

# Lääkehoitosuunnitelma Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy:lle

Juhani Korhonen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2012

Hoitotyö  
Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala



## Sisältö

1 JOHDANTO.....	4
2 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO .....	6
3 LÄÄKEHOITOA OHJAAVA NORMISTO .....	11
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	14
5 LÄÄKEHOITOSUUNNITELMAN TOTEUTUS .....	15
6 POHDINTA .....	17
LÄHTEET .....	18
LIITTEET .....	20
...LIITE 1 LÄÄKEHOITOSUUNNITELMA HARTOLA-SYSMÄ SAIRAANKULJETUS OY:LLE.	20

Tekijä  Korhonen Juhani	Julkaisun laji Opinnäytetyö Sivumäärä 20 Luottamuksellisuus ( ) saakka	Päivämäärä  Julkaisun kieli suomi Verkkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi Lääkehoitosuunnitelma Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy:lle		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaajat Suonpää-Lehtonen Leena, Tyrväinen Hannele		
Toimeksiantaja Hartola-Sysmä Sairaankuljetus OY		
Tiivistelmä  Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on päivittää Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy:lle ajantasainen lääkehoitosuunnitelma Sosiaali- ja Terveysministeriön 2006 antaman Turvallisen Lääkehoidon oppaan mukaisesti: <i>”Turvallinen lääkehoito-oppaan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä.”</i> Opinnäytetyön tavoitteena on edistää turvallisen lääkehoidon toteutumista ja ehkäistä lääkehoidon haittatapahtumia Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy:ssä. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden Ensiohoitokeskukselle Lääkehoitosuunnitelma täytyi toimittaa 2012 toukokuun loppuun mennessä. Myös Aluehallintoviraston myöntämä lupa yksityisten terveydenhuollon palvelujen antamiseen vaatii lääkehoitosuunnitelman.  Lääkehoidon vaativan tason ja perustason vastuiden selvittäminen lääkehoitosuunnitelmassa poistaa epäselvyydet lääkehoidon velvollisuuksissa ja oikeuksissa. Tässä lääkehoitosuunnitelma toimii ohjeena yhdessä Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveystieteiden myöntämien hoitovelvoitteiden kanssa.  Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä kansiomuotoisena lääkehoitosuunnitelmana.		
Avainsanat (asiasanat) Lääkehuolto, sairaankuljetus, ensihoito, hoitotaso, turvallinen lääkehoito		

Author	Type of publication	Date
Juhani Korhonen	Bachelor's Thesis	
	Pages 20	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title A medication guide for Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) Suonpää-Lehtonen Leena, Tyrväinen Hannele		
Assigned by Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy (Hartola-Sysmä Ambulance Services Ltd)		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to update the medication guide for Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy (Hartola-Sysmä Ambulance Services Ltd) to meet the guidelines for safe medication issued by the Ministry of Social and Health Affairs. " <i>The Safe Medication Guide has been designed to streamline the implementation principles of pharmacological treatment, to clarify the related division of responsibilities and to specify the minimum requirements which must be met in all units implementing pharmacological treatment. "</i></p> <p>The aim of this study was to contribute to the implementation of safe medication treatment in order to prevent adverse events in Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy. The plan had to be submitted to the Päijät-Häme Social and Health District Emergency Care Centre by the end of May 2012. Moreover, the authorization of private health care services by the Regional State Administrative Agency requires a pharmacological treatment plan.</p> <p>The clarification of the responsibilities on the advanced and basic levels of pharmacological treatment in a medication treatment plan removes ambiguities in the duties and rights. This plan will serve as a guide together with the care obligations issued by the Lahti Region Social and Health Care District.</p> <p>The thesis was carried out as a functional thesis and as a medication plan in folder format.</p>		
Keywords Pharmaceutical services, ambulance, emergency care, advanced life support, safe medication		

## 1 JOHDANTO

Viimeisen vuosikymmenen aikana perusterveydenhuollon päivystyspalveluiden keskittäminen suuriin yhteispäivystyskeskuksiin sairaanhoitopiireissä on lisännyt haja-asutusalueiden väestön matkaa terveydenhuollon kiireellisen hoidon päivystykseen. Yli tunnin kestävä automatka lähimpään yhteispäivystykseen ei ole tavaton Etelä-Suomen alueella. Muualla Suomessa matkat ovat tätäkin pitempiä, erityisesti Pohjois-Suomessa. Päivystysten keskittämisellä on pyritty tavoittelemaan parempaa hoidon laatua ja joiltakin osin myös kustannussäästöjä. (Alaspää, Kuisma, Rekola & Siljanpää. 2003.)

