

Marita Soisalo
Juha Ylikojola

Turvallinen lääkkeenanto

Opetusvideo

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja amk

Hoitotyö

Opinnäytetyö

21.4.2013

Tekijä(t) Otsikko	Marita Soisalo, Juha Ylikojola Turvallinen lääkkeenanto
Sivumäärä Aika	18 sivua + 4 liitettä + video 12 minuuttia 21.4.2013
Tutkinto	Sairaanhoidtaja amk
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Lehtori Leena Lukkari Yliopettaja Leena Rekola
<p>Terveydenhuollossa tapahtuu varsin paljon virheitä lääkehoidon yhteydessä. Arviolta joka viides lääkkeenanto on virheellinen. Valtakunnallisen potilasturvallisuusstrategian ja turvallisen lääkehoidon oppaan tarkoituksena on entistä vahvemmin juurruttaa potilasturvallisuutta terveydenhuollon toimintarakenteisiin niin, että toimintaa kyetään ennakoimaan entistä vahvemmin ja haitta- ja vaaratapahtumista voitaisiin oppia potilasturvallisuutta parantaen. Poikkeamien hallinta ja ennakoimalla virheille altistavia tekijöitä on tärkeää potilasturvallisuuden kehittämisessä.</p> <p>Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoitus oli tehdä opetusvideo turvallisesta lääkkeenannosta, turvallisen lääkehoidon periaatteiden mukaisesti. Videon sisältö rakentui seitsemän O:n säännön pohjalle. Oikea lääke, oikea annos, oikea antotapa, oikea antoaika, oikea potilas, oikea potilaan ohjaus sekä oikea dokumentointi.</p> <p>Teimme videon yhteistyössä Hus HYKS, Töölön sairaalan, Operatiivisen tulosyksikön ja Metropolia Ammattikorkeakoulun mediatekniikaninsinööri opiskelijoiden kanssa. Pyyntö videon tekemiseen tuli Hus:n tarpeiden pohjalta.</p> <p>Työmme tuloksena tuotimme opetusvideon, jota tullaan käyttämään uusien sairaanhoitajien perehdytyksen tukena, täydennyskoulutusmateriaalina sekä hoitoalan opiskelijoiden opetusmateriaalina.</p> <p>Videosta olisi hyvä saada palautetta niiltä sairaanhoitajilta joille video on esitetty. Tämä sopisi mielestämme hyvin uuden opinnäytetyön aiheeksi.</p>	
Avainsanat	lääkehoito, turvallinen lääkkeenanto, video

Author(s) Title Number of Pages Date	Marita Soisalo, Juha Ylikojola Safe Medical Administration 18 pages + 4 appendices + video 12 minutes 21 April 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Liisa Lukkari, Lecturer Leena Rekola, Principal Lecturer
<p>In health care a great amount of mistakes in connection with medication. Roughly every fifth administration is incorrect. The objective of national patient security strategy is to instill patient security more strongly in the operational structures of healthcare, so that operation could be anticipated better than before and we could learn from adverse and hazardous events. Control of deviations and anticipation of such factors is important in terms of patient security development.</p> <p>The aim of our final project was to visualize with a video how secure administration is to be executed according to the principles of secure medication. The contents of our video were built on the basis of "Seven R's Principle": right medicine, right dosage, right way of administration, right time of administration, right patient, right patient guidance, and right documentation.</p> <p>The video was made in co-operation with The Hospital District of Helsinki and Uusimaa (Hus), Helsinki University Central Hospital HUCH, Operational unit, Töölö Hospital, Finland and engineering students of the Metropolia University of Applied Sciences. The request of making the video was by Hus HUCH.</p> <p>The result of our work was a teaching video, which will be used to support the orientation of new nurses, as well as to serve as training material and teaching material for the health care.</p> <p>We would like to get feedback from our video from the nurses to whom it has been shown. We think that a new final project could be done on the topic.</p>	
Keywords	medication, safe medical administration, video

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työn tietoperusta	2
2.1	Lääkehoito	3
2.2	Turvallisen lääkehoidon käsitteitä	4
3	Potilaan tunnistaminen peruslähtökohtana	6
4	Läkehoidon seitsemän O:n sääntö	9
5	Lääkkeiden turvallisuus	14
6	Toiminnallinen opinnäytetyö	14
6.1	Työtapa- ja menetelmäosa	15
6.2	Taustatyö	16
7	Opetusvideo	16
8	Pohdinta	17
	Lähteet	19

Liite 1 Prosessikuvaus ja aikataulu

Liite 2 Käsikirjoitus - Turvallinen lääkehoito – seitsemän O:n sääntö

Liite 3 Kuvakäsikirjoitus

Liite 4 Kuvakoot

1 Johdanto

Potilaiden hoitaminen tulee perustua korkealaatuisen, vaikuttavaan ja näyttöön perustuvaan toimintaan. Potilasturvallisuus on tärkeä osa terveydenhuoltoa. Poikkeamat lääkehoidossa ja poikkeamien hallinta on tärkeää potilasturvallisuuden kehittämisessä. Poikkeamia voidaan terveydenhuollossa tarkastella terveydenhuoltojärjestelmän ja hoitotyön toteutuksen näkökulmasta. Poikkeamia voidaan arvioida sekä ennakoimalla mahdollisia vaaroja että tarkastelemalla niitä jo sattuneiden tapahtumien valossa. Hai-Pro eli haitta- ja vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on yksi tekninen väline. Hai-Pro menettelyssä pyritään siihen, että vaaratapahtumista voidaan ilmoittaa vaivattomasti, nopeasti ja syyllistämättömästi. Ilmoituksen voi tehdä anonymisti. (Helovuo – Kinnunen – Peltomaa – Pennanen 2011:124–125.)

Lääkehoidon turvallisuutta on tutkittu varsin paljon. Arviolta joka viides lääkkeenanto on virheellinen (STM 2007, 2008). Pitkät työvuorot, häiriöalttiit lääkkeenjako-tilanteet ja alhaiset henkilöstömitoitukset vaikuttavat potilasvahinkojen määrään. (Partanen - Heikkinen – Vehviläinen - Julkunen 2005). Potilastietojärjestelmien kouluttaminen johtaa selkeisiin parannuksiin liittyen kriittisiin potilasturvallisuutta vaarantaviin tapahtumiin. Haastavinta potilasturvallisuuden ja vaaratapahtumien raportoinnin kehittämistyössä on koko henkilö-kunnan sitouttaminen ilmoitusten tekoon ketään syyllistämättä, ja mahdollisista virheistä oppimalla. (Keistinen – Kinnunen - Holm 2008.) Lääkehoidon turvallisuutta kyetään parantamaan tavallisilla standardoiduilla laadukkaalla hoitotyön toteuttamisella. Lääkehoidossa tapahtuu runsaasti vahinkoja ja moni onnettomuus on tulosta ala-arvoisesta hoidosta. (Brennan – Troyen 2000.)

Opinnäytetyömme on Metropolia ammattikorkeakoulun ja HUS Hyks operatiivisen yksikön yhteistyön tulos. Opinnäytetyönä teimme ohjausvideon, jonka tehtävänä on havainnollistaa turvallinen lääkkeenantotilanne. Ohjausvideossa esitetään turvallinen lääkkeenantotilanne niin sanotun ”seitsemän O:n” säännön mukaisesti. Seitsemän O:n säännöt ovat oikea lääke, oikea annos, oikea antotapa, oikea antoaika, oikea potilas, oikea potilaan ohjaus ja oikea dokumentointi. Säännöillä pyritään ehkäisemään lääkitys-poikkeamien tapahtuminen ja luodaan yhtenäinen toimintakulttuuri.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö. Video on tarkoitettu uusien työntekijöiden perehdytyksen tueksi HUS:n operatiivisen yksikön osastoilla. Videota voi myös käyttää opetusmateriaalina ammattikorkeakoulun hoitotyön opetuksessa sekä lääkehoiton oppimisympäristössä. Turvallisen lääkehoitoprosessin yleiset ohjeet antavat pohjan videon teoreettiselle viitekehykselle. (Veräjänkorva 2009: 85–87.)

2 Työn tietoperusta

Lääkehoito on terveydenhuoltoalan valvottua ja tarkoin säädeltyä toimintaa, jota on oikeutettu toteuttamaan oman koulutuksensa perusteella ja hänelle erikseen myönnetyn luvan perusteella lääkehoidon koulutuksen saanut terveydenhuollon ammattihenkilö, esimerkiksi lähihoitaja. Lääkehoidon laajan koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt eli sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja ensihoitajat kantavat kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta heille myönnettyjen oikeuksien puitteissa, esimerkiksi intra venöösien i.v. eli laskimon sisäisen lääkehoidon toteuttaminen. Jokainen lääkehoitoa toteuttava työntekijä ammattinimikkeestä riippumatta tai siihen osallistuva henkilö kantaa vastuun omasta toiminnastaan. (STM 2005: 3.)

Sosiaali- ja terveysministeriö velvoittaa jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön tekemään ja noudattamaan lääkehoitosuunnitelmaa. Esimiesten tehtävänä on ohjata ja valvoa lääkehoidon toteutuminen lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Terveydenhuolto-yksiköiden johtajat valvovat ammattiryhmien osaamista, päättävät terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneiden työnkuvasta ja millaisia oikeuksia heillä on toteuttaa lääkehoitoa. (STM 2005: 3.)

Lääkehoidon, nestehoidon, ja verituotteiden käsittelyä ja annostelua koskevat ohjeet ja periaatteet ovat samat terveydenhuollon kaikille toimijoille ja yksiköille. Lääkehoitosuunnitelma sisältää kaikki periaatteet ja toimintatavat joiden mukaan lääkehoito toteutetaan. Tehokkaasti järjestetty ja toteutettu lääkehoito tuo myös säästöjä. (STM 2005: 3.)

