



TURVALLISEN ENTERAALISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTUMINEN JA SIIHEN LIITTYVÄT RISKITEKIJÄT

Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla

TEKIJÄ/T: Eeva-Maria Olander
Henna Loikkanen
Iita Kolari

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijät) Eeva-Maria Olander, Henna Loikkanen ja Iita Kolari			
Työn nimi TURVALLISEN ENTERAALISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTUMINEN JA SIIHEN LIITTYVÄT RISKITEKIJÄT- Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla			
Päiväys	22.09.2015	Sivumäärä/Liitteet	76/4
Ohjaajat) Tuula Niskanen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Leppävirran terveysasema/Kysteri			
Tiivistelmä			
<p>Tutkimusten mukaan keskimäärin joka kymmenes sairaalahoidossa oleva potilas kokee hoitajaksonsa aikana hoitoon liittyvän haittatapahtuman, joista noin kaksi kolmasosaa johtuu lääkehoidossa tapahtuneista poikkeamista.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata enteraalisen lääkehoidon prosessin toteutumista ja siihen liittyviä riskitekijöitä Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ja lisätä ymmärrystä siitä, miten Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla toteutetaan enteraalista lääkehoitoa ja millaisia riskitekijöitä lääkehoidon toteuttamisessa on. Saatujen tulosten pohjalta Leppävirran terveysaseman vuodeosastojen henkilöstö voi tunnistaa kehittämistarpeita omassa lääkehoidon toiminnassa ja kehittää turvallisen lääkehoidon toimintaa edelleen. Tutkimukseen osallistui Leppävirran terveysaseman vuodeosastojen 1, 2 ja 3 sairaanhoitajat, lähi-/perushoitajat sekä laitoshuoltajat (n=36). Tutkimus toteutettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka laadittiin tutkimusta varten kerätyn teorian pohjalta.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan Leppävirran terveysaseman eri vuodeosastoilla turvallisen lääkehoidon toteuttaminen; lääkehoidon suunnittelu, toteutus, ohjaus, kirjaaminen ja raportointi, tapahtuu pääpiirteittäin Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Turvallinen lääkehoito-oppaan mukaisesti. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että lääkehoidon turvallisuutta vaarantavia tekijöitä olivat kiire sekä rauhaton työympäristö. Lisäksi tulosten perusteella voidaan todeta, että tutkituilla osastoilla potilaan ohjaaminen jäi vähäiseksi ja siihen ei ollut riittävästi aikaa. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää laajemmin, mutta niitä voidaan hyödyntää kohdeosastojen lääkehoidon toteutusta kehitettäessä.</p>			
Avainsanat Turvallinen lääkehoito, lääkehoidon prosessi, lääkehoidon riskitekijät, enteraalinen lääkehoito			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Eeva-Maria Olander, Henna Loikkanen and Iita Kolari			
Title of Thesis Safe implementation of enteral medication and its risk factors on hospital ward of the Leppävirta health-care center			
Date	22.09.2015	Pages/Appendices	76/4
Supervisor(s) Tuula Niskanen			
Client Organisation /Partners Leppävirta Health/Kysteri			
<p>Abstract</p> <p>Studies have shown that during the hospital period of the treatment one out of ten hospitalized patients on average feels a treatment-related adverse event. Two-thirds of them are caused by the deviations of the drug treatment.</p> <p>The purpose of this study was to describe the implementation of enteral treatment process and related risk factors on the wards of Leppävirta Health Center. The aim was to provide information and increase understanding of how wards of Leppävirta Health Center have carried out the enteral medical treatment and what kind of risk factors have been carried out in the medical treatment. Based on the results the hospital staff of the ward of Leppävirta health center may identify needed developments in their own treatment activities and develop safe activities on-wards. There were 36 participants including nurses, practical nurses and careassistants from wards 1, 2 and 3 of Leppävirta health center in the study.</p> <p>The study was carried out using the quantitative research method. The data was collected using a structured questionnaire study that was drawn up on the collected theory for the study. According to the results of the study the safe medical treatment; planning, actualization, guidance, recording and reporting, on the wards of Leppävirta health center comply with the Safe Medication Guide made by Ministry of Social Affairs and Health. Based on the results of the study it can be concluded that the factors of medication safety hazards were busy and restless work environment. In addition it can be concluded by the results that in the studied wards the guidance of patient was minor and there was not enough time for guidance. The results of the study can't be generalized more widely, but they can be utilized in other develop the implementation of the medical treatment on the studied wards.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Safe medication, treatment process, drug therapy risk factors, enteral medical treatment</p>			