*”Päivystyshoito on äkillisen sairastumisen, vamman ja kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa”* (STM 058:00/2009). Haja-asutusalueiden lähipalveluiden säilyttämisen turvaaminen päivystyspalveluita keskittäessä on ongelmallista. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden alueeseen kuuluu 15 kuntaa, joiden asukasluku on noin 250 000. Keskitetyn päivystyksen vuoksi alueella ensihoitopalvelu on virka-ajan ulkopuolella 14 kunnassa ainut terveydenhuollon päivystävä yksikkö, joka kykenee arvioimaan ja hoitamaan äkillisesti sairastuneita tai vammautuneita potilaita. Tämä asettaa suuret vaatimukset yksiköille turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi. (PHSOTEY Ensihoito- ja päivystyskeskus. 2011.)

Sosiaali- ja Terveysministeriön (2009) tekemässä selvityksessä ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämisestä mainittiin Päijät-Hämeen ensihoidon kehittämishanke. Hankkeen tavoitteena oli saada toiminta hallinnollisesti keskitetyksi sosiaali- ja terveysyhtymälle. Toiminnallinen tavoite oli yhteinen toimintamalli. Lääkehoidon osalta tämä tarkoitti yhtenäistä hoito-ohjeistusta, sekä lääkevalikoimaa. Erityinen hankkeen tavoite oli lääkehoidon täydennyskoulutuksen kehittäminen Turvallisen lääkehoito -oppaan periaatteiden mukaisesti. Samalla lääkehuolto yhtenäistettiin. (STM 2009:13, PHSOTEY Ensihoito- ja päivystyskeskus. 2011.)

Hartola-Sysmä Sairaankuljetus OY tuottaa ensihoitopalvelut Hartolan ja Sysmän kuntien alueella kolmella ensihoitoyksiköllä. Näissä toimintayksiköissä toteutetaan vaativaa potilaan lääkehoitoa sekä itsenäisesti hoito-ohjetta noudattaen, että hoito-ohje lääkäriltä puhelimitse pyytäen. Terveydenhuollon potilasvahingoista suuri osa tapahtuu lääkehoidon toteutuksessa (Kinnunen & Peltomaa 2009). STM:n (2006) julkaisemassa valtakunnallisessa Turvallinen lääkehoito-oppaassa annetaan selkeät ohjeet turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa toimintayksiköissä ja ympäristöissä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on edistää turvallisen lääkehoidon toteutumista ja ehkäistä lääkehoidon haittatapahtumat Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy:ssä.

## 2 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO

Lääkehoito on lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttamaa terveydenhuollon toimintaa. Laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka ovat saaneet lääkehoidon koulutuksen, kantavat vastuun lääkehoidon toteuttamisesta. Jokainen lääkehoitoa toteuttava ja siihen osallistuva terveydenhuollon ammattihenkilö kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Tämän toiminnan ohjaaminen ja valvonta kuuluu toimintayksikön esimiehelle lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. *”Vastuu lääkehoitosuunnitelman laatimisen, toteuttamisen ja seurannan organisoinnista on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön johtajalla”* (Turvallinen lääkehoito, 2006.)

Vastuu lääkkeen määräämisestä ja lääkehoidon kokonaisuudesta kuuluu lääkärille. Terveydenhuollon lääkehoidon koulutuksen saaneet ammattihenkilöt vastaavat lääkärin määräämän lääkehoidon toteutuksesta. *”Terveydenhuollon ammattihenkilölain*

*mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta ja taudinmäärityksestä sekä määrää siihen liittyvästä hoidosta ja lääkkeistä”*