Terveyden- ja sairaanhoidon yksiköiden johtajat vastaavat ja valvovat lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta. Lääkehoitosuunnitelmaan on kirjattu sairaanhoitajien ja lähihoitajien osaamisvaatimukset, työnjako ja vastuukysymykset hoitajien kesken, lupakäytännöt ja lääkehuollon tehtäviin liittyvät lääkkeiden valmistamisesta, jakamisesta, antamisesta sekä käyttökuntoon saattamisesta annetut määräykset. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee myös erikseen määrittellä, miten lääkehoito ja annettujen lääkkeiden vaikutukset potilaille kirjataan. Turvallisessa lääkehoidossa korostuu myös asenteiden ja toimintakulttuurin kehittäminen, että virheistä opitaan työntekijöitä syylistämättä ja toimintatapoja muutetaan saadun palautteen ja arvioinnin perusteella. (STM 2005: 3.)

2.1 Lääkehoito

Lääkehoidon tarpeen määrittelee aina lääkäri ja lääkehoidon tarpeellisuus perustuu lääketieteelliseen arviointiin. Potilaan sairaus ja sen aiheuttamat oireet ohjaavat lääkehoidon tarpeen määrittelyssä. Lääkehoidon aloittamisesta päättää aina lääkäri. Potilaan aiemmat kokemukset sekä mahdollisuus osallistua oman lääkehoidon suunnitteluun vaikuttaa merkittävästi lääkehoidon onnistumiseen ja hoitomyöntyvyyteen eli komplianssiin. (STM 2006: 36.)

Hoitajat havainnoivat potilaita usein pidempään kuin lääkärit, jolloin heillä on mahdollisuus huomata potilaan voinnin muutokset ja kertoa niistä lääkärille. Lääkehoitoprosessiin kuuluu useita vaiheita, jotka ohjaavat sairaanhoitajan toimintaa. Hoitosuhde perustuu luottamukseen ja potilas itse on tärkein subjektiivisen tiedon antaja. Hoitaja kertoo esitiedot ja tämän hetkisen potilaan voinnin lääkärille ja vastaanottaa lääkäriltä hoito- tai lääkemääräyksen. (Veräjänkorva 2009: 103.)

Lääkärin antamat ohjeet ja määräykset tulee kertoa yhteistyössä potilaalle ja hoitavalle ryhmälle. Lääkemääräys tulee kirjata täsmällisesti potilaan hoitokertomukseen. Lääkehoitoprosessin seuraava vaihe on lääkkeenjako, jossa korostuu oikean lääkkeen, lääkemuodon, oikean annoksen ja vahvuuden valitseminen. Lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa tulee huomioida, voiko lääkettä osittaa tai jauhaa sekä miten annos tai liuos valmistetaan. (Veräjänkorva 2009: 104.)

Tämän jälkeen sairaanhoitajan on varmistuttava potilaan oikeasta henkilöllisyydestä ja siitä miten lääke annetaan, mihin lääke annetaan ja milloin kyseinen lääke on tarkoitus potilaalle antaa. Ennen lääkkeen antamista potilas tulee ohjata yksilöllisesti ja selkeästi niin, että potilas ymmärtää riittävästi lääkehoidon toteuttamisen. Potilaan lääkkeenottoaminen tulee varmistaa sairaanhoitajan toimesta ja annettu lääkehoito tulee dokumentoida potilasasiakirjoihin. Hoidon vaikuttavuus tulee havainnoida sekä tiedustelemalla potilaalta itseltään. Lääkkeen vaikutus potilaalle sekä mahdolliset ongelmat tai haittavaikutukset lääkkeen antamisen jälkeen tulee kirjata. (Veräjänkorva 2009: 84–87, 102–105.)

2.2 Turvallisen lääkehoidon käsitteitä

Potilasturvallisuus on tärkeää huomioida kaikissa potilaan hoitoon liittyvissä välillisissä tai välittömissä toiminnoissa. Terveysturvallisuuden yksiköissä on varmistettava potilaiden turvallisuus kaikissa toiminnoissa ja ehkäistävä potilaan vahingoittuminen kokonaisvaltaisesti hoidon, lääkityksen sekä laitteisiin liittyvän turvallisuuden osalta.

Potilasturvallisuuskulttuuri pitää sisällään toimipaikan ja henkilöstön arvot, asenteet, riskien arvioimisen sekä ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet ja lisäksi hoidon jatkuvuuden ja ammattitaidon ylläpitämisen.

Lääkehoitoon liittyy aina inhimillisen virheen vaara. Lääkehoito on turvallista ja tehokasta oikein käytettynä. Lääkehoidolla on mahdollista vaikuttaa potilaan elimistön toimintaan jo pienillä annoksilla. Hoidossa tapahtuvia poikkeamia tulee välttää kaikissa olosuhteissa, ellei tällaisella ennalta suunnitellulla toimenpiteellä saavuteta potilaan kannalta suotuisaa tapahtumaa. Lääkityspoikkeama voi aiheuttaa vaaratapahtuman.

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2009 ensimmäisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009 - 2013. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:3). Strategian tarkoituksena on entistä vahvemmin juurruttaa potilasturvallisuutta terveydenhuollon toimintarakenteisiin niin, että toimintaa kyetään ennakoimaan entistä vahvemmin, ja haitta- ja vaaratapahtumista voitaisiin oppia potilasturvallisuutta parantaen.

Potilasturvallisuutta halutaan parantaa eri maissa, esimerkkinä seuraavat tahot: Maailman Terveysjärjestö WHO:n World Alliance for Patient Safety, Euroopan Unionin Patient Safety Network (EUNetPas), OECD:n laatuindikaattorihanke, Pohjoismaiden ministerineuvoston ja Suomen Eduskunnan alainen potilasturvallisuuden laadun kehittäminen. Lisäksi Euroopan komissio on julkaissut vuonna 2010 potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon laatua 27:ssä Euroopan maassa käsittelevän eurobarometrin (Patient Safety and Quality.)

Lääkehoidon tarkoituksena on parantaa sairauksia, lievittää oireita ja edistää terveyttä. (STM 2005: 11). Lääkäri arvioi lääkkeen hyöty- haittasuhteen potilaalle lääketta määrätessään. Lääkkeestä on oltava potilaalle vähemmän haittaa kuin hyötyä. Lääkkeellä tarkoitetaan vaikuttavaa ainetta tai muuta lääkkeeksi virallisesti luokiteltua valmistetta, joka enteraalisesti eli ruoansulatuskanavaan tai parenteraalisesti eli laskimoon annettuna parantaa sairauksia, lievittää oireita tai auttaa terveyden edistämisessä. (Veräjänkorva 2009: 84.)

Turvallisessa lääkkeenannossa tulee varmistaa, että potilaalle annetaan oikea lääke, oikea annos, oikeaa antotapaa ja reittiä noudattaen ja että lääke annetaan oikeaan aikaan ja oikealle potilaalle. Lisäksi potilas tulee ohjata oikein, varmistaa ohjeiden ymmärtäminen, seurata lääkkeen vaikutusta, tietää lääkkeen odotetut vaikutukset ja mahdolliset sivu- tai haittavaikutukset. Näiden lisäksi tulee varmistaa että dokumentointi on tapahtunut oikealla tavalla. Tämä on työmme teoreettinen lähestymistapa. Tästä toiminnasta käytetään käsitettä seitsemän O:n sääntö, joka avataan tarkemmin kappaleessa 5.

Kaksoistarkistus on merkittävä potilasturvallisuuteen positiivisesti vaikuttava menetelmä. Kaksoistarkistus on oltava terveydenhuollon pysyvä ja välttämätön käytäntö, jolloin toinen sairaanhoitaja tarkistaa kollegan jakaman lääkkeen tai lääkkeen toimintakuntoon saattamisen. Kantavana ajatuksena tulee olla se, että virheitä tapahtuu ja se tulee hyväksyä. Tärkeintä on tunnistaa lääkehoidon eri vaiheiden riskitekijät ja pyrkiä ennakolta vaikuttamaan niihin. (STM 2005: 58.)

Potilasvahingosta puhutaan silloin kun lääketieteellisen tutkimuksen tai saamansa hoidon yhteydessä potilaalle aiheutuu jokin aikaisemmin mainittu vahinko. Kyseessä voi olla haitta, vamma tai sairaus. Kyseessä voi olla myös muunlainen terveydentilan tilapäinen tai pysyvä heikentyminen tai jopa kuolema. Väärä lääkkeen antotapa on kyseessä silloin kun, potilas ottaa tai hoitohenkilö antaa lääkkeen väärällä tavalla. (Potilas-vahinkolaki 879/1998.)

3 Potilaan tunnistaminen peruslähtökohtana

Vaara-, haitta- ja läheltäpiti-tilanteet voidaan helposti estää käyttämällä systemaattista tapaa potilaan tunnistamisessa. Uusien hoitajien perehdytyksessä tulee kiinnittää huomiota potilaan oikean tunnistamisen omaksumiseen. Potilaan tunnistaminen oikealla tavalla hoitoprosessin eri vaiheissa ehkäisee väärin lääkkeiden antamisen, ja väärin toimenpiteiden tai tutkimusten tekemisen. Väärin tunnistettu potilas voidaan vahingossa myös siirtää tarkoituksesta yksiköstä toiseen.

Potilaan oikeanlainen tunnistaminen tulee olla järjestelmällistä ja kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien etiikan mukaista. WHO:n eli maailman terveysjärjestön suositusten mukaan potilaan tunnistamisen peruslähtökohta on, että hänet tulisi tunnistaa kahta lähdettä käyttämällä. Näistä kumpikaan ei saa olla potilaan huoneen tai vuoteen numero. Lääkkeitä ei saa siis koskaan viedä vain ”viitosen kolmoselle”, tai ”kuutosens ykköstä” ei saisi viedä leikkaussaliin. Potilaan tunnistaminen rannekkeen avulla tulisi ottaa käyttöön kaikilla sairaalassa hoidossa olevilla potilailla, riippumatta sairaudesta tai iästä. Rannekkeen voi sijoittaa myös jalkaan. Rannekettä ei tule kiinnittää vuoteeseen tai pöytään koska toimenpiteet eivät koske vuodetta vaan potilasta.