SISÄLTÖ

KÄSITTEET	6
1 JOHDANTO	8
2 TURVALLINEN ENTERAALINEN LÄÄKEHOITO.....	10
2.1 Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen.....	10
2.2 Enteraalinen lääkehoito	13
3 ENTERAALISEN LÄÄKEHOIDON PROSESSI.....	14
3.1 Lääkehoidon suunnittelu.....	14
3.2 Lääkehoidon toteutus.....	15
3.3 Lääkehoidon ohjaus	18
3.4 Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi	19
4 TURVALLISEN LÄÄKEHOIDON RISKITEKIJÄT	21
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	27
6.1 Tiedonhakuprosessi.....	27
6.2 Tutkimusmenetelmän valinta kohderyhmälle	27
6.3 Mittarin laatiminen ja tutkimusaineiston keruu.....	28
6.4 Aineiston analysointi	30
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	31
7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	31
7.2 Enteraalisen lääkehoidon prosessin toteuttaminen	32
7.3 Enteraalisen lääkehoidon toteuttamisen riskitekijät	41
7.4 Tutkimustulosten johtopäätökset.....	42
8 POHDINTA.....	44
8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	44
8.2 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet.....	46
8.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu.....	47
LÄHTEET	49
LIITE 1: OSASTOILLE JAETTAVA TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA	57
LIITE 2: SAATEKIRJE VASTAAJIEN SÄHKÖPOSTIIN	58

LIITE 3: SAATEKIRJE JA KYSELYLOMAKE 59

LIITE 4: TUTKIMUSLUPA..... 76

KÄSITTEET

Seuraavat sanat tulevat toistumaan työssämme ja sanaston tarkoitus on auttaa ymmärtämään työssämme käytettäviä terveydenhuollon termejä. Käyttämämme sanasto on koottu Stakesin ja ROHDON (2006) potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastosta.

Lääkitysturvallisuus tarkoittaa lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta.

Lääketurvallisuus käsittää pääasiassa lääkkeeseen valmistena liittyvän turvallisuuden.

Lääkkeen haittavaikutus on lääkkeestä tullut haitallinen ja tahaton vaikutus, joka liittyy sairauden ehkäisyyn, taudin määritykseen tai hoitoon, elintoimintojen palauttamiseen, korjaamiseen tai muuntamiseen tavallisesti käytettyjen annosten yhteydessä.

Lääkkeen vakava haittavaikutus on lääkevalmisteesta aiheutunut vakava haitta, joka voi johtaa kuolemaan. Se voi olla henkeä uhkaava, sairaalahoitoon johtava tai hoidon jatkamista vaativa, pysyvään tai toimintakykyä estävään kyvyttömyyteen johtava vaikutus. Se voi myös aiheuttaa synnynnäistä anomaliaa tai epämuodostumia.

Lääkityspoikkeama on tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Se voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojauksen pettämisestä.

Tekemisen seurauksena tapahtuva poikkeama tapahtuu jonkun toiminnan seurauksena, esimerkiksi potilas saa lääkkeen väärään aikaan tai väärän lääkkeen, annos tai antoreitti voi olla väärä. Nämä poikkeamat voivat johtaa haittaan.

Tekemättä jättämisestä johtuva poikkeama syntyy, kun jokin asia jätetään tekemättä, esimerkiksi lääke jää antamatta. Tämä saattaa johtaa haittaan.

Poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa tapahtuu, kun lääke laimennetaan, sekoitetaan, murskataan, tai muuten saatetaan käyttökuntoon virheellisesti apteekissa tai hoitoyksikössä.

Lääkkeen anto poikkeamassa potilaalle annetaan virheellisesti lääke, kuten väärä lääke, väärä antoreitti, lääkkeen määrän virheellisyys, väärä lääke väärälle potilaalle. Antopoikkeama tarkoittaa myös jos potilas jää ilma lääkettä tai hän ei ota määrättyjä lääkkeitä.