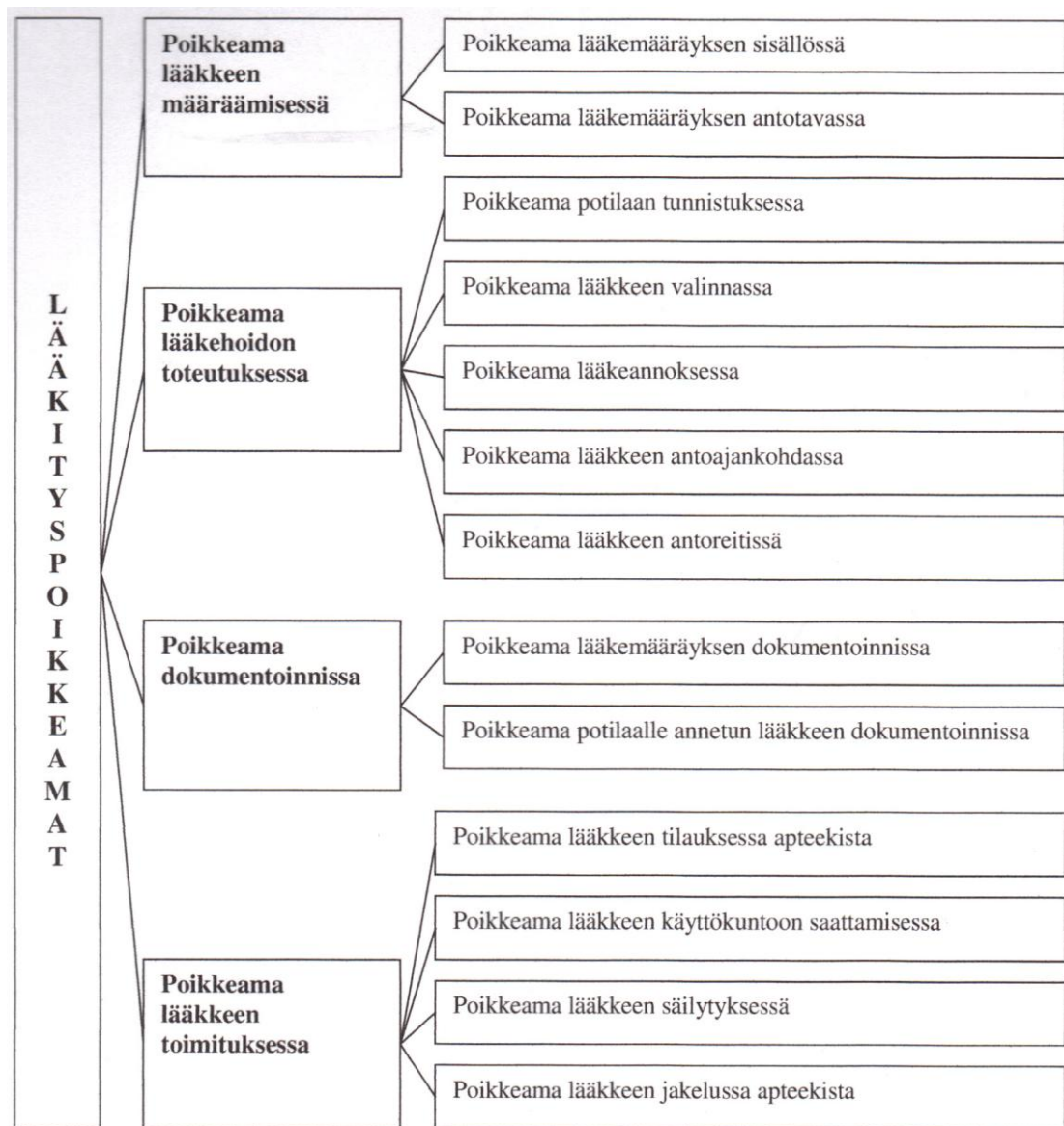
(L28.6.1994/559.22 §, 2 mom). Potilaalle terveydenhuollon toimintayksikössä annettavasta lääkehoidosta vastaa lääkäri antamansa suullisen tai kirjallisen lääkemääräyksen perusteella. Pääsääntöisesti lääkemääräys tulee antaa kirjallisena.

(L28.6.1994/559.)

Pasternack (2006) viittaa katsauksessaan Kohnin raporttiin, jonka mukaan Yhdysvaltojen sairaaloissa kuolee hoitovirheiden aiheuttamiin haittoihin vuosittain 44 000-98 000 potilasta. Raportin pohjalta arvio Suomen olosuhteissa vuosittain sairaaloissa tapahtuvista hoitovirhekuolemista on 700-1 700. Muista terveydenhuollon toimipisteistä on vähän epidemiologista tietoa. Vertailun vuoksi tieliikenneonnettomuuksissa kuoli vuonna 2011 292 ihmistä. (Pasternack 2006; Tilastokeskus.)

