaamista.

Opinnäytetyön tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millaisia tarvittavia lääkkeitä on käytössä?
- 2) Miten tarvittaessa käytettäviä lääkkeitä käytetään pitkäaikaishoidossa?
 - Millaisissa tilanteissa tarvittavaa lääkitystä käytetään?
 - Miten tarvittaessa käytettävän lääkkeen kirjaaminen on toteutunut ja miten lääkkeen vaikutusta on arvioitu?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän Puuppolan hoivasairaalan osastolla 1 sekä Jyväskylän kaupungin Keljon vanhainkodin osastolla B3. Molemmat osastot tarjoavat vanhusten pitkäaikaishoitoa. Organisaatioiden esitysten perusteella tutkimukseen valikoitui näiden kahden osaston potilaat.

5.1 Kohderyhmien valinta

Tutkimukseen valittiin kaksi vanhusten pitkäaikaishoitoa tuottavaa laitosta, joiden potilasaineisto oli samankaltainen. Kahden hoitolaitoksen valinnalla pyrittiin myös siihen, että saadaan tavoista riippumatonta tietoa vanhusten lääkehoidosta. Tavoitteena oli saada kokoon sellainen potilasryhmä, joka edustaa kattavasti pitkäaikaishoitoa. Tutkimuksen kohderyhmä (N=32) valittiin tutkimukseen osallistuvien kahden organisaation esityksestä, joka pohjautui siihen, että nämä osastot olivat kiinnostuneet tutkimukseen osallistumisesta ja halusivat kehittää lääkehoitoa. Kohderyhmästä rajattiin pois intervallihoidossa kävijät sekä tutkimusajankohtana pitkällä sairaalajaksolla toisessa sairaalassa olleet.

5.2 Kohderyhmien esittely

Puuppolan hoivasairaala tarjoaa palveluita henkilöille, jotka eivät enää runsaiden tukipalveluiden turvin tule toimeen kotihoidossa. Hoivasairaalassa on 120 hoitopaikkaa, jotka sisältävät dementiaosaston ja vuorohoito - osaston. Hoivasairaala tarjoaa hyvän perushoidon lisäksi virikkeellistä toimintaa, kuten musiikki - ja lukutuokioita. Hoitotyötä toteutetaan kuntouttavalla työotteella yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti. (Jyväskylän Maalaiskunta terveyspalvelut.)

Puuppolan hoivasairaalan osastolla 1 henkilökuntamäärä on yhteensä 23,5 henkilöä. Henkilökuntaan kuuluu yksi osastonhoitaja, neljä sairaanhoitajaa, 16 lähi - /perushoitajaa, yksi ja puoli osastoapulaista sekä yksi kodinhoitaja.

Aamuvuoron vahvuutena on kahdeksan tai yhdeksän hoitajaa, iltavuorossa on aina kuusi hoitajaa ja yövuorossa kaksi hoitajaa. (Ahonen 2008.)

Lääkehoito toteutuu siten, että kaikki koulutetut sairaanhoitajat ja lähi - /perushoitajat jakavat lääkkeitä dosetteihin ja tarjottimelta potilaille. Lähi - /perushoitajilla on toimipaikkakoulutus antaa lääkkeitä lihakseen ja ihon alle sekä muutamilla on myös suonensisäisen lääkehoidon toteutuslupa. Kaikki sairaanhoitajat saavat suonensisäisen lääkehoidon koulutuksen sekä luvan toteuttaa sitä. Osastoapulaiset saavat antaa potilaille tarjottimelta valmiiksi jaettuun lääkkeitä, he eivät saa pistää insuliinia tai jakaa lääkkeitä tarjottimelle. Sairauskohtaista toimipaikkakoulutusta järjestetään henkilökunnalle säännöllisesti heidän toivomustensa perusteella. Lähi - /perushoitajat ovat mukana OSKAR ja TOOL - hankkeissa, joiden tulosten perusteella järjestetään koulutusta niillä osa - alueilla, joilla osaamispuutteet ovat. (Ahonen 2008).

Jyväskylän kaupungin Keljon vanhainkoti tarjoaa pitkäaikaislaitoshoidon vanhuksille, jotka eivät enää selviä kotona kotihoidon ja tukipalvelujen turvin, eivätkä tarvitse sairaalahoitoa. Vanhainkodilla työskentelee ammattitaitoinen henkilökunta, jolla on vanhusta kunnioittava ja perhekeskeinen hoitofilosofia sekä kuntouttava työote. (Jyväskylän kaupunki sosiaali- ja terveystalvet.)

Keljon vanhainkodin osastolla B3 henkilökuntamäärä on yhteensä 30 ja puoli henkilöä. Henkilökuntaan kuuluu yksi osastonhoitaja, neljä ja puoli sairaanhoitajaa, 20 lähi - /perushoitajaa, joista kolme henkilöä toimii näissä tehtävissä ilman hoitotyön koulutusta, yksi kylvettäjä sekä neljä laitoshuoltajaa. Lisäksi osastolle kuuluu varahenkilöstöön yksi sairaanhoitaja ja kaksi lähi - /perushoitajaa. Dementiayksikössä on henkilökuntavahvuutena kolme hoitajaa aamu - sekä iltavuorossa, joista yksi voi olla sairaanhoitaja. Yövuorossa on kaksi hoitajaa, joista toinen on pääsääntöisesti dementiavuolella. (Räihä 2008.)

Laitoshuoltajilla on oikeus antaa valmiiksi annosteltuja lääkkeitä dosetista ja lääketarjottimelta asukkaille. Tämän luvan myöntää osastonhoitaja ja ylilääkäri. Vahvojen kipulääkkeiden annostelemiseksi tarvitaan lupa ylilääkäriltä ja

osastonhoitajalta ja sen voi saada lähi - /perushoitaja sekä sairaanhoitaja. Sairaanhoitajat, jotka ovat suorittaneet lääkärin luennon sekä kirjallisen tentin ja ovat antaneet näytön kanyloinnista osastonhoitajalle, voivat toteuttaa suonensisäistä lääkehoitoa. Luvan myöntää ylilääkäri ja osastonhoitaja, lupa on voimassa viisi vuotta. Suonensisäiseen lääkehoitoon liittyen on tarjolla koulutusta kaksi kertaa vuodessa. Lähi - /perushoitajilla on lupa vaihtaa keittosuolainfuusiopusseja aiemmin suorittamansa koulutuksen perusteella. Sijaisille lääkkeenantoluvat myönnetään tapauskohtaisesti osastonhoitajan toimesta. Lääkehoitoon liittyen koulutusta on tarjolla terveyskeskussairaalan ja sairaanhoitopiirin järjestämien sekä omien koulutustilaisuuksien muodossa. (Räihä 2008.)

5.3 Tiedonkeruu

Tarvittavien lääkkeiden käyttöä selvittiin kahden hoito - osaston potilasasiakirjojen perusteella. Potilasasiakirjoihin perehdyttiin takautuvasti yhden kuukauden ajalta ja tarkasteltiin potilasasiakirjojen päivittäisen kirjaamisen hoitotyön seurantalomakkeita sekä lääkelistaa ja - korttia. Potilaista kerättiin taustatietoina ikä, sukupuoli, keskeiset diagnoosit sekä hoidossa oloaika. Potilasasiakirjoista tarkasteltiin tarvittaessa annettavien lääkkeiden käyttöä, niiden antamisperusteita, vaikutuksen arviointia sekä minkä ammattiryhmän edustaja oli lääkkeen antanut. Tutkimuksessa on käytetty sekä kvalitatiivista, että kvantitatiivista lähestymistapaa.

Tiedonkeruu suoritettiin molemmissa tutkimuspaikoissa, jossa Puuppolan hoivasairaalassa tutkittavien potilasasiakirjoista tulostettiin lääkelehti, hoitotyön lehdet sekä kopioitiin lääkekortti. Lisäksi tarkasteltiin lääkkeen määrääjä, lääkärin määräykset lehdeltä sekä yleislääketieteen lehdiltä. Keljon vanhainkodissa kerättiin merkinnät tutkittavien potilasasiakirjoista lääkelehdeltä, hoitotyön lehdiltä sekä lääkekortilta. Lisäksi tarkasteltiin lääkkeen määrääjä yleislääketieteen lehdiltä.

Tutkimuksen yhteydessä potilaat koodattiin ja tunnistetiedot poistettiin. Myös henkilökunnan nimet poistettiin hoitotyön lehdiltä, ainoastaan ammattinimike

jätettiin näkyville. Päivittäisen hoitotyön lehdiltä kerättiin vain ne merkinnät jotka koskivat tarvittavien lääkkeiden käyttöä.

5.5 Tutkimuksen analysointi

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007) mukaan analyysimenetelminä voidaan käyttää muun muassa, teemoittelua, tyypittelyä, sisällön erittelyä, diskurssianalyysia ja keskusteluanalyysia. Analyysi tavaksi tulee valita se, joka tuo parhaiten vastauksen ongelmaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 216 - 219.)

Saadut tulokset järjestettiin Windows EXEL - taulukko-ohjelman avulla lääkeaineryhmittäin. Potilasasiakirjat luettiin ja niistä poimittiin lääkehoitoa koskevat merkinnät ja tarkasteltiin lääkelistojen avulla, oliko kyseessä säännöllisesti vai tarvittaessa käytettävä lääke. Tämän jälkeen merkinnät koottiin yhteenvedoksi lääkeaineryhmittäin. Yhteenvedon pohjalta laskettiin valmisteiden käyttömäärät ja tarkasteltiin antamisperusteita, lääkkeen antajaa, määrääjää sekä vaikutuksen arviointia. Taustatiedot, kuten sukupuoli, hoidossaoloaika ja keskeiset diagnoosit järjestettiin taulukkomuotoon.