Tunnistusrannekeissa olevan nimen, henkilötunnuksen tai viivakoodin avulla voidaan yhdistää oikea potilas, potilaan lääkehoito, näytteenotto ja toimenpiteet. Hoitajan tulee kysyä hoitoprosessin eri vaiheissa aina potilaalta itseltään hänen nimensä ja henkilötunnuksensa, sekä verrattava niitä tunnustusrannekkeen tietoihin. Systemaattinen tunnistaminen luo potilaalle turvallisen ja empaattisen tunteen. Lisäksi tunnistaminen tuo henkilökohtaisen lähestymistavan potilaan hoitoon.

Hoitajan tiedossa oleva potilaan nimi ei voi perustua oletamaan, että tunnistaminen olisi tehty aikaisemmin. Jos potilaan kommunikoiminen on puutteellista tai epäluotettavaa, potilaan asianajajana toimiminen korostuu ja tunnistaminen pitää tehdä kahden työntekijän, omaisen tai mahdollisen saattajan avustamana. (WHO 2007.)

Yleisimmät virheet lääkkeenantotilanteissa

Suomessa lääkitysturvallisuutta ja lääkityspoikkeamia on tutkittu lähinnä terveydenhuollon yksiköissä. Tyypillisimmän lääkityspoikkeamatilanteen aiheuttaa työntekijän tai yksikön prosessin väärä toimintatapa. Merkittävin lääkityspoikkeaman syy on se, ettei potilasta tunnisteta tai hänellä voi olla väärä diagnoosi. Kysymyksessä voi olla myös väärä lääke, väärä annostus, väärä lääkkeenantoaika tai potilas voi saada väärät ohjeet lääkkeen käytöstä. Vakavia lääkityshaittoja ovat aiheuttaneet muun muassa opioidien, diabeteslääkkeiden ja varfariinin antamiseen liittyvät poikkeamat. Vakaville lääkityspoikkeamille altistaa potilaan korkea ikä ja polyfarmasia eli monien lääkkeiden yhteiskäyttö. Poikkeamat johtuvat terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnasta, joista lääkärit ja sairaanhoitajat vastaavat. Härkäsen ym. tutkimuksessa suurimmaksi lääkityspoikkeamien syntymiseen vaikuttaviksi syiksi nousi kommunikointi, tiedonkulku, työympäristö, resurssit ja välineet. Airaksisen tutkimus 2012 osoitti lääkityspoikkeamien johtuvan terveydenhuollon henkilöstön toimintaan, työyksikön käytäntöihin, työnjakoon, lääkkeen valmistamiseen, lääkkeen annosteluun ja antoon, potilaan tilan seuraamiseen, lääkkeen määräyksen vastaanottamiseen, lääkkeiden nimeämiseen ja merkitsemiseen, terveydenhuollon tuotteisiin, sekä lääkkeen tilaamiseen, pakkaamiseen ja toimittamiseen.

Peijaksen sairaalassa vuonna 2005 toteutettu seurantaprojekti antoi hyvin samansuuntaisen tuloksen kuin kansainväliset tutkimukset. Projektissa seurattiin erilaisten hoitoon liittyvien virheiden esiintyvyyttä neljän kuukauden ajan. Lääkityspoikkeamat kirjattiin HaiPro-järjestelmään. Neljän kuukauden aikana kertyi 210 HaiPro virheilmoitusta, joista 129 liittyi lääkehoitoon. Tyypillisimpiä virheitä olivat määräyksiin, kirjaamiseen ja lääkkeiden antamiseen liittyvät virheet sekä lääkkeen jatkaminen sen lopettamismääräyksen jälkeen ja lääkkeen antamatta jättäminen. Virheet luokiteltiin myös haitan vakavuuden perusteella. Mukana oli kymmenen eri yksikköä ja tavoitteena oli löytää virheitä ja keinoja niiden ehkäisyyn. Virheistä ilmoitettiin nimettömästi. Tapahtuneista virheistä keskusteltiin osastokokouksissa viikoittain ja mietittiin mahdollisia ehkäiseviä toimenpiteitä.

Projektin jälkeen tehtiin sairaalan yksiköissä merkittäviä muutoksia. Lääkkeiden kirjaamista tehostettiin, lääkkeenantokoulutusta lisättiin, henkilökunnan sitoutumista yhteisiin toimintatapoihin kannustettiin, lääkehuoneita järjesteltiin uudelleen, lääkehoidosta pidettiin osastotunteja. Lisäksi virheisiin kehoitettiin suhtautumaan rakentavasti, ja syyllistämättä ja työntekijöiden tiimityötä tehostettiin. Projektin lopputuloksena voidaan päätellä, että inhimillisiä erehdyksiä tapahtuu kaikille ja suotavaa olisi olla sellainen työympäristö, jossa voisi rauhassa keskittyä lääkkeiden jakamiseen ja kirjaamiseen. (Hus 2004; Mustajoki 2005.)

Projekti opetti työntekijöitä tarkkailemaan omaa työtään ja asettamalla tehtäviä tärkeysjärjestykseen sekä ennakoimaan virheitä ja niiden ehkäisyä. Lääkityspoikkeamia on tärkeää ehkäistä systemaattisesti ja oppia näistä edelleen HaiPro ilmoituksia analysoimalla. Mustajoen mukaan hoito on turvallisinta yksiköissä, joista tulee virheilmoituksia. . (Hus 2004; Mustajoki 2005.)

Ulkomaisissa raporteissa on todettu, että joka kymmenes potilas on kokenut hoitoon liittyvän virheen tai haitan ja joka sadannelle siitä on huomattavaa haittaa ja joka tuhannes potilas saa pysyvän haitan tai se johtaa kuolemaan. Aikaisempien tutkimusten perusteella on myös arvioitu, että hoitovirheitä kohdistuu eri puolilla maailmaa 4–14 %:iin sairaalapotilaista ja noin puolet niistä olisi vältettävissä (Berwick ja Leape 1999) Joanna Briggs instituutin Paras käytäntö artikkeleiden mukaan heidän ehdotukset lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi ovat: lääkäreiden määräykset tulisivat olla sähköisessä muodossa. Näin ehkäistään väärin luetut ja väärin ymmärretyt määräykset. Lääkkeiden yhteisvaikutusten ennakoimiseksi tulisi käyttää ennakolta lääkkeiden yhteisvaikutuksesta hälyttäviä tietokoneohjelmia. Lääkehoitoon ja sen toteuttamiseen tulisi varata suunnitellusti aikaa, sekä henkilökunnan kouluttamisesta tulisi huolehtia. Kaksoistarkistus kahden sairaanhoitajan toimesta tulisi ottaa käyttöön. Osastofarmaseuttien käyttäminen konsultoinnissa ja lääkemääräysten tulkinnassa on koettu niin ikään lääketurvallisuutta parantavaksi tekijäksi. (JBi Best Practise 2009. 13. (2.)

Sairaaloissa tulisi ottaa käyttöön yksilöllinen potilaiden lääkkeiden koneellinen annostelusta vastaava järjestelmä, joka annostelee lääkkeitä vain sen mukaan, mitä lääkäri on määrännyt. Lääkehoidon toteuttaminen tulisi viedä mahdollisimman lähelle potilasta. Lääkkeen jako tulisi toteuttaa potilaan luona lääkkeenjako kärrystä. Potilaita tulisi kannustaa ja sisällyttää lääkehoitoprosessiin enemmän sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Sairaanhoitajien tulisi kuunnella enemmän potilaita sekä huolehtia kirjallisten ohjeiden noudattamisesta lääkehoitoprosessissa lääkkeiden määräämisessä. (JBi. Best Practise. 2010. 14. (4.)

4 Lääkehoidon seitsemän O:n sääntö

Turvallinen, tarkoituksenmukainen ja oikein toteutettu lääkehoito on olennainen osa sairaanhoitajan työtehtäviä. Lääkehoito perustuu tutkittuun ja näyttöön perustuvaan tietoon ja taitoon sekä kykyyn tehdä päätöksiä erilaisissa äkillisesti muuttuvissa hoitotyön toimintaympäristöissä.

Kansainväliset lääkehoidon periaatteet turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa ovat olleet pitkään käytössä. Näiden seitsemän säännön laaja-alaiseen omaksumiseen turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta tulee paneutua. Veräjänkorva (2009:85.) toteaa, että periaatteet voivat jäädä pintapuolisiksi, ellei niihin paneuduta kunnolla.

Seitsemän O:ta eli seitsemän oikeaa sääntöä ovat oikea lääke, oikea annos, oikea antoaika, oikea antotapa, oikea potilas, oikea potilaan ohjaus sekä oikea dokumentointi. (Veräjänkorva 2009: 9-12.)

Oikea lääke

Lääkäri määrää potilaalle lääkityksen tutkimusten, oireiden ja diagnoosin perusteella, samalla lääkäri antaa sairaanhoitajalle valtuuden toteuttaa potilaan lääkehoitoa. Sairaanhoitajan vastuu potilaan terveydentilasta on laaja ja potilaan huolenpidosta on pidettävä tarkasti kiinni. Sairaanhoitajan tulee varmistaa oikea lääke lääkemääräyksestä tai lääkelistasta, hänen tulee myös tietää lääkkeen odotettu vaikutus. (Veräjänkorva 2009: 85.)