Pasternackin (2006) mukaan vain osa hoitovahinkoihin johtaneista virheistä johtuu yksilöiden erehtymisistä. Usein hoitovahingot johtuvat järjestelmissä piilevistä olosuhteista tai ovat yksilön ja järjestelmän yhteisvaikutuksen tulosta. Pasternack (2006) toteaaakin systeemin osuuden olevan tutkimusten mukaan jopa neljänneksen haittatapahtumista ja näitten tapausten ennaltaehkäistävyys on erittäin suuri. Katsauksessaan Pasternack viittaa Tamin (2005) tekemään tutkimukseen, jonka mukaan lääkEVahingot syntyivät virheellisistä määräyksistä ja väärän lääkkeen antamisesta. Ongelmat olivat yleisimpiä kiireellisissä olosuhteissa teho-osastoilla, mutta virheitä tapahtui myös avohoidon potilaille. Tämän perusteella voitaneen olettaa ensihoidon olosuhteissa, missä on paljon ulkoisia häiriötekijöitä ja kiire, olevan suuri riski lääkEhoidon haittatapahtumaan. (Pasternack, 2006.)

Suikkanen (2008) kuvaa lääkityspikkeamien keskeisiksi tekijöiksi työntekijän liiallisen kuormittumisen, huonon tiedonkulun sekä kommunikaation eri ammattiryhmien välillä. Suikkanen korostaa henkilöstön riittävää ammattitaitoa ja jatkuvan lääkehoidon koulutuksen merkitystä. Suikkasen (2008) kuvaamat poikkeamat on esitetty kuviossa 1.



KUVIO 1. Erään keskussairaalan raportoidut lääkityspikkeamat 2007. Suikkanen 2008.



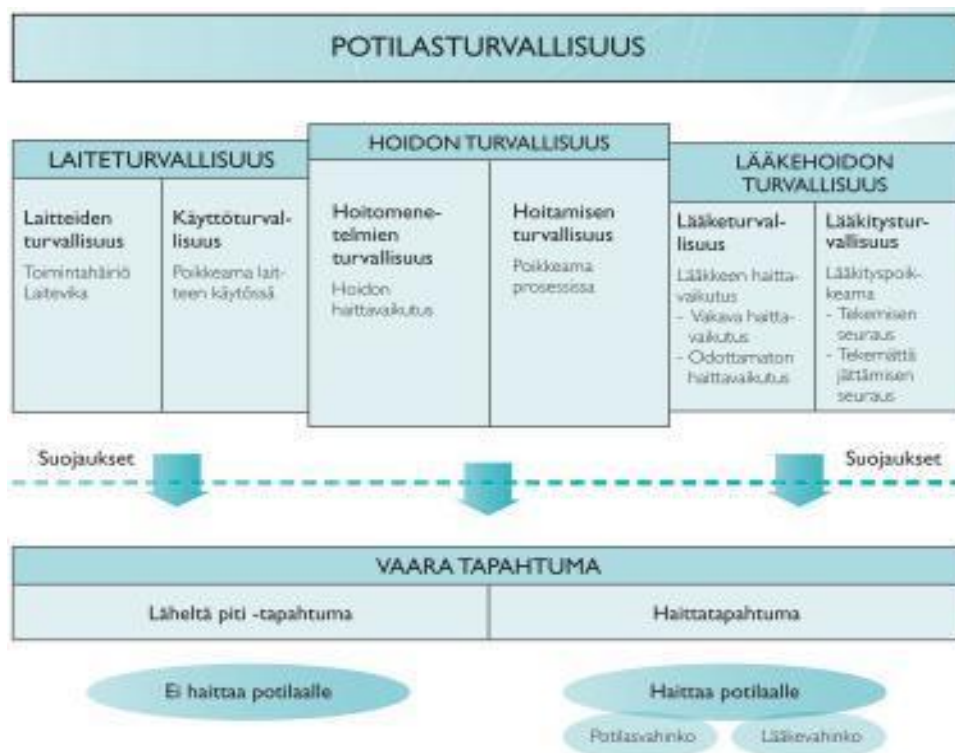
Ensihoidon haittatapahtumista ei tiettävästi ole kansallisia tai kansainvälisiä tietoja. Näin ollen emme voi tietää poikkeako ensihoidon turvallisuus muusta terveydenhuollosta. Sairaalan ulkopuolisen ensihoitotyön kuormitustekijät altistavat ensihoidossa työskentelevät virheille jatkuvasti. Raskaan vuorotyön lisäksi vaativat potilastilanteet sekä alati vaihtuva haasteellinen hoitoympäristö lisäävät virhemahdollisuuksia. Ensihoitajien kenttätyössä käytössä olevat resurssit eivät myöskään aina vastaa tilanteen vaativuutta. Ensihoidon järjestämismahdollisuudet poikkeavat alueellisesti suuresti. Järvien pirstomassa maassamme haja-asutusalueelle ei pystytä tarjoamaan uuden terveydenhuoltolain vaatimaa tasa-arvoista ensihoitopalvelua. Haja-asutusalueella, missä tavoittamisviiveet ovat suurimmat, on myös lääkinnällisen lisäavun saanti vaikeinta. (Väisänen, 2012, 30–31.)