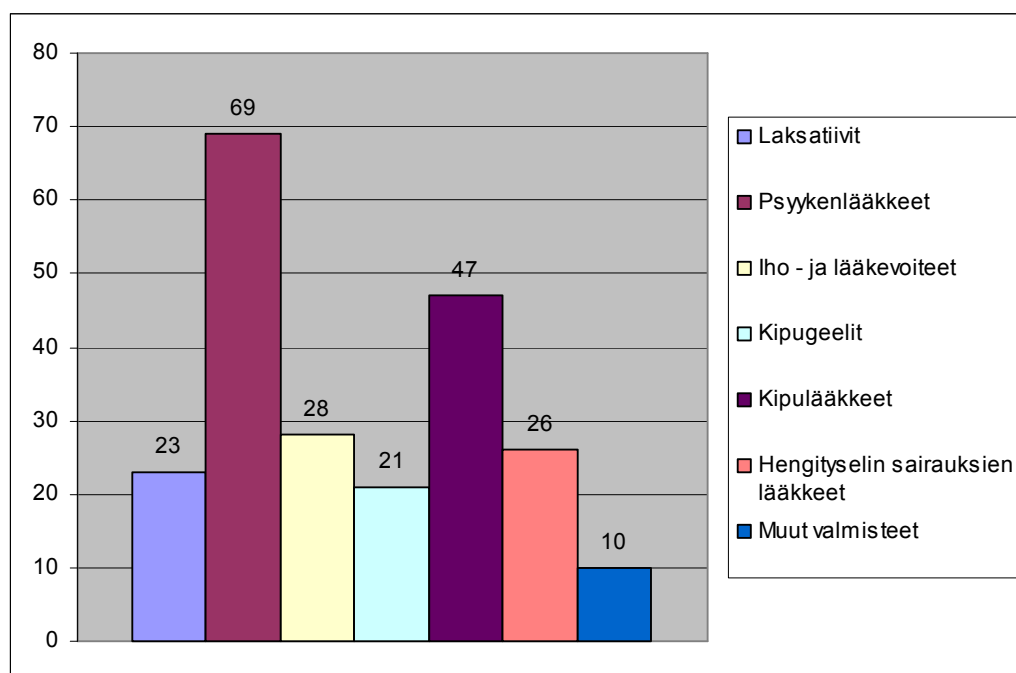
Tutkimuksen aikana käytettyjen lääkkeiden perusteella muodostettiin lääkeaineryhmät, joissa huomioitiin molemmissa tutkimuspaikoissa käytetyt lääkkeet. Käytetyt lääkkeet jaettiin vaikutusalueen mukaisiin ryhmiin. Hoitotyön lehdistä tarkasteltiin, mikä lääke oli annettu, mihin tarkoitukseen, kuka oli antaja ja oliko lääkkeen vaikutusta arvioitu. Lääketieteen lehdiltä katsottiin, löytyykö lääkärin määräystä kyseisestä lääkkeestä.

6 TULOKSET

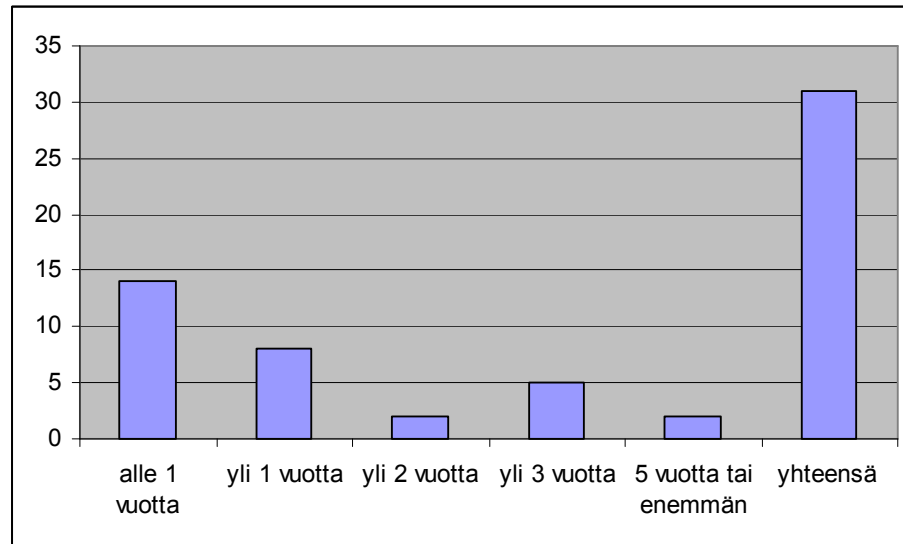
6.1 Tutkimuksen taustatiedot

Tutkittavien keski - ikä oli tutkimusajankohtana 78 vuotta. Tutkittavia oli yhteensä 32 henkilöä ja keskimääräinen hoidossaoloaika oli tutkimushetkellä

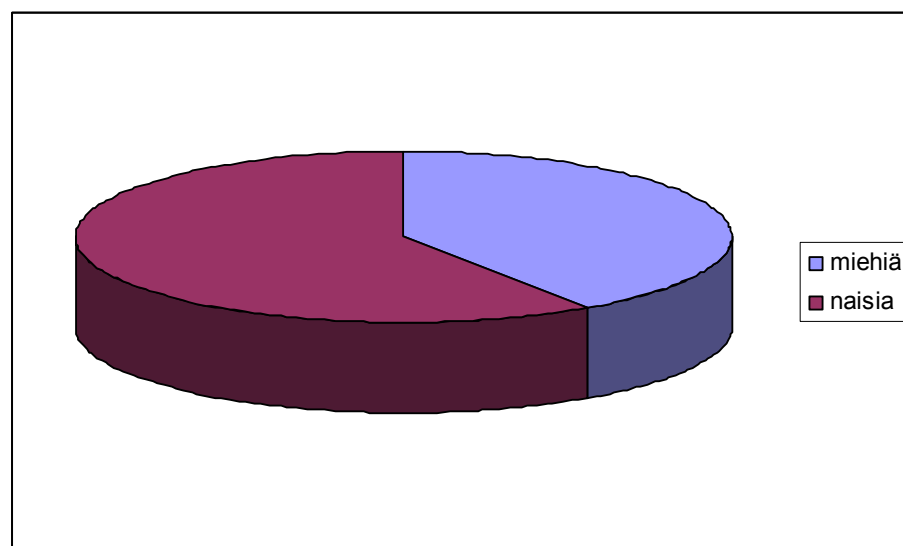
kaksi vuotta ja kymmenen kuukautta. Kuviossa 2 näkyy hoidossaoloaika luokiteltuna hoidon keston mukaisesti. Yhdelle tutkittavista pitkäaikaishoitopäätös oli tehty tutkimusajankohdan jälkeen. Sukupuolijakauma näkyy kuviossa 3. Tutkittavista miehiä oli 13 ja naisia 19. Tutkimusajankohta oli lokakuu 2007. Tutkimusajankohtana annettiin tarvittaessa käytettäviä lääkkeitä yhteensä 225 kertaa. Kuviossa 1 näkyy eri lääkeaineryhmien antomäärät tutkimusajankohtana.



KUVIO 1. Tarvittaessa käytettävien lääkkeiden antomäärät lääkeaineryhmittäin tutkimusajankohtana.



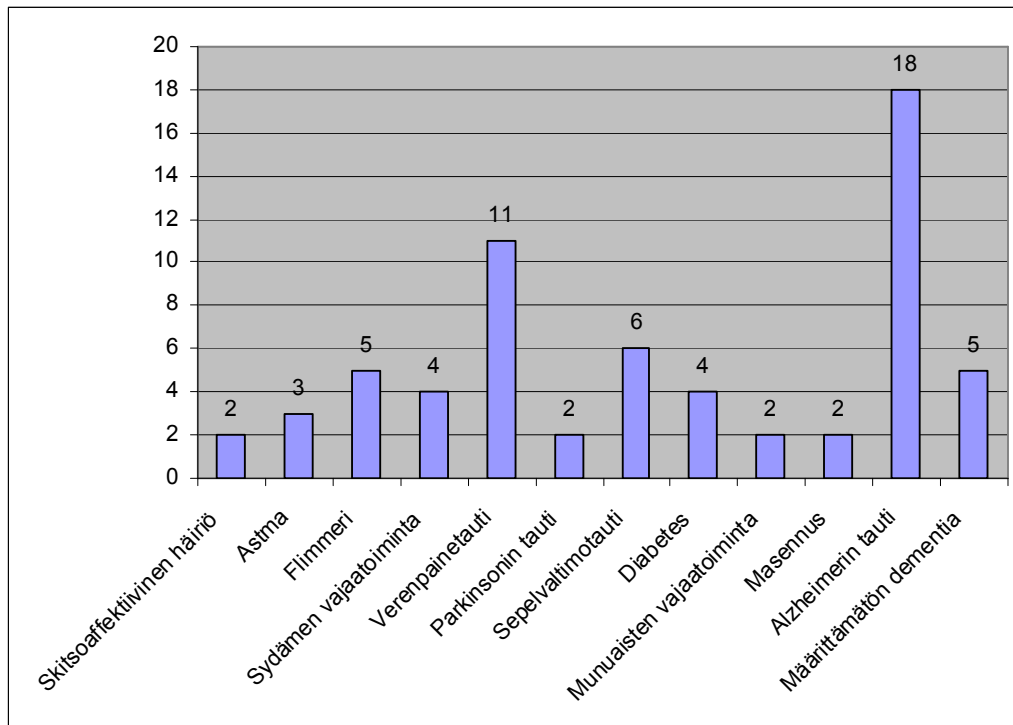
KUVIO 2. Tutkittavien keskimääräinen hoidossaoloaika tutkimusajankohtana.



KUVIO 3. Tutkittavien sukupuolijakauma.