Lääkkeen tiedot voi tarkistaa Pharmaca Fennicasta tai Terveystieteen sähköisestä lääketietokannasta, josta löytyvät myös lääkkeen tiedot, sekä haitta- ja yhteisvaikutukset. Jos määrättyä lääkettä ei löydy osaston lääkekaapista, sairaanhoitaja voi tarkistaa vastaavan lääkkeen geneerisen nimen eli rinnakkaisvalmisteen perusteella sähköisestä lääketietokannasta. Jos lääkäri määrää lääkkeen puhelimitse, sairaanhoitaja toistaa määräyksen ja lääkäri kirjaa lääkkeen potilastietojärjestelmään. Sairaanhoitajan tehtävä on omalta osaltaan tarkistaa potilaan lääkitys ja mahdolliset yliherkkyydet, ettei tule ei-toivottuja yhteisvaikutuksia tai allergisia reaktioita. (Veräjänkorva 2009: 85.)

Oikea annos

Sairaanhoitaja tarkistaa aina lääkkeen oikean annoksen lääkemääräyksestä. Samalla hänen on tarkistettava ja varmistettava oikeasta vahvuudesta ja vaikuttavan aineen nimestä. Sairaanhoitaja tarkistaa aina jakamansa tai jo aiemmin jaetut lääkeannokset kollegan kanssa. Tällöin puhutaan kaksoistarkistuksesta. Potilasta ei saa asettaa vaaraan joten oikeasta annoksesta ja vahvuudesta on varmistettava toisen sairaanhoitajan kanssa. Oikean annoksen varmistamisessa sairaanhoitajalla tulee olla riittävät lääkelaskentataidot, jotka ovat tarvittavia juuri kyseisessä toimintayksikössä toimiessaan. (Veräjänkorva 2009: 85.)

Oikea antotapa

Lääkkeen antotapaan vaikuttaa hoitotilanne, missä potilasta hoidetaan. Oikea antotapa varmistetaan lääkäriltä. Antotapaan vaikuttaa potilaan sairaus, ikä, toimintakyky, hoitomyönteisyys, lääkehoidon kustannukset ja hoitoympäristö. Lääke voidaan antaa enteralisesti eli ruoansulatuskanavaan joko suun kautta, suuonteloon, peräsuoleen tai ruokintaletkuun. Parenteraalisesti eli hengitysteihin, nenään, iholle, silmään, korvaan, emättimeen, virtsarakkoon tai injektiona subcutaanisesti, intradermaalisesti, intra musculaarisesti, intra venöösisti, valtimoon, epiduraalitilaan, spinalitilaan, nivelen sisään tai luuytimeen. Antotavan valintaan vaikuttavat myös lääkkeen teho, turvallisuus ja tarkoituksen mukaisuus. (Veräjänkorva 2009: 86.)

Lääkkeen antaminen tulisi tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tämä vaikuttaa komplianssiin eli hoitomyöntyvyyteen. Lääke tai lääkkeen antaminen ei saisi aiheuttaa potilaalle kipua, komplikaatioita tai muita epämiellyttäviä tuntemuksia. Potilaalle tulee selittää, miksi lääkettä annetaan, mihin tarkoitukseen, mitkä ovat odotetut vaikutukset ja mikä rooli potilaalla on. Lääkkeen antotapa vaikuttaa lääkkeen vaikutuksen alkamisaikaan, voimakkuuteen ja keston. Infektioita ehkäistään käsittelemällä lääkkeitä aseptisesti ja huolehtimalla välineiden puhtaudesta. Lääkkeen tunnistettavuudesta on huolehdittava koko lääkkeen annon ajan siten että lääkkeen nimitarra tai lääkkeenliäsytarra kertoo tarkasti lääkkeen ja sen vahvuuden. (Veräjänkorva 2009: 86.)

Oikea antoaika

Lääke annetaan säännöllisesti, kertamääräyksenä tai tarvittaessa. Lääkkeen antoaika riippuu lääkkeestä ja sen farmakologisista ominaisuuksista. Yhden tunnin viive on hyväksyttävää, paitsi kriittisesti sairaiden potilaiden kohdalla. Väärään aikaan annettu lääke saattaa menettää osan tehostaan tai hoitovaikutuksista. Esimerkki väärästä antoajasta on, jos lääke annetaan ruokailun yhteydessä, vaikka se pitäisi ottaa ennen tai jälkeen ruokailun tietyn ajan kuluttua. Jokaisen sairaanhoitajan on varmistuttava, että potilaan ottavat lääkkeet niille määrättyinä aikoina. (Veräjänkorva 2009: 86.)

Oikea potilas

Potilas on tunnistettava ehdottomasti ja luotettavasti jokaisella lääkkeenantokerralla. Sairaanhoitajan on aina tunnistettava potilas kysymällä potilaan nimi, henkilötunnus ja verrattava niitä tunnistusrannekkeen tietoihin. Toiminnan tulee olla rauhallista, jolloin minimoidaan kiireestä johtuvat virheet. Sairaanhoitaja toimii yhteistyössä potilaan kanssa seuraa lääkkeen ottamista ja kertoo lääkehoidon tarkoituksen. Sairaanhoitajan rooli potilaan asianajajana korostuu jos potilas on tajuton tai muutoin yhteistyökyvytön, jolloin tunnistaminen täytyy suorittaa muulla tavalla kuten kysymällä kollegalta. (Veräjänkorva 2009: 86.)

Oikea potilaan ohjaus

Potilaan ohjaus on vaativaa, mutta kuuluu sairaanhoitajan ammatilliseen vastuuseen. Ohjauksessa kerrotaan miksi lääkehoito aloitetaan, miten se toteutetaan ja miten kauan lääkehoito kestää. Potilaalle kerrotaan lääkkeen vaikutuksesta, mahdollisista haittavaikutuksista ja seurannasta. Tarvittaessa lääkehoidon ohjaus voi jatkua koko lääkehoidon ajan. Sairaanhoitajan tulee varmistaa, että potilas on vastaanottanut ja ymmärtänyt lääkärin antaman informaation ja osaa toimia niiden mukaisesti. Omaiset ja läheiset on hyvä ottaa tarpeen vaatiessa mukaan lääkehoidon ohjaukseen ja potilaalle annetaan yhteystiedot lisäkysymyksiä varten. (Veräjänkorva 2009: 86.)

Oikea dokumentointi

Potilaalle määrätty ja annettu lääkehoito kirjataan aina joko manuaalisesti tai sähköisesti potilastietoihin. Hoitokertomukseen kirjataan lääkkeen nimi, vahvuus, antotapa, määrä ja antamisaika. Näiden lisäksi sairaanhoitajan on kirjattava lääkkeen vaikutukset, potilaan tuntemukset ja käyttäytyminen lääkkeen antamisen yhteydessä ja sen jälkeen. Mahdolliset haittatapahtumat ja läheltäpiti-ilanteet kirjataan ja niistä tehdään vaaratapahtumailmoitus. Potilasasiakirjoista on käytävä ilmi, miksi lääkettä on annettu, miten on annettu ja miten lääke on vaikuttanut. Esimerkiksi kipu on arvioitava jollakin kipumittarilla esimerkiksi Visual Analogy Scale (VAS) tai, Numerical Rating Scale (NRS) (Veräjänkorva 2009: 87.)

Hoitotyön käsikirjassa vuodelta 2013 Marina Kinnunen esittää seitsemän suojausmekanismia, jotka kuuluvat turvallisen lääkehoidon prosessiin. Nämä ovat: Kirjallinen lääkelista, tunnistusranneke, lääketietokantojen käyttö, annetun lääkkeen merkitseminen, toistaminen, lääkelistan tarkistaminen säännöllisesti, lääkkeiden säännöllinen tarkistaminen. Kirjallisella lääkelistalla tarkoitetaan potilaalla olevaa lääkekorttia, joka potilaalla kulkee aina mukanaan. Lääkekortin käyttäminen ja ajan tasalla pitäminen on potilaan omalla vastuulla. Tämän avulla pyritään keventämään lääkäreiden ja hoitajien työn määrää. E-reseptien yleistyessä potilaiden ajan tasalla olevan lääkityksen tarkistaminen on entistä helpompaa. (Ranta (toim.) – Sulosaari – Hahtela 2013.)

Jokaisella potilaalla tulee olla tunnistusranneke, josta voidaan varmistaa hänen henkilöllisyytensä. Tunnistusranneke tulee asettaa kaikille potilaille jotka sairaalaan tulevat. Kinnunen esittää, ettei potilaalle tehdä ei-kiireellisiä toimenpiteitä tai tutkimuksia ennen kuin potilas on tunnistettu ja tunnistusranneke kiinnitetty. (Kinnunen 2013.) (Ranta 2013.)

Pharmaca Fennica kirjoista ollaan entistä enemmän luopumassa. Lääkkeiden tiedot vaihtuvat tiheästi, joten ajantasaisimman tiedon saa sähköisestä lääketietokannasta. Lääkkeiden interaktiot eli yhteisvaikutukset tulee tarkistaa ja tähän apuväline on muun muassa SFINX tietokanta. Käypähoito-suositukset ovat myös erittäin tärkeä apuväline sairaanhoitajille ja lääkäreille, nämä löytyvät myös sähköisessä muodossa. Vanhusten lääkehoidossa käytetään hyödyksi heille suunnattuja lääkkeiden tietokantoja. RenBase tietokannasta saa tietoa munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden lääkityksestä. (Kinnunen 2013.) (Ranta 2013.)

Toistamisella tarkoitetaan sitä, että esimerkiksi puhelimesta vastaanotettu lääkemääräys toistetaan, jolloin varmistetaan että sairaanhoitaja on kuullut ja ymmärtänyt määräyksen oikein. (Kinnunen 2013.) (Ranta 2013.)

Lääkelistat ja lääkekortit tulee tarkistaa säännöllisesti. Tällöin varmistutaan lääkityksen paikkansa pitävyydestä ja ajan tasalla olemisesta. Muistamisen helpottamiseksi tarkistus voidaan tehdä esimerkiksi joka päivä samaan aikaan. (Kinnunen 2013.) (Ranta 2013.)