Ensihoidon porrasteisessa hoitovastejärjestelmässä useiden toimijoiden ensihoitoketju lisää myös virheiden mahdollisuuksia. Näissä tilanteissa ei-kliinisten taitojen hallinta kuten johtaminen, yhteistyökyky, tilannetietoisuus ja päätöksentekokyky tulevat korostetusti esille. Ei teknisiin taitoihin onkin kiinnitetty erityistä huomiota 2000-luvulla ammatillisen jatkokoulutuksen simulaatio-opetuksella. (Väisänen, 2012.)

Terveydenhuollon yleisimmiksi virheiksi käsitetään lääketieteellisiksi tai hoidollisiksi virheiksi. Tapahtumien taustalla on kuitenkin yli 70 prosentissa inhimillinen tekijä. Näitten inhimillisten tekijöiden taustalla on yleensä asioita ja olosuhteita, joiden takia haittatapahtuma voi tulla kenen tahansa kohdalle. Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa painotetaan virheiden avoimesti esille tuontia ja niistä oppimista. Potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö on esitetty Kuviossa 2. Kuviossa 3 on esitetty potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet. (Suomalainen Potilasturvallisuusstrategia 2009–2013, STM 2009:3; Väisänen, 2012.)



KUVIO 2. Potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö. STM 3:2009



KUVIO 3. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet. STM 3:2009

### 3 LÄÄKEHOITOA OHJAAVA NORMISTO

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa lääkehoitoa toteutetaan luotujen normien ja säädösten puitteissa. Nämä lait, asetukset, määräykset ja ohjeet säätelevät hoitohenkilökunnan toimintaa lääkehoidon yhteydessä. Suomessa lääkehoitoa ohjaava ylin viranomaisorganisaatio on STM eli sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut lakeja, asetuksia ja ohjeita, joiden tavoitteena on turvallisen ja tasavertaisen lääkehoidon toteutuminen Suomessa. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010, 15.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2006 oppaan: Turvallinen lääkehoito – Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työryhmän laatiman oppaan tarkoituksena oli yhtenäistää ja selkeyttää lääkehoitoon liittyvä vastuunjako ja määrittää kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä toteutuvat vähimmäisvaatimukset. Turvallinen lääkehoito-opas velvoittaa kaikkia työyksiköitä tekemään lääkehoitosuunnitelman, johon yksikössä annettavan lääkehoidon tulee perustua. (STM 2005:32)

Läkelain (395/1987) tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä. Lain sisällössä lääkeaine määritellään kemiallisesti tai muilla tieteellisillä menetelmillä yksityiskohtaisesti määrittelyksi elimistöön vaikuttavaksi aineeksi, jota käytetään lääkeaineen valmistuksessa tai lääkkeenä sellaisenaan. Laki määrittelee myös perinteiset kasvisrohtovalmisteet, homeopaattiset valmisteet, vertailuvalmisteet sekä rinnakkaisvalmisteet. Laissa on erikseen määritelty lääkkeellinen kaasu valmisteeksi, jonka vaikutus perustuu farmakologiseen vaikutukseen. Lääkkeellinen kaasu on tarkoitettu annosteltavaksi potilaalle hoidolliseen, diagnostiseen tai ehkäisevään tarkoitukseen. Lääkkeellinen kaasu täytyy valmistaa ja tarkastaa lääkkeiden hyvien tuotantotapojen mukaisesti. Laki ohjaa lääkkeiden teollista valmistusta, apteekkeissa tapahtuvaa valmistusta sekä klinisiin tutkimuksiin tapahtuvaa valmistusta. Läkelaki ohjaa lääkkeiden maahantuontia,

myyntiluvan myöntämistä ja rekisteröintiä. Myös lääkevalmisteen väliaikaisesta käytöluvasta tai määräaikaisesta erityisluvasta on erikseen laissa säädetty. Lääkelaki ohjaa lääkkeiden myyntiä lääketehaasta ja lääketukkukaupasta. (L 10.12.2010/87.)