Tutkimuksessa tarkasteltiin tutkittavien diagnooseja sekä säännöllisessä käytössä olevia lääkkeitä. Keskeiset diagnoosit näkyvät kuviossa 4. Psykykenlääk-

keitä tutkittavista käytti säännöllisesti 28. Käytettyjä valmisteita olivat mm. Tenox®, Opamox®, Zyprexa®, Cipramil® ja Risperdal®. Muistilääkkeitä käytti säännöllisesti yhdeksän tutkittavaa. Käytettyjä valmisteita olivat Reminyl®, Epixa® ja Arisept®. Tutkittavista 11:sta oli käytössään säännöllinen kipulääkitys, joista käytetyin lääkeaine oli parasetamoli.



KUVIO 4. Tutkittavien keskeisten diagnoosien lukumäärä.

6.2 Laksatiivit

Microlax® peräruisketta käytetään tilapäisiin ummetusvaivoihin. Valmiste pehmittää ulostemassaa ja helpottaa suolen tyhjenemistä ärsyttämättä suolta. Valmiste on hyvin siedettyä, joten haittavaikutuksia sen käytöstä ei juuri esiinny. Vaikutus alkaa noin viidentoista minuutin kuluttua. (Pharmaca Fennica 2008.)

Duphalac® - valmistetta käytetään ummetuksen hoitoon. Haittavaikutuksina voi hoidon alussa ilmetä ilmavaivoja, jotka kuitenkin häviävät hoidon jatkues-
sa. Jauhe tai oraaliliuos otetaan mieluiten aamulla ruokailun yhteydessä.
Lääkkeellä ei ole todettuja yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa.
(Pharmaca Fennica 2008.)

Laksatiiveja käytettiin tarkasteluajankohdan aikana yhteensä 23 kertaa. Lääk-
keen antajana oli 19 tapauksessa lähi - tai perushoitaja ja kaksi kertaa lääk-
keen antajana oli osastoapulainen. Käytetyin valmiste oli Microlax®, sitä an-
nettiin yhteensä yhdeksän kertaa. Duphalac® lääkettä käytettiin kuusi kertaa
ja Metalax® - valmiste viisi kertaa. Lääkäri oli määrännyt lääkkeen neljässä
tapauksessa ja lääkkeen vaikutusta oli arvioitu 14 tapauksessa. Kahdeksassa
tapauksessa oli kirjattu lääkkeen antamisperuste.

” Vatsa kovalla, sai luumunektari ja yksi Microlax laitettu”.

” Vatsa toiminut kahdella Metalax- supolla.”

Vatsan toimintaa edistävien lääkkeiden antamisessa hoitajat käyttivät tutki-
musajankohtana useissa tapauksissa omaa päätösvaltaansa. Kirjaamisessa
ilmeni yleensä lääkkeen antamisen syy ja sen vaikutus. Laksatiivit olivat ainoa
lääkeryhmä, jossa lääkkeen vaikutusta oli tarkimmin kirjattu.

6.3 Psyykenlääkkeet

Opamoxin® vaikuttava aine on oksatsepaami. Sen käyttöaiheita ovat ahdis-
tuneisuus, jännittyneisyys, pelkotilat ja unettomuus. Lääkehoidon tulisi olla
mahdollisimman lyhytkestoista ja kestää korkeintaan neljä viikkoa. Lopetuk-
sen tulisi olla asteittainen, mikäli hoito pitkittyy tai on muodostumassa pysy-
väksi on sen tarve arvioitava huolellisesti. Lääke voi aiheuttaa toleranssia ja
riippuvuutta. Tavallisimpia haittavaikutuksia unilääkkeinä käytettynä on väsy-
tävä vaikutus, johon voi liittyä ataksiaa, koordinaatio häiriöitä, tarkkaavaisuu-
den vähenemistä, tunne - elämysten latistumista, sekavuutta, horjumista,

näön hämärtymistä sekä lihasheikkoutta, Se voi aiheuttaa myös paradoksaalista kiihtymystä sekä muistihäiriöitä. (Pharmaca Fennica 2008.)

Tenoxin® vaikuttava aine on tematsepaami ja sen käyttöaiheita ovat unettomuus, erityisesti nukahtamisvaikeudet sekä tilapäinen ahdistuneisuus ja jännittyneisyys. Hoidon tulee kestää muutamasta päivästä kahteen viikkoon, enintään neljä viikkoa ja lääkkeen käyttö tulisi lopettaa asteittain. Valmisteen pitkäaikaiseen käyttöön voi liittyä toleranssin ja riippuvuuden riski. Haittavaikutuksina voi esiintyä väsymystä, uneliaisuutta päiväaikaan, sedaatiota, tunne-elämysten latistumista sekä tarkkaavaisuuden vähenemistä. Vanhuksilla ja dementoituneilla tematsepaami voi aiheuttaa paradoksaalista kiihtyneisyyttä, jonka oireita ovat rauhattomuus, ärtyneisyys, aggressiivisuus, harhaluuloisuus, painajaisunet, hallusinaatiot, harhaluuloisuus sekä psykoosit. (Pharmaca Fennica 2008.)

Imovanen® vaikuttava aine tsopikloni ja sen käyttöaiheita ovat tilapäinen ja/tai lyhytaikainen unettomuus, varsinkin jos se ilmenee nukahtamisvaikeuksina ja/tai toistuvina yöllisinä heräämisinä ja/tai liian varhaisina aamuheräämisinä. Lääkehoidon kestoksi suositellaan korkeintaan neljä viikkoa ja lopetus tulisi tehdä asteittain. Lääke voi aiheuttaa toleranssia ja riippuvuutta pitempiaikaisessa käytössä. Yleisimmät haittavaikutukset ovat kitkerä maku suussa ja uneliaisuus. Keskushermostoa lamaava vaikutus voi korostua, mikäli käytetään samanaikaisesti neuroleptejä, muita unilääkkeitä, anksiolyyttejä, sedatiiveja, masennuslääkkeitä, euforisoivia analgeetteja, epilepsialääkkeitä, anestesiasaineita ja väsyttäviä antihistamiineja. (Pharmaca Fennica 2008.)

Stesolidin® vaikuttava aine on diatsepaami, käyttöaiheena ovat akuutit ja krooniset neuroottiset tilat, joihin liittyy tuskaisuutta, levottomuutta ja jännittyneisyyttä. Valmistetta käytetään myös unettomuudenhoitoon ahdistuneella potilaalla sekä esilääkkeenä. Kuten muillakin bentsodiatsepiineilla myös diatsepaamihoito tulisi olla lyhytkestoinen ja lopettaa asteittain. Haittavaikutuksina esiintyy uneliaisuutta, lihasheikkouden tunnetta sekä lievää ataksiaa. (Pharmaca Fennica 2008.)

Levozin® sisältää levomepromatsiinimaleaattia, joka vastaa levomepromatsiinia. Sen käyttöaiheita ovat psykoosi, varsinkin kun siihen liittyy tuskaisuutta, väkivaltaisuutta, kiihtyneisyyttä, jännittyneisyyttä, unettomuutta ja vaikeat kiputilat. Yleisimmät haittavaikutukset ovat ortostaattinen hypotonia, huimaus ja pyöritys. Se voi aiheuttaa myös sedaatiota ja väsymystä sekä extrapyramidaalioireita sekä antikolinergisia vaikutuksia. (Pharmaca Fennica 2008.)

Yhteensä psyykenlääkkeitä käytettiin 69 kertaa tutkimusajankohdan aikana. Lähi - tai perushoitaja oli ollut lääkkeen antajana 61 kertaa, osastoapulainen kaksi kertaa, sairaanhoitaja kolme kertaa ja mielenterveyshoitaja kolme kertaa. Lääkärin määräys lääkkeestä oli 67 tapauksessa ja kahdessa tapauksessa määräystä ei löytynyt. Lääkkeen vaikutusta oli arvioitu 20 tapauksessa. Yleisimmin käytetty lääkevalmiste oli Opamox®, jota oli annettu 55 kertaa. Tenoxia® oli käytetty seitsemän kertaa ja Imovanea® kolme kertaa. Stesolid® ja Levozin® valmisteita oli molempia käytetty kaksi kertaa.

Antamisperuste oli mainittu 64 kertaa ja useimmiten syyksi oli kirjattu potilaan levottomuus ja rauhattomuus. Lisäksi syynä lääkkeen antamiselle oli ollut tuskaisuus, koti-ikävä, unettomuus ja huutelu.

” Kipuja valitteli, kipulääkettä oli vailla, annettu Tenox 10 mg klo 21.30.”

” Vauhti vain yltyi. Alkoi pyrkimään raivokkaasti osastolta ulos. Rynkytti kovasti sähköovea. Oli erittäin levoton. Annettu Levozin 10 mg klo 22.00. Viety nukkumaan ja valvottu sängyn vieressä sen aikaa että nukkui klo 22.00. Se jälkeen taas alkoi kulkea levottomasti ja rynkyttää ovea. Välillä kävi nukkumassa hetken. Sitteen taas kulkua. Loppuyöstä kulkeminen jatkui, mutta oli ololtaan rauhallisempi.”

” Levoton, kulkee ympäriinsä huoneissa, annettu Stesolid 2 mgx1 kello 14.50 oloa helpottamaan.”

"Sai pesupelkoonsa aamulla aamupalan aikaan Tenox 20 mg x $\frac{1}{2}$."

"Rauhaton ja hätäinen. Virtsantuska kova. Halusi soittaa vaimolle. Annettu Opamox 15 mg kello 9.20."

"Kotia lähtöä tekee, ei ottanut aamulääkkeitä. Aamupalaa ei syönyt, hoitovastainen. Sai Opamox 15 mg kello 11.15."

"Levoton, sohvalla makoilee ja hakkaa käsiä yhteen, huutaa hoitajaa auttamaan ym. Annettu Opamox 15 mg 16.45 oloa rauhoittamaan."