Sairaanhoitajien tulee tarkistaa, että lääkekaapissa olevat lääkkeet ovat parasta ennen päiväyksen sisällä. Vanhentuneita tai käyttöön sopimattomia lääkkeitä ei tule säilyttää. Lääkkeiden säilytyspaikan lämpötilasta tulee huolehtia ja kirjata se säännöllisesti. (Kinnunen 2013.) (Ranta 2013.)

5 Lääkkeiden turvallisuus

Lääkkeiden tuotekehitys molekyylistä valmiiksi valmisteeksi apteekin hyllylle vie 10–15 vuotta. Vain pieni osa lääkemolekyyleistä päätyy markkinoille. Myyntiluvan saamisen edellytyksenä ovat viralliset lääketutkimukset sekä valvojan viranomaisen, Suomessa lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean, arvio lääkkeen turvallisuudesta.

Lääkkeistä tulee tehdä haittavaikutusilmoituksia, jolloin näiden turvallisuudesta ja mahdollisista haitta- tai yhteisvaikutuksista saadaan uutta tietoa. Havaitut haittavaikutukset kirjataan Fimean rekisteriin, ja näiden uusien tietojen perusteella tarvittaessa muutetaan lääkkeen valmisteyhteenvedoa, pakkausselostetta tai rajoitetaan lääkkeen määräämistä tai käyttöä. Erityisen seurannan alla ovat uudet lääkkeet, sekä akuutit ja vakavat haittatapahtumat. Haittavaikutuksista voi ilmoittaa lääkäri, hoitaja tai potilas.

(STM 2005: 62.)

6 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö eroaa tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä tutkivan ja työelämää käytännönläheisellä tavalla kehittävän otteensa vuoksi. Tutkimuskysymyksiä tai tutkimusongelmia ei esitetä, ellei kyseessä ole selvityksen tekeminen. Tietoperusta ja teoreettinen viitekehys on työn edellytys. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi jonkin uuden ohjeen, kirjan oppaan, DVD:n tai kotisivujen luominen tai tapahtuman järjestäminen. Toiminnallisuudella tarkoitetaan teorian ja käytännön monimuotoista yhdistämistä. Ammattikorkeakouluissa painotetaan opinnäytetyön työelämläheisyyttä. Työn tekeminen kannattaa aloittaa aiheanalyysin eli aiheen ideoimisella ja toimintasuunnitelman tekemisellä, jossa kartoitetaan mitä, miten ja milloin ollaan tekemässä. (Vilka - Airaksinen 2003: 9 - 10, 23, 26, 30.)

6.1 Työtapa- ja menetelmäosa

Teorian pohjaksi kokosimme tietoa aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta, artikkeleista ja videodokumenteista, sekä seuraavista tietokannoista: Cochrane, Cinahl, Medic, Met-Cat, Theseus sekä teknistä tukea saimme media-alan insinööriopiskelijoilta ja opettajilta. Yliopettaja Erkki Rämö antoi neuvoja mediatekniikan osalta sekä hoitotyön teoriasta ja käytännöstä opinnäytetyön ohjaajaltamme lehtori Liisa Lukkarilta. Työelämän edustajana toimi kliininen asiantuntija Satu Rauta Hus HYKS Operatiivisesta tulosityksiköstä.

Käsikirjoituksen tehtävänä on kokonaisuuden hahmottaminen, kommunikointi tilaajan, asiantuntijoiden ja työryhmän kanssa sekä tuotannollinen funktio eli missä ajassa video voidaan toteuttaa. Käsikirjoittaja välittää näkemyksensä ja päämääränsä muille työryhmän jäsenille – kuvaajalle, äänittäjälle ja editoijalle. Video-ohjelmassa lähetetään katsojalle paljon informaatiota lyhyessä ajassa. Hyvä kerronta on taloudellista, lyhyttä ja tiivistä. Dialogi kirjoitetaan viimeiseksi, kun ohjelman rakenne on jo suunniteltu. Selostustekstin eli speakin tehtävä on laajentaa ja selventää kuvan, dialogin ja muun äänen välittämää informaatiota. Faktat ovat selostustekstin materiaalia ja tekstin tulee olla selkeää ja yksinkertaista. Tekstin sijoituksella on myös merkitystä, se ei saisi kertoa siitä mitä kuvassa näkyy. Käsikirjoitusvaiheessa voidaan jo etsiä kuvauspaikkoja, mutta oleellisempaa se on kuvakäsikirjoitusvaiheessa. (Aaltonen 2003.) (Liite 3.)

Turvallisen lääkehoidon videossa käsikirjoitus koostui seitsemästä kohtauksesta muokailen seitsemän O:n sääntöä. Selostusteksti perustui lääkehoidon faktoihin ja visuaalista ilmettä elävöitettiin draaman keinoin. Kuvasimme ja näyttelimme itse hoitajan työskentelyä autenttisissa lääkehoitotilanteissa käyttäen minimaalista dialogia. (Liite 1).

Kuvakäsikirjoitusvaiheeseen siirrytään varsinaisen käsikirjoituksen jälkeen. Kuvauspaikkoja kannattaa jo etsiä ennakolta, sillä varsinkin dokumentaarisessa tuotannossa sopivien kuvauspaikkojen löytäminen voi olla vaikeaa. Storyboard eli kuvakäsikirjoitus tehdään, jotta tiedetään miten kuvaustilanne hahmotetaan ja miten siinä toimitaan. Sen tekee yleensä ohjaaja ja kuvaaja yhdessä. Kohtaus jaetaan kuviksi, mietitään minkälaisia kuvakokoja käytetään, mitkä ovat kuvakulmat ja onko kamera liikkeessä otoksen aikana. Tavallisimmin on käytössä kahdeksan kuvan järjestelmä. Kuvat luonnostellaan paperille ja nykyisin varmaan tietokoneelle. Kuvan oikealle puolelle kirjoitetaan kuvakoko ja – kulma, kameran liikkeet ja kuvaustoimintaa eli mitä kuvassa tapahtuu.

Kuvakäsikirjoituksen avulla varmistetaan, että kaikki ohjelman tekoon osallistujat tietävät mitä milloinkin ollaan tekemässä ja kuvaukset etenisivät mahdollisimman sujuvasti aikataulussa pysyen. Kuvakäsikirjoituksesta vastasivat mediatekniikan insinööriopiskelijat, mutta kuvaussuunnitteluun osallistuivat myös opinnäytetyöntekijät. Video toteutettiin yhdessä Metropolian mediatekniikan insinööriopiskelijoiden kanssa osana heidän innovaatio projektiaan. Kuvaukset suoritettiin maaliskuussa 2013 Metropolian Tukholman kadun yksikössä, lääkehoidon opetustiloissa. (Aaltonen 2003.) (Liite 3).

6.2 Taustatyö

Taustatyönä kartoitimme Suomessa aikaisemmin hoitotyön koulutusohjelmassa (AMK) tehdyt lääkehoitoon liittyvät opinnäytetyöt, joihin osana kuului DVD:n tekeminen vuosina 2005–2012. Löysimme neljä: Laureassa (AMK) on tehty DVD ”Tavoitteena potilasturallinen lääkehoito”, Oulun hoitotyöohjelmassa (AMK) ”Lääkkeen antaminen laskimon-sisäisenä injektiona”, Tampereen hoitotyöohjelmassa (AMK) ”Turvallinen lääkehoito vanhusten palvelutalossa” ja koulujen ulkopuolelta yhteistuotanto Lääketietokeskuksen, Suomen Apteekkariliiton ja Myrkytystietokeskuksen kanssa ”Lääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö”. Löydös oli pieni, joten näemme, että oli tarve tuottaa opetusvideo turvallisesta lääkehoidosta. Tiivis visuaalinen tietopaketti videon muodossa oli yksi vaihtoehto. Ihminen muistaa näkemästään huomattavasti enemmän, kuin kirjoitetusta tai kuulemas-taan informaatiosta.

7 Opetusvideo

Opetusvideon tekeminen turvallisesta lääkkeenannosta tuli työelämän tarpeista. Opetusvideo on tarkoitettu uusille työhön tuleville sairaanhoitajille perehdytykseksi ja sitä voidaan myös käyttää sairaanhoitajien lääkehoidon koulutuksessa ammattikorkeakoulussa. Videossa käsitellään turvallisen lääkkeenannon seitsemän O:n sääntöä sekä ohjataan turvalliseen lääkehoitoon.

Keskeisimmät periaatteet opetustyössä ovat havainnollistaminen, konkretisointi, aktiivointi, vaihtelu, yhteistoiminta, yksilöinti ja palaute. Ihminen oppii suurimman osan tiedosta näköaistin välityksellä, sitten kuulo- ja tuntoaistin avulla.

Oppiminen on tehokkainta, kun se perustuu useampaan aistiin. Silloin opittu asia pysyy paremmin muistissa. (Vuorinen 1998: 39–47). Oppimiseen vaikuttaa myös fyysinen ja sosiaalinen ympäristö, oppijan aikaisemmat tiedot ja taidot, motivaatio, havainnot ja kokemukset. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus ja raportointi. Tässä opinnäytetyössä syntyy tuotoksena opetusvideo tutkimustuloksen sijasta. Videossa yhdistyy kirjoitettu, puhuttu ja visuaalinen materiaali. (Vilka - Airaksinen 2003: 10.)

Synopsis on lyhyt selvitys ohjelman sisällöstä ja muodosta. Tämän työn synopsis on kuvattu liitteissä. Siinä lukijalle selviää ohjelman lähestymistapa ja tyyli. Siinä tulee esille keskeinen idea ja rakenne. Synopsiksessa esitellään ohjelman tavoitteet, kohderyhmä, käyttötavat ja rakenne. Siihen voidaan lisätä muun muassa näkökulma, lähestymistapa, tyyli ja materiaali, esimerkiksi haastattelut ja arkistomateriaali. Usein synopsisin tärkein funktio on idean myyminen. Treatment on laaja tiivistelmä, joka kertoo tarinan ja esittää juonen. Treatmentissa käsitellään ja kehitellään synopsisista eteenpäin. (Aaltonen 2002: 38.)