Lääkelain 7. luku koskee lääkehuoltoa sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja sosiaalihuollon laitoksissa. Nämä säädökset koskevat lähimmin ensihoitotoiminnassa tapahtuvaa lääkehuoltoa. Lääkkeitä voidaan Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen luvalla toimittaa sairaala-apteekista ja lääkekeskuksesta myös yksityisille sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille, joiden kanssa kunta tai kuntayhtymä on tehnyt sopimuksen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ostamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n 1 momentin 4 kohdan mukaisesti tai jotka hoitavat muita lain nojalla kunnalle tai valtiolle kuuluvia tehtäviä. (L 9.8.2002/700.)

Huumausainelaki (373/2008) säätelee voimakkaissa kivuissa käytettävien huumaavien lääkeaineiden käyttöä ja dokumentointia. Lain tavoitteena on huumausaineiden tuonnin, viennin, valmistuksen, levittämisen ja käytön ehkäiseminen. Lain sisällön määritelmät ovat sovitut kansainvälisillä huumausaineyleissopimuksilla. (Taam-Ukkonen ym. 2010, 15., L 30.5.2008/373.) *Lääketilauksella muualle kuin sairaala-apteekkiin, lääkekeskukseen tai eläinlääkäriasemille toimitettaviin huumausaineiksi luokiteltuihin lääkkeisiin tulee apteekissa liittää pakkauskohtainen kulutuskortti valtioneuvoston asetuksessa huumausaineiden valvonnasta (548/2008) 9 §:ssä säädettyllä tavalla* (Fimean määräys 5/2011). Huumausaineet on varastoitava tai muutoin säilytettävä erillisessä, lukitussa paikassa, johon sivullisten pääsy on estetty (L 30.5.2008/373).

Hoitotason ensihoidolla tarkoitetaan valmiutta aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus siten, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata (Sairaankuljetusasetus 565/1994). Lääkinnällinen pelastustoiminta on osa erikoissairaanhoidtoa (L 1.12.1989/1062)

Taulukko 1. Ensihoitoalan toimintaa ohjaavat seuraavat lait ja asetukset

Terveystieteiden laiton laki 30.12.2010/1326
Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152
Erikoissairaanhoidon laki (1062/89)
Sairasvakuutuslaki (11/63)
Kansanterveyslaki (66/1972)
Lääkelaki (508/87)
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/94)
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 4 § kohta 2
Potilasvahinkolaki (583/86)
Mielenterveyslaki (1116/90)
Tartuntatautilaki (583/86)
Rikoslaki(39A/89)
Tieliikennelaki (267/91)
Pelastustoimilaki (561/99)
Laki sosiaali- ja terveystoimen asiakasmaksuista (561/92)
Sairaankuljetusasetus (565/94)
Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/94)
Laki luvanvaraisesta henkilöliikenteestä tiellä (343/1991)
Lääkelain (395/1987) 95 § sellaisena kun se on muutettuna lailla Lääkkeellisen kaasin toimittaminen lääketehasta ja lääketukkukaupasta (773/2009)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy tuottaa ensihoitopalvelut kahden kunnan alueella vajaalle 8000 paikalliselle asukkaalle. Lisäksi vapaa-ajan asukkaat lisäävät kuntien yhteistä asukasmäärää lomien sesonkiaikaan yli 20 000:een. Haja-asutusalueiden pitkät potilaan tavoittamisviiveet, sekä pitkä kuljetusmatka yhteispäivystykseen luovat omat haasteensa vakavasti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan lääkehoidossa. Turvallisen lääkehoidon toteutuminen vaatii ensihoitajan ammattitaidon lisäksi virheettömän prosessiketjun häiritsevien tapahtumien ehkäisemiseksi. Lääkehoidon toteutus lääkkeen tilaamisesta sen annosteluun ja kirjaamiseen voi tapahtua virheettömästi vain yhtenäistä ohjetta noudattamalla. Sosiaali- ja terveysministeriön opas turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi antoi hyvän lähtökohdan lääkehoitosuunnitelman laatimiseksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on päivittää Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy:lle ajantasainen lääkehoitosuunnitelma Sosiaali- ja Terveysministeriön 2006 antaman Turvallisen Lääkehoidon oppaan mukaisesti: *”Turvallinen lääkehoito-oppaan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä.”*