"Erittäin rauhaton, tuskaisen oloinen, veesee asia esillä sekä vaimolle soitellut jne. Sai Opamox 15 mg x1 klo14.55 rauhoittamaan."

"Soittamista lähes kokoajan kysyy, laskeutuu lattialle polvilleen, tuskaisen oloinen, Sai Opamox 15 mg kello 14.15."

"Levoton. Riitautunut muiden asukkaiden kanssa. Tupakkaa etsii vaelttaa ympäri osastoa tupakan perässä. Annettiin Opamox 15 mg $\frac{1}{2}$ x1 rauhoittamaan sillä juttelemalla ei tilanne rauhoittunut (Annettu klo 15)."

"Sai Opamox 15 mg klo 15.10."

Lääkkeen vaikutusta oli arvioitu 20 kertaa ja arviointi oli koskenut useimmiten sitä, että potilas oli nukkunut lääkkeen vaikutuksesta.

"Sen avulla nukkuikin hyvin."

"Nukkunut."

”Rauhoittui.”

”Hieman rauhoittui mutta valitteli virtsaamisvaikeutta.”

”Rauhallisempi illan oli.”

Psykykenlääkkeiden osalta antamisperuste oli kirjattu lähes kaikissa tapauksissa, mutta lääkkeen vaikutuksen arviointi oli vähäistä tai sitä ei ollut lainkaan. Potilaan voinnin seuranta ja lääkkeen vaikutusta ei ollut jatkettu myöskään seuraavassa vuorossa, mikä saattaa heikentää hoidon jatkuvuutta.

6.4 Iho- ja lääkevoiteet

Pimafucin® emulsiovoide on itsehoitovalmiste. Vaikuttava aine on natamysiini, joka tappaa monia eri hiivasieniä iholta ja limakalvoilta. Emulsiovoidetta levitetään ohuelti iholle 1 - 4 kertaa vuorokaudessa noin kahden viikon ajan, joissain tapauksissa pidempi hoitajakso saattaa olla tarpeellinen. Haittavaikutuksena saattaa ilmetä ihon ja limakalvojen vähäinen ärtyminen. (Pharmaca Fennica 2008.)

Pimafucort® voiteen vaikuttavat aineet ovat natamysiini, neomysiini ja hydrokortisoni. Valmiste kuuluu itsehoitovalmisteisiin. Voidetta käytetään paikallisesti ihon bakteeri- ja sienitulehdusten hoitoon. Lisäksi sitä voidaan käyttää märkivien ja sienten aiheuttamiin ihottumien hoitoon. Valmistetta suositellaan käytettäväksi kahdesta neljään kertaa vuorokaudessa ihottuma - alueelle ja sen ympäristöön. Pitempiaikaista käyttöä ei suositella ilman lääkärin määräystä. Valmisteen haittavaikutuksena mainitaan, että ihottuma saattaa pahentua hoidon alussa. Hoitoa pitää tästä huolimatta jatkaa, koska oire kuuluu lääkkeen vaikutukseen. Muita haittavaikutuksia ovat paikalliset ihon ärsytykset ja allerginen reaktio, jolloin valmisteen käyttö tulee heti lopettaa. (Pharmaca Fennica 2008.)

Fucidin® emulsiovoiteen vaikuttava aine on antibiootteihin kuuluva fusidiini ja sen käytössä noudatetaan lääkärin antamia ohjeita. Käyttöaiheena tällä val-

misteella on stafylokokki - bakteerien aiheuttamien tulehdusten hoito. Emulsiovoidetta levitetään ohuelti infektoituneeseen kohtaan, jonka jälkeen alue voidaan peittää. Haittavaikutuksena valmisteella saattaa olla ihoärsytys. Allergiset reaktiot ovat harvinaisia. (Pharmaca Fennica 2008.)

Bemetsion® voiteen vaikuttava aine on beetametasoni, joka kuuluu vahvoihin kortikosteroideihin eli toiseksi vahvimpaan luokkaan niiden neljästä eri luokasta. Valmistetta käytetään vaikeisiin ihosairauksiin, ihotulehduksiin ja allergioihin, tyypillisenä käyttöalueena on psoriasis. Valmiste lievittää paikallisesti ihon allergisia ja tulehduksiin liittyviä reaktioita. Valmistetta tulee käyttää lääkärin ohjeiden mukaan. Ohjeiden mukainen käyttö ei aiheuta haittavaikutuksia, mutta pitkäaikaisen käytön seurauksena lääkeaine saattaa imeytyä elimistöön. Pitkäaikaisen käytön seurauksena saattaa iholle muodostua verenpurkauksia ja arpijuovia. (Pharmaca Fennica 2008.)

Iho - ja lääkevoiteita laitettiin yhteensä 28 kertaa. Yleisimmin käytettiin käsihuuhdetta/ Easydesi® valmistetta, yhteensä kahdeksan kertaa. Ceridal® ihoöljyä käytettiin viisi kertaa ja Bepanthen® voidetta kolme kertaa. Lääkevoiteita Pimafucinia®, Dactakortia®, Fusidinia®, Bemetsonia® ja Hydrokortisonia käytettiin kutakin kaksi kertaa. Lisäksi käytettyjä valmisteita olivat Doktorin® puuteri ja Pimafucort®. Lähi - tai perushoitaja oli antajana 27 kertaa ja osastoapulainen yhden kerran. Lääkärin määräys valmisteesta löytyi kahdessa tapauksessa. Lääkkeen vaikutusta ei ollut arvioitu yhdessäkään tapauksessa. Antamisperusteina olivat rintojen alusten hoito, ihon kuivuus tai ihottuma.

”Juotavaa ja selän rapsutusta pyytännyt. Molemmat toteutettu, kuttinaan laitettu käsidesiä.”

” Rinnanaluset pudistettu käsihuuhteella.”

Bepanthenia® ja Ceridalia® oli yleisimmin käytetty ihon kuivuuteen tai ihottuman hoitoon. Yhdessä tapauksessa syytä ei ollut kuvattu lainkaan.

”Iho kuiva, rasvattu Ceridalilla.”

"Vatsan alueella punaista ryyhelmää, Bepanthen voidetta laitettu."

"Takapuolen iholla punoittava ihottumaläikkä, johon laitettu Ceridol öljyä."

"Alapää rasvattu Daktacortilla, vielä oli punoitusta."

"Oikean jalan nimetön varvas rikki, erittävä kynnen vierestä. laitettu Doktorin puuteria ja taitokset."

"Peniksessä vesirakkuloita Pimafucin viety huoneeseen, josta voisi laittaa penikseen kaksi kertaa vuorokaudessa."

"Peniksen pää rasvattu Pimafucinilla."

"Alaselkä punainen. Pistemäistä ihottumaa molemmilla reisillä ja alavatsalla. Sanoo selän olevan kipeä. Bemeton 0.1% voide laitettu."

"Rasvattu ihottumat Hydrocortisonilla."

Iho - ja lääkevoiteiden osalta kirjaaminen oli vaikutuksen arvioinnin osalta jäänyt kokonaan tekemättä. Ihonhoitoa pidettiin selkeästi tärkeänä osana perushoitoa ja siihen käytettiin useita eri valmisteita. Vaikutuksen arviointiin ei kirjaamisessa ollut kiinnitetty huomiota, jolloin jokaisen vuorossa olleen hoitajan täytyi tehdä hoitotilanteessa päätös hoidon jatkamisesta. Kirjaamisessa ei ollut kuvailtu ihottuman laajuutta tai ulkonäköä, joka heikentää hoidon vaikutuksen arviointia. Kirjaamisesta ei käy ilmi, millä perusteella kyseinen ihonhoitotuote on valittu.

6.5 Kipugeelit

Piroxin® geelin vaikuttava aine on piroksikaami. Käyttöaiheena ovat tuki - ja liikuntaelinten tulehdukset ja kiputilat, jänne - ja jännetupentulehdukset, periartriitti, artroosi, urheilusta tai tapaturmasta aiheutuneet vammat, nyrjähdykset, venähdykset ja ristiselkäkivut. Haittavaikutuksena voi esiintyä lievää paikallista ihoärsytystä, punoitusta ja kutinaa. (Pharmaca Fennica 2008.)

Yhteensä kipugeelivalmisteita käytettiin 21 kertaa tutkimusajankohdan aikana. Yleisimmin käytetty valmiste oli Piroxin®, jota käytettiin 17 kertaa. Lisäksi käytettiin Mobilatia® neljä kertaa. Yleisimmin lääkkeen oli antanut lähi - tai perushoitaja (N= 15). Sairaanhoidtaja oli antanut lääkkeen viisi kertaa ja osastoapulainen kerran. Lääkemääräystä ei löytynyt yhdessäkään tapauksessa. Arviointia oli suoritettu yhden kerran. Yleisimmin kipugeeliä oli käytetty olkapään kipuun. Myös hartioita, käsivarsia, polvia, niskaa, jalkoja, jäseniä ja selkää oli hoidettu kipugeelillä. Syytä kipugeelin käyttöön oli kuvattu yhdeksässä tapauksessa, muissa mainittiin vain kipugeelin käyttö.

” Hartia ja olkapää kipua valitti, Piroxin geeliä niihin laitettu ja vähän hierottu. Kipu vastaa hengitykseen.”

”Käsivarret ja olkapäät rasvattu Piroxin-voiteella.”

Kipugeelin käyttö kirjaamisen mukaan on ollut lähtöisin potilaan tarpeesta ja sen vuoksi vaikutuksen arviointia ei mahdollisesti ole kirjattu. Kipugeelin käyttö näyttäisi näissä tapauksissa olleen vaihtoehto sisäisesti käytettävälle kipulääkkeelle.