8 Pohdinta

Sairaanhoitajan on huolehdittava koko ammattiuransa ajan jatkuvasta kouluttautumisesta, tietojen päivittämisestä ja uuden tiedon hankkimisesta ja omaksumisesta. Lääkehoidon osaamisvaatimukset kasvavat vuosittain. Tämä ilmenee muun muassa siten, että Pharmaca Fennica kirja on kasvanut vajaassa kymmenessä vuodessa moninkertaiseksi. Sairaanhoitajien työ painottuu entistä enemmän lääkehoidon toteuttamiseen ja kokonaisuuksien hallintaan. Lääkehoidon toteuttaminen on paljon tietotaitoa vaativaa sairaanhoitajan ydinosaa. Sairaanhoitajan tulee osata arvioida potilaan lääkehoidon tarve, suunnitella oikein lääkärin määräämä lääkitys, varmistaa lääkkeiden oikeaoppinen valmistus ja käyttökuntoon saattaminen, annostelu, sekä potilaan ohjaus, hänen vointinsa seuranta, arviointi ja kirjaaminen. Lääkehuollon tehtävien tunteminen, kuten lääkkeiden tilaaminen, säilyttäminen ja hävittäminen ovat olennainen osa sairaanhoitajan työtä osastofarmaseuttien lisääntymisestä huolimatta. Osaava ja eettisesti toimiva sairaanhoitaja tuntee ja noudattaa annettuja aseptisia toimintatapoja, ohjeita ja lainsäädäntöä. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa omat tietonsa, taitonsa, asenteensa, ja eettiset arvonsa toteuttaakseen lääkehoitoa laadukkaasti. (Hoitotyön vuosikirja 2013.) Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen oli erittäin mielenkiintoista. Videon tekeminen oli meille

osittain uutta. Video on konkreettinen työväline ja valmis video mielestämme hyvin onnistunut ja uskomme sen palvelevan käyttötarkoituksessaan, eli uusien hoitajien perehdyttämisessä ja hoitotyön opetuksessa. Opinnäytetyön prosessi vei aikaa noin vuoden. Yhteistyö kaikkien osapuolten kesken oli rakentavaa ja kannustavaa. Opinnäytetyön tekeminen sairaanhoitaja ja insinööriopiskelijoiden kanssa sujui erittäin hyvin ja opetti kaikille osapuolille paljon uutta, jota voi hyödyntää tulevaisuudessa käytännön työssä.

Lähteet

Aaltonen, Jouko. 2002 Käsikirjoittajan työkalut. Audiovisuaalisen käsikirjoituksen opas. Tampere: Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimitus.

Airaksinen, Marja - Linden-Lahti, Carita – Holmström, Anna-Riia - 2012. Medication Safety as Part of Patient Safety: Initiatives and Research in Finland. Pharmacists' Association. Dosis. Vol. 28 n: o 3 / 2012.

Berwick Donald - Leape, Lucian. ym. Reducing errors in medicine. It's time to take this more seriously. BMJ 1999; 319:136–7.

Brennan, Troyen ym. 2000. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patient: result on the Harvard Medical Practise Study.

Helovuo, Arto - Kinnunen, Marina - Peltomaa, Karolina - Pennanen, Pirjo 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca Oy.

Hus. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. HYKS / Peijaksen sairaala. 2004. Viisas oppii virheistä. Potilasturvallisuuden edistäminen poikkeamia analysoimalla. Projektin loppuraportti.

Härkänen, Marja – Saano, Susanna – Turunen, Hannele - Vehviläinen-Julkunen, Katri. Terveystuollon henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 2013: 25 (1) 49–61.

JBi. Joanna Briggs Institute. 2005. Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. Best Practice. Volume 9, (475).

JBi. Joanna Briggs Institute. 2010. Roles and systems for routine medication administration to prevent medication errors in hospital-based acute care settings. Best Practise. Volume 14 (5392).

Keistinen, Timo – Kinnunen, Marina – Holm, T 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Lääkärilehti 44, 3785 - 3788.

Kurronen Paula, 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku - HaiPro - vaaratapahtumien analyysi. Pro Gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Mustajoki, Pertti. 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy. Peijaksen sairaalan projekti. Suomen lääkärilehti 23/2005 vsk 60, 2623–2625.

Nurminen, Marja-Leena 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.

Partanen, Pirjo – Heikkinen, Tarja – Vehviläinen – Julkunen, Katri 2005. Sairaanhoidajien työolobarometri. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n jäsenkysely. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Potilasvahinkolaki 879/1998. Annettu Helsingissä 27 päivänä marraskuuta 1998.

Ranta, Iiri (toim.) - Sulosaari, Virpi - Hahtela, Nina. 2013. Sairaanhoidaja & lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja. Sairaanhoitajaliitto.

STM. Sosiaali- ja terveysministeriön opas ISSN 1236-116X; 2005:32. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1932-4>.

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Potilasturvallisuutta yhdessä edistämään. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2007:6. Helsinki: Yliopistopaino. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2395-9>

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2561-8>

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Potilasturvallisuus strategia. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3).

Suomen Sairaanhoidajaliitto ry 2013. Sairaanhoidaja ja lääkehoito, Hoitotyön vuosikirja 2013. Helsinki: Fioca Oy. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2760-5>.

Taam - Ukkonen, Minna, Saano, Susanna 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: WSOY.

Vincent Charles., Neale, Graham – Woloshynowych, Maria. 2001. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. British Medical Journal 322, 517–519.

Veräjänkorva, Oili - Huupponen, Risto - Huupponen, Ulla - Kaukkila, Hanna-Sisko - Toriainen, Kirsti 2009. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Vilka, Hanna - Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

WHO. World Health Organization. 2007. Patient identification. Volume 1, Solution 2.

Liite 1 Prosessikuvaus ja aikataulu

Prosessikuvauksella tarkoitetaan miten toteutus etenee käytännössä. Miten video kuvataan, mitkä henkilöt osallistuvat tekovaiheeseen, miten kuvataan, mikä on videon pituus, käytetäänkö siinä mahdollisesti musiikkia ja haastatteluita sekä mikä on aikataulu.

Meillä oli lokakuussa 2012 tapaaminen yliopettaja Erkki Rämön kanssa (Mediatekniikan edustaja Metropoliaa). Palaverissa varmistui, että saamme teknistä apua videon tekemiseen ja laitteita käyttöön kuvauksia, äänitystä ja editointia varten. Mediatekniikan insinööri (AMK) opiskelijat osallistuvat tähän yhteistyöhön osana heidän innovaatioprojektiaan.

Kliininen asiantuntija Satu Raudan (HUS, Operatiivinen yksikkö) kanssa oli palaveri joulukuussa 2012, jossa täsmennettiin videon aiheita, rakennetta, muotoa ja pituutta. Päädyimme keskittyä videossamme turvallisen lääkehoidon periaatteisiin. Ajatus kiteytyi seitsemän O:n ympärille.

Asiakäsikirjoitus oli valmis tammikuun alussa. Kevät oli videon toteutuksen aikaa, silloin tehtiin kuvaussuunnittelua käsi-kirjoitukseen ja etsittiin kuvauspaikat, kuvattiin sekä äänitettiin että editoitiin. Valmis työ esitetään sekä Metropoliaa että Leppävaarassa. Tekijänoikeudet videosta tulevat videon tekijöille, eli Metropolian opiskelijoille. Videon omistaa Metropolia ammattikorkeakoulu. Videon pituus on alustavasti noin 10–15 minuuttia.

Tammikuun 9. aiheemme esiteltiin projekti-infossa Metropolian Leppävaaran mediatekniikan insinööri (AMK) opiskelijoille. Aiheemme kiinnosti ja saimme neljä innokasta opiskelijaa yhteistyöhön. Alustavasti sovimme tapaamisen joka tiistai 26.2. alkaen.

Tammikuu 18. Perustettu Doodle – kysely projektiin osallistuvien aikataulujen yhteensovittamiseksi.

Tammikuun 28. Tapaamme ohjaajamme tilannekatsauksen merkeissä. Sovittiin, että otetaan yhteys mediatekniikan opiskelijoihin mahdollisimman pian, jotta yhteistyömme voi alkaa. Otamme sähköpostitse yhteyttä ja sovimme ensimmäisen tapaamisen.

Helmikuun 12. Tapaamme kaikki mediatekniikan opiskelijat. Tutustumme toisiimme ja kerromme lisää aiheestamme. Päätetään perustaa Facebookiin suljettu ryhmä, jotta

voimme kommunikoida sujuvasti toistemme kanssa. Sovitaan tapaamisajat tiistai iltoihin kuvauksiin asti Metropolian Tukholmankadun yksikössä. Käymme tutustumassa kuvausympäristöön.

Helmikuun 19. Osa käsikirjoituksesta valmistuu. Kuvausten ideointia ja käytännön järjestelyjä eli millaista kuvauskalustoa tarvitaan, paljonko tarvitaan aikaa, mistä näyttelijät, roolien hakemista – kuka tekee mitäkin.

Helmikuun 26. Käsikirjoitus valmis. Päätetään kuvauspäivästä, joka on pe 15.3. koko päivän ja varataan aikaa vielä kuvauksien suunnitteluun. Lisäksi lisäkuvauspäivä, jos jotain täytyy uusaa. Listataan tavaroita/asioita, jotka tulee olla kuvauspäivänä koululla.

Maaliskuun 5. Kuvakäsikirjoitus valmis. Palaverissa paikalla Erkki Rämö, joka totesi projektin edenneen hyvin ja on valmis toteutettavaksi. Palaverissa kävimme läpi edelleen käytännön asioiden selvittelyä. Pääroolissa olevan Sairaanhoidajan etsiminen vaikeaa, aikaisemmin lupautuneet eivät pääsekään työesteiden vuoksi. Videossa ”käytettävien” lääkkeiden nimet ovat vielä mietinnän alla.