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää turvallisen lääkehoidon toteutumista ja ehkäistä lääkehoidon häiritsevät tapahtumat Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy:ssä.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Olen toiminut vastuullisena yhtiömiehenä Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy:ssä vuodesta 1990 ja tiedostin lääkehoitosuunnitelmamme uusimistarpeen lähinnä lääkehuolto-ohjeen osalta. Mielessäni oli selkeä kuva siitä, millainen lääkehoitosuunnitelman täytyisi olla. Opinnäytetyön aiheen valinta oli tältä osalta minulle helppo ja selkeä. Yhtiökumppaneitteni kanssa sovin lääkehoitosuunnitelman päivittämisestä ajanmukaiseksi. Yrityksellämme on kansiomuotoinen perehdytysopas, jonka liitteenä lääkehoitosuunnitelma toimisi osana perehdytysopaskokonaisuutta. Näin lääkehoitosuunnitelma on jatkuvasti helposti saatavilla kaikkien luettavaksi.

Hartola-Sysmä Sairaankuljetus Oy lääkehoito-ohjeen ensimmäinen versio tehtiin sairaankuljetusliiton 2010 toimittamaan valmiiseen kehykseen. Tällöin ohje jouduttiin tekemään kiireessä aluehallintoviraston lupahakumenettelyn vuoksi. Tämä ohje oli toimintaan nähden suppea ja osin puutteellinen. Opinnäytetyö tarjosi hyvän mahdollisuuden päivittää lääkehoitosuunnitelma ajantasaiseksi ja paikallisia olosuhteita vastaavaksi. Päijät-Hämeen Sosiaali- ja Terveysyhtymän Ensihoitokeskus edellytti myös ensihoidon toimintayksiköitä toimittamaan lääkehoitosuunnitelmansa tarkastettavakseen toukokuun 2012 loppuun mennessä.

Työtä aloittaessani havaitsin koko lääkehoitosuunnitelman vaativan päivitystä lääkehuolto-ohjeen lisäksi. Uuden terveydenhuoltolain mukaan ensihoidon järjestämisvastuu siirtyy kunnilta 1/2013 sairaanhoitopiirien kuntayhtymille. Tämän hallintovastuun muutokset tuli myös ottaa huomioon suunnitelman päivityksessä. Keskeisenä ohje-nuorana lääkehoitosuunnitelman laatimisessa käytin Sosiaali- ja terveysministeriön 2006 julkaisemaa suositusta turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi.

Vanhan lääkehoitosuunnitelman käyttö pohjana ei tuntunut mielekkäältä, joten aloitin työn puhtaalta pöydältä. Kokosin lääkehoitosuunnitelman rungon STM:n Turvalli-

nen lääkehoito-oppaan mukaisesti. Lisäksi perehdyin työharjoittelussa ollessani harjoittelupaikkojeni lääkehoitosuunnitelmiin. Näin sain vertailupohjaa toimivan lääkehoitosuunnitelman toteuttamiseksi. Pitkän kokemuspohjan ansiosta tiesin lääkehoidon yksikkökohtaiset kehittämis- ja huomioalueet, joten sisällön tuottaminen lääkehoitosuunnitelmaan ei tuottanut suurempia vaikeuksia. Työn edistyessä havaitsin lääkehoitosuunnitelman täsmentyvän ja tulevan yksityiskohtaisemmaksi ensimmäiseen versioon verrattuna. Toteutuksessa pyrin lyhyeen, selkeään ulkoasuun ja helppolukuisuuteen. Näin lääkehoitosuunnitelma olisi helppokäyttöinen apuväline päivittäisessä lääkehoidon toteutuksessa. (Liukko & Perttula 2009.)

Konkreettisesti lääkehoitosuunnitelmassa määritetään vastuunjako sekä ensihoidon hoitotason että perustason välillä. Tässä tulee selkeästi esille terveydenhuollon laillistetun ammattihenkilön ja nimikesuojatun ammattihenkilön erot lääkehoidon toteutuksessa. Lääkehoitoprosessin kuvaus ensihoidon erityispiirteiden mukaisesti auttaa henkilöstöä toteuttamaan lääkehoitoa turvallisesti. Ensihoidon lääkehoidon riskitekijöiden ja ongelmakohtien huomiointi vähentää virhetapahtumien riskiä. Toimintayksikkökohtainen lääkehuolto-ohje kuvaa selkeästi kronologisessa järjestyksessä lääkkeen kulkureitin tilauksesta vanhentuneen lääkkeen poistoon. Lääkehuolto-ohjetta noudattamalla varmistetaan lääkevalmisteiden asianmukainen varastointi ja säilytys. (STM 2005:32; Systole 2/2012.)