6.6 Kipulääkkeet

Disperiniä® käytetään eri syistä johtuviin kipu - ja kuumetiloihin sekä reumaattisiin särkyihin. Samanaikaisesti antikoagulanttien kanssa käytettäessä verenvuotoriski kasvaa. Varovaisuutta on myös noudatettava, jos potilaalla on munuaisten vajaatoimintaa tai sydämen vajaatoimintaa. Haittavaikutuksina

voi esiintyä ylämahakipuja, pahoinvointia sekä ruoansulatuskanavan haavaumia. (Pharmaca Fennica 2008.)

Parasetamolia sisältävää lääkettä käytetään särky - ja kuumetilojen hoitoon. Antiepileptit ja probenesidi saattavat vaikuttaa parasetamolien eliminaatioon. Parasetamolien katsotaan olevan turvallinen, koska se aiheuttaa vain harvoin haittavaikutuksia. (Pharmaca Fennica 2008.)

Ibuprofeiinia käytetään kuume - ja kiputilojen sekä päänsäryn hoitoon. Varovaisuutta on noudatettava, jos potilaalla on todettu verenpainetauti, koska tulehduskipulääkkeen on todettu lisäävän nesteen kertymistä, verenpaineen nousua ja turvotuksia. Ibuprofeiinia ei myöskään saa käyttää muiden tulehduskipulääkkeiden kanssa yhtäaikaisesti. (Pharmaca Fennica 2008.)

Tutkimusajankohtana kipulääkkeitä käytettiin yhteensä 47 kertaa. Yleisimmin käytetty valmiste oli Disperin®, jota käytettiin 22 kertaa. Valmiste oli potilaan henkilökohtaisesti hankkimaa ja lupa valmisteen käytölle oli tullut lääkäriltä. Parasetamolia sisältävää valmistetta käytettiin 18 kertaa, Ibuprofeiinia kuusi kertaa ja Morphinia® kerran. Lähi - tai perushoitaja antoi lääkkeen 35 kertaa, sairaanhoitaja seitsemän kertaa, terveydenhoitaja kerran, osastoapulainen kolme kertaa ja perushoitajan sijainen yhden kerran. Lääkärin määräys lääkkeestä löytyi 23 tapauksessa. Lääkkeen vaikutusta oli arvioitu kolme kertaa. Syy lääkkeen antamiselle löytyi 26 tapauksessa, jolloin oli määritelty, mihin kipuun lääke annetaan.

” Paracetamol 500 mg päänsärkyyn kello 18.00.”

”Annettu Paratabs 500 mg klo 21.30 kun oletettiin, että jalat ovat kipeät ja levottomat.”

” Myöhemmin näytti kivuliaalta, sai Panadol 1g kello 19.30. Rauhoittui sen jälkeen huoneeseen.”

” Kello 01.00 portatiivilla käytetty ja samalla halusi Disperin 50 mg ja sai.”

” Saanut Morphin 20 mg/ml 0.2 ml. Koska huulet sinertävät ja on todella kivulias.”

” Oikeassa kainalossa sekä olkapäällä valittelee kipua. Annettu Paratabs 500 mg x1 kello 17.40.”

”Kertoi ettei särkyjä ole niin paljon kuin viime yönä.”

Kipulääkkeiden kirjaamisessa oli huomioitu aina ajankohta, jolloin kipulääkettä oli annettu. Kaikissa tapauksissa lääkkeen antamisajankohta oli ollut sellainen, että vaikutusta olisi voitu arvioida saman työvuoron aikana. Kirjaaminen kivun luonteesta ja syystä oli puutteellista.

6.7 Hengityselinten sairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet

Teofol® oraaliuusi sisältää teofylliiniimonohydraattia ja sen käyttöaiheena ovat keuhkoastma ja keuhkohtaumatauti. Pitkäaikaishoidossa suositellaan plasman teofyllinipitoisuuden määrittämistä hoitoannoksen löytämiseksi. Lääkkeellä on useiden lääkeaineiden kanssa yhteysvaikutuksia. Yleisimpiä haittoja ovat ruuansulatuskavavan ärsytysoireet, vapina, päänsärky ja ruokahaluttomuus. Kivelä ja muut (2005) tuovat artikkelissaan esille, että Theofolin® tehosta aikuisiän astman tai keuhkohtaumataudin hoitoon ei ole vakuuttavaa näyttöä. Tästä syystä oraalista teofylliiniä tulisi välttää vanhusten lääkehoidossa. (Pharmaca Fennica 2008, Kivelä ym. 2005, 5.)

Tämän ryhmän lääkkeitä käytettiin yhteensä 26 kertaa. Theofol® oli ainoa valmiste, jota käytettiin. Lähi - tai perushoitaja oli antanut lääkkeen 23 tapauksessa, kahdessa tapauksessa lääkkeen antaja oli osastoapulainen ja yhden kerran sairaanhoitaja. 24 tapauksessa lääkkeen oli määrännyt lääkäri, kahdessa tapauksessa määräystä ei löytynyt. Määräämisperustetta ei löytynyt viidessä tapauksessa, muissa tapauksissa peruste löytyi lääkärin lehdistä.

11:ssa tapauksessa lääkärin määräämä lääkkeen määrä oli ylitetty 5 - 10ml:lla. Yhdessä tapauksessa antomäärä oli kirjattu milligrammoina millilitran sijaan. Arviointia lääkkeen vaikuttavuudesta ei löytynyt yhdessäkään tapauksessa. Antamisperustetta ei ollut kirjattu 15:ssa tapauksessa, muissa yleisin syy lääkkeen antamiselle oli yskä, jota ei ole indisoitu syyksi lääkkeen käyttämiselle. Kolmessa tapauksessa antamisen syynä oli hengenahdistus.

"Yskinyt paljon, kokee itse tukehtuvansa, koska kahville noustessa loukkasi selkänsä. Annettu Theofol 10ml yskään."

"Theofolia saanut 15mg klo 22."

"Aamupalan jälkeen valitteli ahdistusta, sai 10ml Theofolia."

"Saanut Theofol ahdistuslääkettä, muuten nukkunut."

Theofolia® annettiin lääkärin määräyksen mukaisesti, mutta sen antamisperusteen kirjaaminen oli puutteellista, vain alle puolessa tapauksista antamisperuste näkyi kirjaamisessa. Lääkkeen vaikutusta ei ollut arvioitu yhdessäkään tapauksessa ja kuitenkin lääke oli melkein päivittäisessä käytössä. Lääkityksen vaikutuksen arvioinnin puuttumiseen voi olla vaikuttava tekijänä lääkkeen antamisen ajankohta, joka oli kaikissa tapauksissa yövuoro.

6.8 Muut valmisteet

Ripulilääkkeitä käytettiin yhteensä viisi kertaa ja käytetty valmiste oli Imocur®. Antaja oli kaikilla kerroilla lähi - tai perushoitaja. Määräystä lääkkeen käytölle ei löytynyt. Arviointia oli tehty kolmessa tapauksessa. Syy lääkkeen annolle oli kaikilla kerroilla ripuli.

"Vatsan toimitusta odottanut koko aamun ja nyt on sitten vatsa ihan ripulillakin. Pyynnöstä kello 11.30 Imocur kaps. x 2, jalat kantaneet huonosti ripuloinnin vuoksi."

”Pottatuolille avustettu, ei ole ollut enään kuralla.”

Happolääkkeitä käytettiin seuranta ajankohtana kolme kertaa. Käytetty valmiste oli kaikissa tapauksissa Gaviscon®. Yhdessäkään tapauksessa ei löytynyt lääkärin määräystä, eikä sitä ollut kirjattu potilaspapereihin, eli lääkekorttiin tai lääkelistalle. Arviointia lääkkeen vaikutuksesta ei tehty yhdessäkään tapauksessa. Yhdessä tapauksessa antamissyötä ei ollut mainittu, yhdessä tapauksessa lääkettä oli annettu mahavaivaan ja toisessa karvaan veden nousemisen estämiseksi. Kaikissa tapauksissa lääkkeen oli antanut lähihoitaja.

”Gaviscon 10ml karvaan veden nousemisen ehkäisemiseksi.”

Lumelääkettä oli annettu yhden kerran seuranta aikana. Lääkkeen antaja oli lähihoitaja ja määräystä lääkkeestä ei löytynyt. Lääke oli annettu unilääkkeeksi tutkittavalle. Vaikutusta oli arvioitu.

”klo 22.30 lääkkeiden lisäksi sai P-tabletin, jota luuli unilääkkeeksi.”

”Nukkunut.”

Sydän - ja verisuonilääkkeitä oli annettu tutkimusajankohtana yhden kerran. Antajana oli perushoitaja, lääkkeen antamiselle ei löytynyt lääkärin määräystä. Lääkkeen vaikutusta ei ollut arvioitu.

”Rintakipuun Dinit -suihke kello 5.00.”

Näissä valmisteissa lääkärin määräystä ei ollut yhdessäkään tapauksessa. Lääkkeen vaikutusta ei ollut arvioitu Gavisconin® ja Dinitin® osalta. Kaikissa tapauksissa lääkkeen antajana oli lähi- tai perushoitaja. Kirjaaminen oli niukkaa ja näin ollen vaaransi hoidon jatkuvuutta.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimusten mukaan vanhusten määrä tulee huomattavasti kasvamaan tulevaisuudessa, joka lisää erityisosaamisen tarvetta vanhusten hoitotyössä. Lääkehoito on tärkeä osa hoitotyötä ja se on yksi erityisosaamisen alue. Tarjolla olevaa hoitotyöntekijöille suunnattua koulutusta tulisi miettiä nimenomaan vanhusten lääkehoidon näkökulmasta. Tulisi laatia menetelmiä, joilla tämä osaaminen voidaan säännöllisesti varmistaa. Vanhusten hoitotyössä tulisi pyrkiä siihen, että kaikilla vanhusten parissa toimivilla on terveydenhuoltoalan ammattitutkinto. (ks. Kivelä 2006 a, Saarelainen 2002, STM 2008.)