Maaliskuun 12. ja 15. päivinä suoritimme kuvaukset.

Maaliskuu 21. Videon esikatselu, editointi ja puheen äänitys.

Huhtikuu 4. Kuvatestit valmiit

Huhtikuu 8. Opinnäytetyön toteutus - seminaari

Huhtikuu 12. Alustava demoversio valmis.

Huhtikuun aikana valmis video.

Projekti valmis ja työn esittely toukokuun alussa.

Liite 2 Käsikirjoitus

Turvallinen lääkehoito - seitsemän O:n sääntö

”Kohtaus 0” Työympäristö

Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä

Sairaanhoitajalla on merkittävä rooli lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa. Suositeltavaa on, että osastolla on lääkehoidon toteuttamiseen erillinen, lukollinen lääkehuone, jossa on mahdollisuus aseptiseen ja häiriöttömään työskentelyyn. Erillinen kyltti suojaaa sairaanhoitajaa tai osastofarmaseuttia häiriötekijöiltä ja keskeytyksiltä lääkkeen- jaon aikana. Lääkehuoneen tapahtumia valvotaan kameran avulla. Lääkehuoneen oven kuvaus, jossa kyltit lääkehuone ja työrauha. Hoitajan lääkehuoneeseen meno, valvontakamera ja yleiskuvaa lääkehuoneessa työskentelemisestä.

Interiööri. Kohtaus 1. Oikea lääke

Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä

Sairaanhoitaja varmistaa oikean lääkkeen lääkemääräyksestä tai lääkelistasta. Suullisen lääkemääräyksen vastaanottamisessa sairaanhoitaja varmistaa toistaen, että on kuullut ja ymmärtänyt määräyksen oikein. Sairaanhoitaja varmistaa lääkemääräyksen oikeellisuuden eli potilaskohtaisen lääkkeen nimen ja vaikuttavan aineen, lääkemuodon ja vahvuuden, lääkkeen antamiskertojen ja -aikojen ajat. Lääkkeen tiedot voi tarkistaa Pharmaca Fennicasta tai Terveysportin sähköisestä lääketietokannasta josta löytyvät lääkkeen tiedot, sekä haitta- ja yhteisvaikutukset. Jos määrättyä lääkettä ei löydy osaston lääkekaapista, sairaanhoitaja voi tarkistaa vastaavan lääkkeen geneerisen nimen perusteella sähköisestä lääketietokannasta. Jos lääkäri määrää lääkkeen puhelimitse, sairaanhoitaja toistaa määräyksen ja lääkäri kirjaa lääkkeen potilastietojärjestelmään. Sairaanhoitajan tehtävä on omalta osaltaan tarkistaa potilaan lääkitys ja mahdolliset yliherkkyydet, ettei tule ei-toivottuja yhteisvaikutuksia tai allergisia reaktioita.

Kuvaus

Koko-, puoli- ja lähikuvaa sairaanhoitajista katsomassa lääkemääräystä potilaspapereista tai potilastietojärjestelmästä. Sairanhoitaja tutkii vastaavaa lääkettä tietokoneelta.

Interiööri. Kohtaus 2. Oikea annos

Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä

Sairanhoitaja tarkistaa lääkemääräyksestä lääkkeen kaupanimen, annoksen, vahvuuden ja vaikuttavan aineen. Sairanhoitaja tarkistaa aina jakamansa tai jo aiemmin jaetut lääkeannokset toisen kollegan kanssa. Lääkkeet voidaan jakaa myös kahden sairaanhoitajan läsnä ollessa. Tällöin puhutaan kaksoistarkistuksesta. Oikean annoksen varmistamisessa sairaanhoitajalla tulee olla riittävät lääkelaskentataidot.

Kuvaus

Yleiskuvaa, puolikuvaa, lähikuvaa ja erikoislähikuvaa kun sairaanhoitaja tutkii lääkekaappia ja etsii sieltä oikeita lääkkeitä ja vahvuuksia sekä jakaa lääkkeitä lääkekippoihin. Sairanhoitaja tarkistaa pinseteillä lääkejakoa lääkelistaa lukien.

Interiööri. Kohtaus 3. Oikea antotapa- ja reitti

Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä

Oikea antotapa varmistetaan lääkäriiltä. Antotapaan vaikuttaa potilaan sairaus, ikä, toimintakyky, hoitomyönteisyys, lääkehoidon kustannukset ja hoitoympäristö. Lääke voidaan antaa enteraalisesti eli ruoansulatuskanavaan joko suun kautta, suuonteloon, peräsuoleen tai ruokintaletkuun. Parenteraalisesti eli hengitysteihin, nenään, iholle, silmään, korvaan, emättimeen, virtsarakkoon tai injektiona subcutaanisesti, intradermaalisesti, intra muskulaarisesti, intra venöösisti, tai epiduraalitilaan. Antotapa vaikuttaa lääkkeen vaikutuksen alkamisaikaan, voimakkuuteen ja keston. Lääkkeen antaminen ei saa aiheuttaa kipua, epämukavuutta tai komplikaatioita. Infektioita ehkäistään käsittelemällä lääkkeitä aseptisesti ja huolehtimalla välineiden puhtaudesta. Lääkehoidon aseptiset virheet voivat aiheuttaa potilaille infektioita. Infektioiden torjunnan periaatteet ovat: oikeanlainen käsihygienia, aseptiikka, oikea suojainten käyttö ja työskentelytavat sekä pisto- ja

viiltohaavojen välttäminen. Lääkehoitotilat tulee pitää puhtaina. Lääkkeen tunnistettavuudesta on huolehdittava koko lääkkeen annon ajan. Lääkkeet tarkistetaan säännöllisesti, jotta varmistutaan, ettei käytössä ole vanhentuneita tai käyttöön soveltumattomia lääkkeitä ja että lääkkeet säilytetään oikeassa lämpötilassa.

Kuvaus

1. Lääkkeen jakaminen

Sairaanhoitaja desinfioi lääkkeenjako pöydän – Lk

Sairaanhoitaja pesee ja desinfioi kädet ja laittaa hanskat – Pk, Lk ja Ekl

Lääkkeiden jakaminen pinsettien tai lääkelusikan avulla, lääkkeen jauhaminen ja puolitaminen – Lk, Ekl

Välineiden puhdistus – Pk, Lk

Injektion anto, työvaiheet – Pk, Lk ja Ekl

Kertoja

Lääkkeet jaetaan aseptisesti lääkelusikalla tai pinsetillä. Suojakäsineet suojaavat lääkkeen jakajaa. Välineet puhdistetaan jokaisen potilaan lääkkeenjaon välillä.

2. Injektion valmistaminen ja antaminen

Ruisku ja neula avataan aseptisesti

Lääkkeen otto lagenulasta

Pistosneulan vaihtaminen

Välineet injektioon antamiseen

Viiltävät jätteet särmäisjäteastiaan

Kertoja

Välineet avataan steriilisti. Lagenulan kumikorkki desinfioidaan. Lääke otetaan lagenulasta typpähiontaisella neulalla ja lääke otetaan ampullasta typpähiontaisella suodatinneulalla. Injektion antamiseen valitaan uusi siihen tarkoitettu teräväkärkinen steriili neula.

3. Infuusion valmistaminen ja antaminen

Kertoja

Välineet avataan steriilisti. Kolmitiehanoja käsitellään aseptisesti ja lävistystulpat desinfioidaan. Tarvittaessa kolmitiehanaan laitetaan steriili korkki. Lääkelisäykset tehdään aseptisesti.

Interiööri. Kohtaus 4. Oikea antoaika

Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä

Lääke annetaan säännöllisesti tai tarvittaessa. Lääkkeen antoaika riippuu lääkkeestä ja sen farmakologisista ominaisuuksista. Yhden tunnin viive on hyväksyttävää, paitsi kriittisesti sairaiden kohdalla. Väärään aikaan annettu lääke saattaa menettää osan sen hoitovaikutuksista. Yhtenäisellä lääkelasien värityksellä eri ajankohtina pyritään välttämään lääkkeiden antaminen väärään aikaan vuorokaudesta. Jokaisen sairaanhoitajan on varmistettava, että potilas ottaa lääkkeen ajallaan.

Kuvaus

Sairaanhoitaja jakaa lääkkeitä potilaille lääkehoitokärrystä potilashuoneessa – Yk, Kk, Pk ja Lk sairaanhoitajasta ja potilaista

Interiööri. Kohtaus 5. Oikea potilas

Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä

Tunnista potilas ennen lääkkeenantoa. Jokaisella potilaalla tulee olla tunnistusranneke ja sen tulee olla kiinnitettynä koko sairaalassaoloajan. Sairaanhoitaja tunnistaa potilaan kysymällä potilaan nimen, henkilötunnuksen ja vertaamalla tunnistusrannekkeen ja potilasasiakirjojen tietoja. Toimitaan rauhallisesti, jolloin minimoidaan kiireestä johtuvat virheet. Sairaanhoitaja seuraa potilaan lääkkeen ottamista. Sairaanhoitaja on yhteistyössä potilaan kanssa ja kertoo lääkehoidon tarkoituksen.

Dialogi

Sairaanhoitaja: "Huomenta, olen sairaanhoitaja XX. Kertoisitteko nimenne ja henkilötunnuksenne".

Potilas: "Potilas X kertoo nimensä ja henkilötunnuksen".

Sairaanhoitaja: "Annan pyytämänne särkylääkkeen".

Kuvaus

Erilaisia kuvakokoja, sairaanhoitaja tulee ja lähtee potilashuoneesta. Yk, potilaan tunnistaminen Kk, Pk potilaasta, lääkkeen antaminen Pk, potilas ottaa lääkkeen Lk, potilaan ilmeet Lk.