## 6 POHDINTA

Työn ohessa suoritettava opiskelu pitkän koulumatkan kanssa asetti omat esteet ja rajoituksensa työn tekemiselle. Tämä myös rajoitti minut työskentelemään yksin. Yksin työskentely kirjalliseen työskentelyyn perehtymättömänä klinikkona toi ongelmia työn etenemiseen. Helppo aiheen valinta antoi liian helpon kuvan työn suorittamisesta. Aikataulutin työn tekemisen harjoittelujaksojen lomaan. Kuormitus harjoittelujaksojen aikana osoittautui niin suureksi, että työn loppuun saattaminen venyi yhdellä lukukaudella. Opinnäytetyöhön varaamanani aikana jouduin ennalta suunnittele mattomasti töihin. Työ valmistui lopulta pienissä osissa suunnittele mattomalla aikataululla.

Lääkehoitosuunnitelman valmistuttua opinnäytetyön raportoinnin teoriaosuus koostui lähes yksistään laki- ja asetusteksteistä. Tämä johtui osaltaan siitä, että STM:n oppaassa 2005:32 oli kaikki tarvittava tieto empiirisen kokemukseni lisäksi lääkehoitosuunnitelman tekemiseksi. Teoriatiedon hakeminen oli vaikeaa. Sähköisen aineiston ja artikkeleiden hakeminen ei onnistunut toivomallani tavalla; useinkaan löytämäni tiedostot eivät olleet sähköisesti luettavissa. Pitkä matka koulun kirjastoon, sekä kaukolainauksen ongelmat paikalliskirjastossa hankaloittivat aineiston hankintaa. Löytämässäni lähteissä oli useimmiten käsitelty samoja asioita. Aineistoa ensihoidon lääkehoidosta ja sen vaikuttavuudesta oli saatavissa varsin vähän. Suuri osa aiheeseen liittyvästä aineistosta löytyy ensihoidon oppikirjoista.

Työpaikalla päivitetty lääkehoitosuunnitelma otettiin vastaan neutraalisti. Sain kommentteja muutamasta sisältöön jääneestä puutteesta liitteissä (ensihoitokeskuksen toimittamassa lääkeluettelossa oli puutteita), sekä muutamasta lauserakenteesta. Yhtiökumppanini mielestä lääkehoitosuunnitelman ulkoasu, sekä sisältö on onnistunut ja palvelee meitä suunnitellusti.

Oman arvioni mukaan olen onnistunut lääkehoitosuunnitelman päivityksessä koh-  
tuullisesti ja olen tyytyväinen tuotokseeni. Uskon saavani ajan myötä lisää komment-  
teja ja kehitysideoita lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelman päivityksen  
kuullessa itselleni näen, että toimintayksikkökohtaisessa lääkehuolto-ohjeessa voisi  
olla kuva-aineistoa kirjallisen ohjeen tueksi.

## LÄHTEET

Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L & Sillanpää, K. 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062. Viitattu 15.9.2012.

Liukko, S. & Perttula, S. 2009. Opinnäytetyön raportointi. 2009. Jyväskylän Ammatti-  
korkeakoulu.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja  
2009. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6. 1994/559. Viitattu 24.1. 2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lääkelaki 10.4.1987/395. Viitattu 5.4. 2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Lääketieteellinen  
aikakauskirja Duodecim 122, 20, 2459-2470.

Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveisyhtymä Ensihoito- ja päivystyskeskus. Luennot Ti-  
mo Jama/Liisa Kokkonen 11/2011.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:13. Sairaankuljetuksen ja ensihoidon  
kehittämisen ohjausryhmän loppuraportti. Viitattu 30.8.2012.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-8350.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8350.pdf)

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvalli-  
suusanasto. Stakesin työpapereita 28/2006. Viitattu 16.9. 2012.  
<http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

STM 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamises-  
ta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32

STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuus-  
strategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat  
tekijät. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto.

Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2011. Turvallisen lääkehoidon perusteet. WSOYpro Oy: Helsinki

Valvira, Lääkehoito, viitattu 24.1.2012

[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ ja\\_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito](http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito)

Väisänen, O. 2010. Systole 2/2010, 30-32.