Molemmissa tutkimukseen osallistuneissa laitoksissa suurin henkilöstöryhmä oli lähi - /perushoitajat. Henkilökuntaan kuului myös kouluttamattomia työntekijöitä, jotka osallistuivat jossain määrin lääkehoidon toteutukseen. Tutkimuksen mukaan kouluttamaton henkilöstö antoi tarvittaessa käytettäviä lääkkeitä, vaikka molempien laitosten tiedonannoissa mainitaan, että kouluttamaton henkilöstö voi antaa vain valmiiksi annosteltuja lääkkeitä (Ahonen 2008, Räihä 2008). STM:n turvallinen lääkehoito oppaassa ohjeistetaan, että kouluttamaton henkilöstö voi lisäkoulutuksen saatuaan antaa potilaalle valmiiksi annosteltuja lääkkeitä sekä jakaa lääkkeitä dosettiin potilaan kotona (STM 2005, 53). Tutkimusajankohtana kouluttamaton henkilökunta antoi tarvittaessa käytettäviä lääkkeitä oman harkintansa mukaan. Jatkossa tulisi molemmissa toimipaikeissa tarkentaa toimintaohjeita siitä, kuka saa antaa potilaalle tarvittaessa käytettäviä lääkkeitä. Tutkimuksessa ei käy esille, millaista opastusta kouluttamaton henkilökunta on saanut lääkehoidon toteuttamiseen. Tulee myös miettiä, voidaanko työvuorosunnittelulla vaikuttaa lääkehoidon toteutukseen, siten että siitä vastaa terveydenhuollon ammattihenkilö. Esimerkiksi kouluttamattoman henkilön ei tulisi olla yksin yövuorossa, jolloin hän joutuu vastaamaan potilaan lääkehoidosta.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että kirjaaminen on puutteellista ja epätäsmällistä. Eri henkilöstöryhmien välillä ei kirjaamisessa ollut eroja. Puutteellisuuksia ilmenee

muun muassa lääkkeen antamisen perustelemisessa, potilaan voinnin kuvailemisessa sekä lääkkeen valinnan perusteluissa. Lääkkeen vaikutusta oli arvioitu vähän ja kirjaamisten perusteella hoidon jatkuvuuden voidaan katsoa heikkenevän. Kirjaamisessa ei ilmene potilaan oma kokemus voinnistaan, ainoastaan hoitajan arviointi tilanteesta. Kirjaamista tulisi tehostaa ja siinä tulisi ilmetä potilaan oma näkemys hoidosta, kuten sosiaali - ja terveystieteiden lääkehoitoa koskevassa oppaassa ohjeistetaan (ks. STM 2005, 37).

Joissakin tapauksissa potilasasiakirjoista puuttui vuorokohtaiset merkinnät. Näissä tapauksissa potilaan voinnista ei ollut kirjattu mitään kokonaiseen vuorokauteen. Ilmeisesti oletetaan, että mikäli potilaan voinnissa ei ole tapahtunut muutoksia, ei mitään tarvitse kirjata. Tämä voi johtua siitä, että laitoksen katsotaan olevan potilaan koti. Asiaan voi vaikuttaa myös se, että kyse on pitkäaikaisesta hoidosta, jolloin potilaan voinnissa ei välttämättä tapahdu muutoksia pitkiin aikoihin. Tällöin voidaan ajatella, ettei potilaan muuttumatonta vointia tarvitse merkitä potilasasiakirjoihin. Tämän voidaan katsoa vaarantavan olennaisesti hoidon jatkuvuutta sekä potilaan ja hoitajan oikeusturvaa.

Hoitajan merkitys lääkehoidossa korostuu näissä kahdessa laitoksessa, koska lääkäri käy osastoilla kahdesta kolmeen kertaan viikossa. Kirjaaminen korostuu myös siksi, että hoitajat tekevät töitä kolmessa vuorossa, jolloin potilaan hoitaja vaihtuu usein. Kirjausten perusteella voidaan arvioida, onko potilaan tilanne muuttunut lääkkeen käytön aikana, jolloin lääkärin ja hoitohenkilökunnan on helpompi tehdä päätöksiä lääkehoidon jatkumisesta. Potilasasiakirjat ovat tärkeä dokumentti siitä, mitä ja miten potilaan hoidossa on tehty. Tuttu sanonta, ”se mikä on kirjattu, on tehty”, toimii erityisen hyvin myös lääkehoidon dokumentoinnissa.

Kirjaamista tulisi tarkastella myös hoitohenkilökunnan resurssien ja ajankäytön kannalta. Voidaan miettiä, onko henkilökunnan määrä riittävä, jotta kirjaamiseen voitaisiin panostaa riittävästi. Tulisi varmistaa, että kirjaaminen voidaan toteuttaa hoitotyön prosessimallin mukaisesti järjestämällä henkilökunnalle tarvittaessa lisää koulutusta. Henkilökunnalla tulisi olla tiedossa kirjaamiseen liittyvät juridiset velvollisuudet. (ks. STM 2005, A201/99.)

Oireen mukainen lääkitys aloitetaan usein hoitajan viestien perusteella. Tällöin saattaa olla vaarana, että jää huomaamatta oireen todellinen syy ja lääke aloitetaan toisen lääkkeen haittavaikutuksen hoitoon (ks. Kivelä 2004, 11 - 12, 54). Kummassakin laitoksessa jäi hoitajan suullisen viestinnän varaan kertoa lääkärille lääkkeen tarpeesta ja vaikutuksesta kirjaamisen ollessa epätäsmällistä. Lääkkeitä annettiin potilaille myös ilman lääkärin määräystä hoitajan oman arvioinnin mukaan, jolloin vaarana ovat muiden lääkkeiden kanssa mahdollisesti esiintyvät yhteis- ja haittavaikutukset, joita hoitaja ei pysty välttämättä arvioimaan. Syyt lääkkeen antamiselle eivät aina perustuneet lääkkeen käyttötarkoitukselle annetuille ohjeille. Esimerkiksi psyykenlääkkeen antaminen potilaalle, joka halusi soittaa vaimolleen tai Theofolin® antaminen potilaalle, jolla oli yskä.

Tarvittaessa käytettävien lääkkeiden ongelmana on usein se, ettei oireiden syytä ja alkuperää tarkkaan tutkita (ks. Kivelä 2004, 11 - 12, 54). Tutkimuksessa kävi ilmi, että osasta tarvittaessa käytettävistä lääkkeistä oli tullut säännöllisesti käytettäviä ilman lääkärin määräystä. Tämä voi johtua siitä, ettei oireiden syytä ole tarpeeksi selvitetty. Lääkärillä ei myöskään välttämättä ole tietoa siitä, että lääke onkin säännöllisessä käytössä, mikäli hän ei perehdy päivittäisen hoitotyön kirjaamismerkintöihin huolella. Esimerkkinä voidaan mainita tilanne, jossa potilaalla oli päivittäin virtsaamiseen liittyviä ongelmia ja tätä hoidettiin tarvittaessa käytettävällä rauhoittavalla lääkkeellä. Kirjauksista kävi ilmi, että lääkkeen käytöstä oli tullut lähes päivittäistä, eikä virtsaamiseen liittyvän vaivan alkuperää ollut selvitetty.

Tutkimuksessa tuli esille, että psyykenlääkkeitä käytettiin dementoituneille potilaille käytöshäiriöoireisiin. Esimerkkeinä voidaan mainita lääkkeen antaminen käsien taputtamiseen, jatkuvaan vessassa käymiseen, tupakan tuskaan ja haluun soittaa omaiselle. Potilaan vointia eikä lääkkeen vaikutusta ollut seurattu tai arvioitu, joka voi vaikeuttaa hoidon jatkuvuutta. Lähes kaikissa tapauksissa lääkkeen antaja oli ollut lähi- /perushoitaja, joten vaikutuksen arvioinnin puutteellisuus voi olla seurausta lääkkeen antajan koulutuksen mukana tuomasta lääkehoidon osaamisesta. Alasen (2007) tutkimuksessa todetaan, että antipsykoottisten lääkkeiden käyttö liittyy usein epäsopevaan, häiritsevään

käyttäytymiseen tai toistuviin valituksiin, joihin näitä lääkkeitä ei tulisi käyttää (ks. Alanen 2007, 58 - 59).

Rauhoittavien lääkkeiden käytön yhteydessä voidaan pohtia, onko lääkkeen tarve lähtöisin potilaasta vai hoitajasta. Hoitohenkilökunnan tarve lääkkeen antamiselle voi olla hoitajan ahdistuminen potilaan käyttäytymisestä tai huoli muiden osaston potilaiden häiriintymisestä. Rauhoittavien lääkkeiden vaihtoehtona tulee pitää lääkkeettömien hoitokeinojen käyttämistä. Henkilökunnan resursseja, hoitolaitosten tiloja ja koulutusta tulee miettiä lääkkeettömien hoitokeinojen käyttämisen lähtökohdasta.

Kirjaamisten mukaan lääkkeettömiä hoitokeinoja käytettiin vähän tai ei ollenkaan. Kyse voi olla siitä, ettei niitä ole kirjattu potilaspapereihin, vaikka niitä olisi käytettykin. Tutkimusten mukaan, lääkkeettömällä hoidoilla voitaisiin saada parempia hoitotuloksia kuin lääkehoidon avulla. Saattaa olla, että potilaan kanssa vietettyä aikaa tai käytyjä keskusteluja ei koeta kirjaamisen kannalta merkitykselliseksi, jolloin ne eivät näy potilasasiakirjoissa. Yksi syy lääkkeettömien hoitokeinojen käyttämättömyyteen voi olla kielteiset asenteet (ks. Kivellä 2006 b, 12). Ne voivat johtua vanhusten hoitotyön arvostuksen puutteesta. Jo hoitotyön peruskoulutuksessa tulee luoda tasa - arvoinen kuva vanhusten hoitotyöstä verrattuna muihin erityisosaamista vaativiin tehtäviin. Työnantajan tulisi kiinnittää myös huomiota henkilökuntavahvuuksiin, jotta lääkkeettömien hoitokeinojen käyttäminen olisi mahdollista.