Interiööri. Kohtaus 6. Oikea potilaan ohjaus

Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä

Potilaan ohjaus kuuluu sairaanhoitajan ammatilliseen vastuuseen. Ohjauksessa kerrotaan miksi lääkehoito aloitetaan, mitä lääkkeitä annetaan, miten lääkehoito toteutetaan ja miten kauan lääkehoito kestää. Potilaalle kerrotaan lääkkeen tarkoituksesta, annostelusta, vaikutuksista, haittavaikutuksista, ja seurannasta. Tarvittaessa ohjaus voi jatkua koko lääkehoidon ajan. Lääkehoidon neuvonta annetaan myös kirjallisesti ja kotiutumisen tukena käytetään tarkistuslistaa. Sairaanhoitaja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjeet ja osaa toimia näiden mukaisesti. Tarvittaessa otetaan omaiset ja läheiset mukaan lääkehoidon ohjaukseen. Potilaalle annetaan yhteystiedot.

Dialogi

Sairaanhoitaja: "Lääkäri määräsi teille vielä tämän astmalääkkeen. Näytän teille miten sitä käytetään".

Potilas:

Sairaanhoitaja: Tässä on vielä kirjalliset ohjeet.

Kuvaus

Kk, Pk, Lk sairaanhoitajasta ja potilaasta, kun sairaanhoitaja näyttää astmalääkkeen ottoa.

Huomioitavaa

Mikä astmalääke?

Interiööri. Kohtaus 7. Oikea dokumentointi

Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä

Potilaalla tulee olla kirjallinen lääkelista ja tarvittaessa tiedot siirretään lääkekorttiin, jolloin varmistetaan tietojen yhteneväisyydestä. Lääkelistat ja lääkekortit tulostetaan säännöllisesti niiden ajantasaisuuden varmistamiseksi. Potilaalle määrätty ja annettu lääkehoito kirjataan aina joko manuaalisesti tai sähköisesti potilastietoihin. Hoitokertomukseen kirjataan lääkkeen nimi, vahvuus, antotapa, määrä ja antamisaika. Lisäksi sairaanhoitaja kirjaa lääkkeen vaikutukset, potilaan tuntemukset ja käyttäytymisen lääkkeen antamisen yhteydessä ja sen jälkeen. Mahdolliset haittatapahtumat ja läheltäpiti-ilanteet kirjataan ja niistä tehdään vaaratapahtumailmoitus.

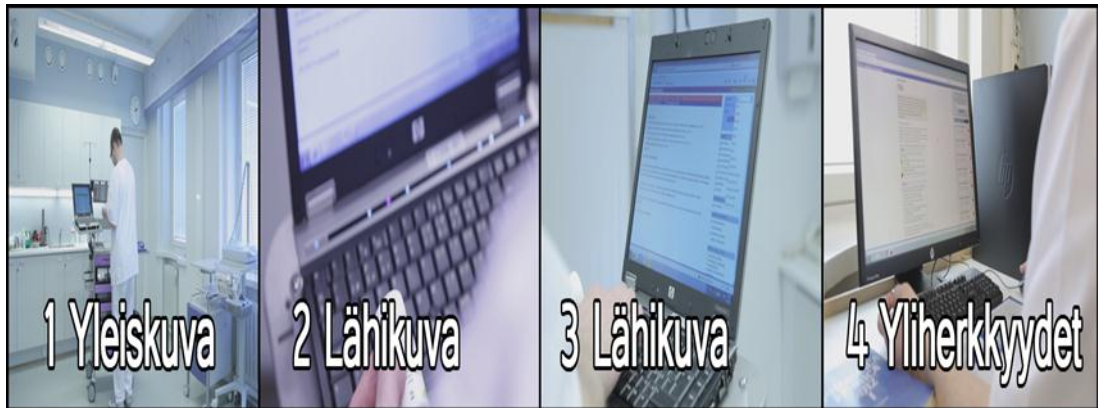
Kuvaus

Sairanhoitaja kirjaa tietoja potilastietojärjestelmään, Pk, Lk sairaanhoitajasta, käsistä ja tietokoneruudusta.

Liite 3 Kuvakäsikirjoitus



Kohtaus 1 Oikea lääke



Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä

Yleiskuva vaihtuu lähikuvaksi

Kuvakulma vaihtuu

Yliherkkyyksien tarkistus

Huomioitavaa!

Kuvituskuvan ääniraita, otetaanko tilääniä?

Lääkkeen nimen näkyvyys

Kohtaus 2 Oikea annos



Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä, samalla sairaanhoitaja tutkii lääkekaappia, etsii oikeaa lääkettä ja tarkistaa purkin.

Alkaa kauempaa otetusta kuvasta.

Lähikuva otot lääkepurkista ja aseptisestä annostelusta sekä lääkelistasta.

Toinen sairaanhoitaja saapuu, kuvaus kauempaa, dialogit.

Lähikuva.

Huomioitavaa!
Lähikuvien valotus.

Kohtaus 3 Oikea antotapa- ja reitti



Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä koko otoksen ajan (ei ole dialogia).

Käsien pesu, desinfiointi, hanskat.

Tarkat lähikuvat lääkkeenjako-pöydän desinfiointista ja välineiden oikeasta käytöstä.

Lopuksi korostava yleiskuva sairaanhoitajan toiminnasta.

Huomioitavaa!

Välineiden luonnollinen käsittely.

Kohtaus 4 Oikea potilas



Potilastilanne alkaa puolikuvalla potilaasta ja hänen sängystään
Yleiskuvaa potilashuoneesta ja puolikuvaa potilaasta

Sairaanhoitaja tulee huoneeseen, varmistaa potilaan tiedot (lähikuvaa rannekkeesta jos sellainen vain saadaan)

Suoraan dialogiin ilman kerrontaa

Lääkkeenantotilanne

Kuvakulmien vaihdot

Sairaanhoitaja poistuu kuvasta ja potilashuoneesta, kuva jää potilaaseen

Kohtaus 5 Oikea antoaika



Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä, samalla kamera on läikehoitokärryn kyydissä kun sitä työnnetään potilashuoneessa

Kuvituskuvaa potilashuoneesta ja potilaista

Lääkkeen jako

Sairaanhoidtaja tarkistaa kelloa ja varmistaa oikean antoajan samalla kertoja/teksti "Yhden tunnin viive on hyväksyttävää, paitsi kriittisesti sairaiden kohdalla"

Puolikuvaa lääkkeen annosta potilaalle, kuvan paino potilaassa (potilas voi vaikka vähän hymyillä)

Kuva takaisin kärryyn kun lääkkeet on annettu ja kärry poistuu

Huomioitavaa!

Kärry ei saa tärinästä kamera-ajossa

Potilas oikeasti ottaa fyysisesti lääkkeen (tabletti)

Taustan "stunttaus" (aito ympäristö)

Kohtaus 6 Oikea potilaan ohjaus



Kertoja ja/tai teksti kuvan päällä, samalla potilas istuu sängyllä ja odottaa sairaanhoitajaa

Sairaanhoitaja tulee potilashuoneeseen, puoli- ja lähikuva dialogista ja sairaanhoitaja opettamassa, samalla taustalla kertoja/teksti

Vuorotellen kertojanpuhetta ja dialogia

"Lääkäri määräsi teille vielä astmalääkkeen, näytän miten sitä otetaan"

Sairaanhoitaja antaa vielä yhteystiedot ja varmistaa onko potilaalla kysyttävää tms.

"Tässä vielä kirjalliset ohjeet, reseptit ja meidän yhteystiedot"

Huomioitavaa!

Tausta

Ei nopeaa leikkausta tai muuten tilanteesta tulee hätäinen vaikutelma

Kohtaus 7 Oikea dokumentointi



Yleiskuvaa

Kuvaa tietokonejärjestelmästä ja käyttöliittymästä
Sairaanhoitaja syöttää tietoja järjestelmään

Lähikuvaa sairaanhoitajasta ja tietokoneen näytöstä sekä muuta mahdollista kuvitusku-
vaa tilanteesta

Huomioitavaa!
Tietokoneen näytön tarkkuus ja vastavalo
Lähikuvien taustan pysyvyys

Liite 4 Kuvakoot

Elokuvien tekijät yleisesti käyttävät kuvakokojärjestelmää jossa on kahdeksan porrasta. Kuvakokojen ja näiden lyhenteiden tunteminen ja muistaminen helpottaa kuvausryhmän työskentelyä, kun kaikki puhuvat samasta asiasta. Kuvakokoja kannattaa vaihtaa tarpeen mukaan, sillä se antaa kertomukseen eloisuutta. Lähikuvia kannattaa käyttää hyvin harkiten. Yleensä lähikuvat ja erikoislähikuvat varataan hyvin voimakkaita kohtauksia varten. Esimerkiksi lähikuva ihmisen kasvoista paljastaa ihmisen tunteet ja saa katsojan usein eläytymään voimakkaasti

Yleiskuva YK: Näyttää maiseman ja ympäristön.



Laaja kokokuva LKK: Kohde näkyy ympäristössään.



Laaja puolikuva LPK: Ihminen on kuvattu polvista ylöspäin.



Kokokuva KK: Ihminen näkyy kokonaan, ympäristöä ei ole helppo määrittellä.



Puolikuva PK: Ihminen kuvattu vyötäröstä ylöspäin. Käytetään yleensä puhetta ja vuorosanoja kuvattaessa.



Puolilähikuva PLK: Tiivistettypuolikuva, ihminen rajautuu rinnan korkeudelta. Ympäristö jää melko tunnistamattomaksi.



Lähikuva LK: Kasvot näkyvissä, merkitykselliset repliikit kuvataan yleensä lähikuvassa.



Erikoislähikuva ELK: Korostetaan tiettyä asiaa, katsetta, surullisia silmiä tai hermostuneesti pöytää naputtavia sormia.