Laitoshoidossa olevista vanhuksista noin 80 % kärsii päivittäisestä tai pitkäkestoisesta kivusta. Kivun aiheuttajana on useimmiten pitkäaikainen sairaus. (ks. Palviainen, ym. 2005, 12.) Tästä lähtökohdasta voidaan päätellä, että kipulääkkeiden käyttö vanhusten hoidossa on perusteltua. Kivun hoidossa tulisi kiinnittää huomiota kivun luonteen määrittämiseen ja kipulääkityksen vaikutuksen arviointiin. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kivun luonnetta määriteltiin heikosti eikä kipulääkkeen vaikutusta kirjattu riittävästi. Kivun hoidon esteenä voi olla se, että sekä vanhus että hoitajat luulevat kivun olevan osa vanhenevista (ks. Palviainen 2005, 12 - 13). Tällainen asenne voi olla syynä siihen, ettei kivun luonnetta ole määriteltä eikä kipulääkkeen vaikutusta arvioitu. Hoi-

tohenkilökunnan tulee suhtautua vanhuksen kipuun vakavasti ja etsiä aktiivisesti vaihtoehtoja kivun hoitoon. Hoitohenkilökunnalla voi olla asenne, että kivun tulee helpottua annetulla lääkkeellä, eikä sille ole muuta tehtävissä. Useimmiten potilaat saivat kipulääkettä vain kerran, eikä sen vaikutusta arvioitu. Tällöin ei tiedetä autoiko lääke vai olisiko vanhus tarvinnut muita hoitomenetelmiä kivun lievittymiseksi.

Kipugeeli valmisteita käytettiin tutkimuksen aikana yhteensä 21 kertaa. Vaikuttaisi siltä, että sitä käytettiin korvaamaan suun kautta otettavaa kipulääkettä. Yleisin käyttöaihe oli tuki - ja liikuntaelimiin liittyvät kiputilat. Voidaan ajatella, että potilaan aikaisemmin saama hyöty oli aiheena kipugeelin käytön jatkamiselle. Kipugeelin käyttö oli tutkimusajankohtana kaikissa tapauksissa potilaan pyynnöstä lähtöisin ja se voi olla syynä, ettei kirjaamisessa ollut arvioitu lääkkeen vaikutusta.

On olemassa ristiriitaisia tietoja siitä, mitkä ovat Theofolin® käyttöindikaatiot. Kivelän ja muiden mukaan (2005) sen käytöstä aikuisiän astman ja keuhkohtaumataudin hoitoon ei ole vakuuttavaa näyttöä (ks. Kivelä ym. 2005, 5), kun taas Pharmaca Fennican mukaan ne ovat juuri sen käyttöindikaatioita. (ks. Pharmaca Fennica 2008). Tutkimuksen aikana yleisin käyttöindikaatio Theofolille® oli yskä, jonka hoitoon sitä ei ole tarkoitettu. Tähän voi olla syynä se, että potilas itse pyytää lääkettä, jonka kokee auttavan hengenahdistukseensa. Potilas voi kuvata vaivansa yskäksi, vaikka se ei sitä varsinaisesti olisikaan. Syynä voi olla myös se, että hoitohenkilökunnalla on virheellinen käsitys lääkkeen käyttämisestä. Yleisimmin lääkettä oli annettu yövuorossa. Tämä voi olla syynä siihen, ettei lääkkeen vaikutusta ollut kirjattu. Voi olla, että potilas on lääkkeen ottamisen jälkeen nukahtanut, eikä tämän vuoksi ole ilmaissut lääkkeen vaikutusta hoitajalle, jolloin se on jäänyt kirjaamatta.

Iho - ja lääkevoiteiden käytössä kirjaaminen oli puutteellista erityisesti käyttöalueen kuvailemisen suhteen. Merkinnöistä ei käy esille käyttöalueen tarkkaa sijaintia, eikä sitä miltä iho - ongelma näyttää. Aluetta on voitu kuvata laajalla käsitteellä, kuten "alapää" tai "punoitus", jolloin ei käy esille miten laajalla alueella iho - ongelma on. Näistä syistä jokainen hoitaja joutui itse tekemään

päätöksen siitä, jatkaako jo aloitettua hoitoa vai ei. Tämän perusteella ei voitu myöskään arvioida, onko aloitettu hoito auttanut. Se voi johtaa tehottoman hoidon turhaan jatkumiseen tai tehokkaan hoidon liian aikaiseen lopettamiseen. Osaa käytetyistä voiteista suositellaan käytettäväksi ainoastaan lääkärin ohjeiden mukaisesti niiden sisältämän kortisonin ja antibiootin vuoksi (ks. Pharmaca Fennica 2008). Tutkimuksen aikana näiden voiteiden käyttö aloitettiin ilman lääkärin määräystä. Voi olla, että potilaalla on ollut joskus kyseisiä valmisteita käytössään lääkärin määräyksestä, jolloin hoitohenkilökunta katsoi voivansa aloittaa niiden käytön ilman lääkärin ohjeistusta.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että joissakin tapauksissa tarvittaessa käytettävistä lääkkeistä oli tullut säännöllisesti käytettäviä lääkkeitä ja muutamia lääkkeitä annettiin potilaille ilman lääkärin määräystä. Erityisesti psykelääkkeitä ja hengityselinten sairauksiin tarkoitettuja lääkkeitä annettiin päivittäin, ilman että lääkkeen antamiselle olisi ollut perusteltua syytä. Niiden lääkevalmisteiden osalta, missä ei ollut lääkärin määräystä, voidaan ajatella olleen käsikauppalääkkeitä. Tutkimusajankohtana käytettiin tarvittavia lääkkeitä 225 kertaa, eli keskimäärin noin seitsemän antokertaa per päivä. Tämä vahvistaa sitä käsitystä, että tarvittaessa käytettävistä lääkkeistä on tullut säännöllisesti käytettäviä lääkkeitä.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä lääkehoitoa vanhusten pitkäaikaislaitoshoidossa. Tuloksia voidaan käyttää kirjaamisen kehittämiseen, lääkehoidon osaamisen parantamiseen, lääkehoidon käytäntöjen selkiyttämiseen sekä vanhusten lääkehoidon erityisosaamisen lisäämiseen. Tulosten perusteella tulisi erityistä huomiota kiinnittää kirjaamisen kehittämiseen vanhusten pitkäaikaislaitoshoidossa lääkehoidon näkökulmasta. Hoitohenkilökunnalle tulisi järjestää koulutusta käytettävistä lääkeaineryhmistä, jonka tulee koskea kaikkia hoitotyöhön osallistuvia työntekijöitä. Tutkimustulosten perusteella toimipaikoissa tulisi selkiyttää lääkehoitoon osallistuvien oikeuksia ja velvollisuuksia.

Opinnäytetyön tekemisen myötä meille on selkiytynyt, millaista erityisosaamista vanhusten lääkehoito vaatii henkilökunnalta. Erityisesti tutkimusaineiston

käsittely on konkreettisesti selkiyttänyt kirjaamisen merkitystä hoitotyössä. Potilasasiakirjat ovat juridisia asiakirjoja, joiden perusteella voidaan jopa vuosien kuluttua selvittää potilaan saamaa hoitoa. Hoitajan oman oikeusturvan kannalta on tärkeää dokumentoida potilaan saama hoito. Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut aikaa ja kärsivällisyyttä. Useaan otteeseen olemme joutuneet tarkentamaan ja pohtimaan tavoitteitamme työn suhteen. Tarkoituksena on ollut, että työ palvelisi mahdollisimman hyvin niitä hoitolaitoksia, jotka ovat mukana tutkimuksessamme. Mielestämme tutkimustuloksia voidaan käyttää vanhusten lääkehoidon kehittämiseen näissä hoitolaitoksissa. Haluamme kiittää näitä toimipaikkoja työn tekemisen mahdollistamisesta.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksessa on kerrottava, mihin tutkija perustaa päätelmänsä ja millä perusteella tulkintoja esitetään. Suorat haastatteluotteet tai muut dokumentit selvittävät lukijalle tätä prosessia. (Hirsjärvi ym 2007, 228.) Opinnäytetyössä on käytetty kirjaamiseen liittyviä suoria lainauksia, koska lukijalle muodostuu siten parempi kuva siitä, millä perusteella lääkkeitä on annettu ja niiden vaikuttavuutta on arvioitu.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijoiden täsmällinen selostus tutkimuksen toteutuksesta. Tämä koskee kaikkia tutkimuksen vaiheita, aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottava selkeästi ja totuudenmukaisesti. Esimerkiksi luokittelujen perusteet tulee tulla selkeästi esille. (Hirsjärvi ym 2007, 227.) Olemme pyrkineet kuvaamaan tutkimusprosessin ja siihen vaikuttaneet tekijät mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti.

Tutkimuksen missään vaiheessa ei käynyt esille tutkimukseen osallistuneiden vanhusten ja hoitohenkilökunnan henkilötiedot. Tiedonkeruuvaiheessa nämä tiedot poistettiin, eikä tutkimuksesta voi näin ollen tunnistaa yksittäisiä henkilöitä.

Haimme tutkimusluvut Palokan terveydenhuollon kuntayhtymästä ja Jyväskylän kaupungilta. Keljon vanhainkodin potilailta tarvittiin lisäksi henkilökohtainen

suostumus tutkimukseen osallistumiseen tai mikäli potilas ei pystynyt suostumusta antamaan, lupa haettiin potilaan omaiselta. Tätä varten oli laadittu saatekirje sekä tutkimuslupakaavake potilaille tai heidän omaisilleen (Liite 1).

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää, miten kahden toimipaikan erilaiset toimintamallit selittävät tarvittaessa annettavien lääkkeiden käyttöä. Tarvittavien lääkkeiden käyttöä voitaisiin tutkia myös eri toimintaympäristöissä, kuten yksityisissä hoitokodeissa ja palvelutaloissa sekä verrata eri toimipaikkojen toimintamalleja. Tässä tutkimuksessa näitä eroja ei selvitetty. Tulisi myös selvittää, millainen tieto - taito kouluttamattomalla henkilökunnalla lääkehoidon suhteen on. Tutkimuksessa tuli esille, että kouluttamaton henkilökunta osallistuu tarvittaessa annettavien lääkkeiden antamiseen. Olisi mielenkiintoista myös selvittää, millaista koulutusta näille työntekijöille on tarjolla ja vastaako se työelämän tarpeisiin.

LÄHTEET

- Ahonen, A. 2008. Osastonhoitaja. Puuppolan hoivasairaala. Sähköpostiviesti 7.4.2008. Vastaanottaja Mia Niskanen. Osaston henkilökuntatiedot.
- Alanen, H - M. 2007. Antipsychotic Use among Older persons in Long - Term Institutional and Home Care. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.
- A 2001/99. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Viitattu 31.8.2008. Valtion säädöstöpankki Finlex. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.
- Eloniemi - Sulkava, U. 2002. Supporting community care of demented patients. Kuopio.
- Finne -Soveri, H. 2006. Iäkkään lääkehoidon kymmenen käskyä. Päivitetty 15.3.2006. Viitattu 6.4.2007. <http://66.102.9.104/search?q=cache:Vyh3zs556DkJ:www.kemi.fi/kanslia/ikaantyminenJalaakehoito.ppt+ik%C3%A4%C3%A4ntyminen+ja+l%C3%A4%C3%A4kehoito+ja+millinen+on+asianmukainen+l%C3%A4%C3%A4kitys&hl=fi&ct=clnk&cd=1&gl=fi>.
- Hallila, L. 2005. Hoitotyön kirjallisten suunnitelmien tarkastelu - nursing audit. Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Toim. Liisa Hallila. Keuruu: Otava.
- Hartikainen, S. & Seppälä, M. 2007. Vanhuksen lääkitysten tarve on arvioitava kerran vuodessa. Suomen Lääkärilehti 62, 51 - 52, 414 - 415.
- Hartikainen, S., Saarelma, O., Lönnroos, E. & Seppälä, M. 2006. Miten arvioin iäkkään lääkitystä. Suomen Lääkärilehti 61, 42, 4352 - 4355.
- Hartikainen, S. 2002. Iäkkään monilääkitys. Duodecim. 118. 385 - 391.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13.p. Keuruu: Otava.
- Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Johdanto. Teoksessa hoitotyön kirjaaminen. Toim. Hanna Hopia & Liisa Koponen. Jyväskylä: Gummerus.
- Jyrkkä, J., Hartikainen, S., Sulkava, R. & Enlund, H. 2006. Vanhusten monilääkitys huolenaiheena. Tuloksia Kuopio 75+ - tutkimuksesta. Sairaanhoitaja 79, 4, 28 - 30.
- Jyväskylän kaupunki, sosiaali- ja terveyspalvelut. 2007. Päivitetty 2007. Viitattu 27.11.2007. www.jkl.fi, palvelut, sosiaali- ja terveyspalvelut, ikääntyneet, vanhainkoti.

Jyväskylän maalaiskunta, terveysterveyspalvelut. 2007. Päivitetty 1.10.2007. Viitattu 27.11.2007. www.jklmlk.fi, palvelut, terveysterveyspalvelut, sairaalatoiminta, puupolan hoivasairaala.

Kivelä, S - L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Tammi.

Kivelä, S - L., Puustinen, J. & Nurminen, J. 2005. Suosituksia vanhusten lääkehoidosta. Tabu 12, 5, 4 - 7.

Kivelä, S - L. 2006 a. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 30. Helsingin Yliopisto. Helsinki: Yliopistopaino.

Kivelä, S - L. 2006 b. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: WSOY.

Laine, K. 2005. Lääkkeiden yhteisvaikutukset. Tampere: Tammer - Paino.

Linjakumpu, T. 2004. Iäkkäiden monilääkitys yleistyy. Duodecim 120. 377 - 378.

L 1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 8.6.2008

<http://www.finlex.fi>. lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 8.6.2008.

<http://www.finlex.fi>. lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 1987/395. Lääkelaki. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 8.6.2008.

<http://www.finlex.fi>. lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Lumme - Sand, K. 2002. Ikäihmiset ja lääkkeiden moninaiset maailmat. Akateeminen väitöskirja. Tampereen terveystieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Lundgrén - Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko - muuttaako sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Toim. Hanna Hopia & Liisa Koponen. Jyväskylä: Gummerus.

Mattila, M. & Isola, A. 2002. Sairaanhoitaja lääkehoidon ja verensiirron toteuttajana - lupakäytäntö. Suomen lääkärilehti 57, 39, 3884 - 3887.

Mäkelä, H., Mattila, M. & Piensoho, M. 2005. Iäkkäiden potilaiden monilääkityksen vähentäminen. Teoksessa Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. Toim. Noro, A., Finne - Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. Saarjärvi: Gummerus.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko-näkyvää vai ei? Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Toim. Hanna Hopia & Liisa Koponen. Jyväskylä: Gummerus.

Noro, A., Finne - Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2006. Toim. Pia Vähäkangas. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI - järjestelmä vertailukehittämisessä. Päivitetty 14.6.2006. Stakes: Helsinki. Viitattu 9.4.2007.

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Mu205.pdf>.

Palviainen, J. 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaaminen. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Palviainen, J., Kankkunen, P., Suominen, T. 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten kivun hoidon esteet. Vanhustyö 6, 2005, 12 -14.

Pharmaca Fennica. Viitattu 4.6.2008.

<http://www.terveysportti.fi/terveysportti/pharmaca2.pharmaca>.

Räihä, E. 2008. Osastonhoitaja. Keljon vanhainkoti. Sähköpostiviesti. 10.4.2008 ja 11.4.2008. Vastaanottaja Mia Niskanen. Osaston henkilökuntatiedot.

Saarelainen, S. 2002. Vanhusten kuvauksia elämänlaadusta pitkäaikaishoidossa. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Toim. Hanna Hopia & Liisa Koponen. Jyväskylä: Gummerus.

Sauvola, A. 2004. Vanhusten kivunhoito. Oulun yliopisto/OYS, sisätautien klinikka 2.12.2004. Viitattu 8.6.2008.

<http://cc oulu.fi/~sisawww/esit/041201.htm>.

STM 2008. Sosiaali - ja terveysministeriö. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

STM 2006. Sosiaali - ja terveysministeriö. Peruspalveluministeri Liisa Hyssälä: Yhteiskunnalla on oma vastuunsa vanhuksista. Tiedote 269/2006. Viitattu 4.4.2007. www.stm.fi, haku, tiedotteet, 2006.

STM 2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Turvallinen lääkehoidon - valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali - ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki: Yliopistopaino.

STM 2001. Sosiaali - ja terveysministeriö. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Toim. Liisa Hallila. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Taponen, R. 2006. Pro Gradu tutkielma. Laitoshoidossa olevan dementiapotilaan kivun arviointi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Tilvis, R. 2004. Vanhusten kivut. Duodecim 120. 223 - 227.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2008. Lääkehoito hoitotyössä. 1 p. Turku: WSOY.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakesin tutkimuksia 142. Saarijärvi: Gummerus.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa potilasasiakirjojen käyttöön opinnäytetyössä

Jyväskylän ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta

Marraskuu 2007

TUTKIMUSLUPA/potilasasiakirjojen käyttäminen opinnäytetyössä

Arvoisa selvitykseen osallistuja tai hänen omaisensa

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä Jyväskylän ammattikorkeakouluun koskien vanhusten lääkehoidon toteutusta. Opinnäytetyössä selvitämme pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten tilapäisesti annettavien lääkkeiden käyttöä. Työhön liittyen selvitämme vanhusten lääkehoitoa Keljon vanhainkodin osastolla B3.

Selvitykseen liittyen tarvitsemme Teidän/ omaisenne suostumuksen potilaspapereidenne käyttöön. Potilaspapereita tarkastellaan vain tietyltä ajanjaksolta ja selvityksessä ei tule ilmi yksittäisen potilaan tietoja. Potilaspapereista tarkastellaan ainoastaan lääkitykseen liittyviä asioita, ei potilaan hoitoa tai muita tietoja. Olemme sitoutuneet noudattamaan ehdotonta vaitiolovelvollisuutta selvitykseen liittyen ja potilastietoja käytämme ainoastaan tutkimustarkoitukseen.

Jos Teillä on kysymyksiä selvitykseen liittyen, voitte ottaa meihin yhteyttä. Vastaamme mielellämme selvitystä koskeviin kysymyksiinne.

Pirjo Määttä
0400- 995017

Mia Niskanen
050-5689779

Irene Pennanen
050-3763748

Liite 2. Suostumus potilasasiakirjojen käyttöön opinnäytetyössä

SUOSTUMUS POTILASASIAKIRJOJEN KÄYTTÖÖN OPINNÄYTETYÖSSÄ

Sairaanhoidajaopiskelijat Pirjo Määttä, Mia Niskanen ja Irene Pennanen saavat käyttää potilasasiakirjoja. Tutkimuksessa ei tule ilmi henkilöllisyyttäni /omaiseni henkilöllisyyttä tai muita seikkoja, joista minut/omaiseni voisi tunnistaa.

Paikka ja päivämäärä:

_____ / _____ 2007

Osallistujan tai hänen edustajansa allekirjoitus ja nimen selvennys

Syntymäaika: _____

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus, nimenselvennys ja päiväys:

_____ / _____ 2007