Poikkeama lääkeneuvonnassa tarkoittaa neuvontaan ja ohjaukseen liittyvää lääkepoikkeamaa, joka johtaa lääkityspoikkeamaan.

Lääkehoidon vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuteen liittyvä tapahtuma joka voi aiheuttaa haitan potilaalle. Haitta voi esiintyä lääkkeen luonteeseen, lääkkeen määräämisen, tilaamisen, merkitsemisen, jakelun, toimittamisen, annostelun, neuvonnan sekä lääkkeenkäytön ja sen seurannan yhteydessä.

1 JOHDANTO

Turvallinen lääkehoito tarkoittaa sitä, että lääkkeen käyttäjä voi luottaa hänelle määrättyjen lääkkeiden oikeellisuuteen ja turvallisuuteen (Varhilan 2014). Valitettavasti näin ei aina ole ja merkittäväksi terveydenhuollon ongelmaksi ovat muodostuneet potilaiden hoitoon liittyvät virheet, joista lääkevahingot ovat tavallisimpia. Suurin osa lääkkeisiin liittyvistä virheistä olisi estettävissä terveydenhuollon henkilöstön huolellisella toiminnalla. (Pasternack 2006.)

Tutkimusten mukaan keskimäärin joka kymmenes sairaalahoidossa oleva potilas kokee hoitotajansa aikana hoitoon liittyvän haittatapahtuman, joista noin kaksi kolmasosaa potilaiden hoidon virheistä johtuu lääkehoidossa tapahtuneista poikkeamista (STM 2005; Härkänen, Saano, Turunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010). Lääkehoidossa voi tapahtua erilaisia vaaratapahtumia, poikkeamia ja unohduksia. Yleisin syy, joka johtaa lääkityspoikkeamiin on inhimillinen erehdys. (Holström 2012.) Kuitenkin potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairauden hoitoon koskien myös hyvää lääkehoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, jossa lääkehoidon koulutuksen saaneet laillistetut ammattihenkilöt kantavat kokonaisvastuun turvallisen lääkehoidon toteutumisesta. Jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva terveydenhuollon ammattilainen kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Lääkehoidolla on aina keskeinen rooli potilaan hoidossa ja se perustuu yhteistyöhön lääkehoitoa toteuttavan henkilökunnan kanssa. (STM 2005.) Lääkehoidon turvallisuus jaotellaan kahteen osa-alueeseen, lääketurvallisuuteen sekä lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus tarkoittaa lääkkeen turvallisuutta valmisteenä kun taas lääkitysturvallisuus tarkoittaa potilaalle annettavan lääkityksen turvallista toteutumista. (Tokola 2010, 264.)

Tässä opinnäytetyössämme keskitymme ruoansulatuskanavan kautta annettaviin lääkkeisiin, jota kutsutaan enteraaliseksi lääkkeenantotavaksi. Se on yleisin ja turvallisin tapa toteuttaa lääkehoitoa. Pidämme aihetta tärkeänä, koska inhimilliseen toimintaan voi aina liittyä erehtymisen mahdollisuus, jolloin potilasturvallisuus vaarantuu. Lääkevahingot syntyvät pääasiassa virheellisten määräysten ja väärän lääkkeen annon vuoksi. Ne ovat hyvin tyypillisiä erilaisilla kiireellisillä osastoilla. Lisäksi on tavallista, että sairaalaan tulevan potilaan tiedot lääkityksestä ovat puutteellisia. (Pasternack 2006.) Hoitohenkilökunnalla on eri terveydenhuollon työyhteisöissä usein hyvin laaja-alaisia tehtäviä lääkehoidossa ja sen toteuttamisessa (Puirava 2012, 12). Lääkärillä on ensisijainen vastuu lääkelistojen ajantasaisuudesta ja lääkkeiden mahdollisista yhteisvaikutuksista, mutta se kuuluu myös laillistetuille terveydenhuollon ammattilaisille yhteisesti, jos he toteuttavat potilaan lääkehoitoa. Työyk-

siköissä näiden seikkojen huomioiminen ja tarkistamisen vastuu saattaa olla epäselvä. Lääkehoidon toteuttaminen on iso osa sairaanhoitajan työtä. Väestön terveyden edistäminen ja sen ylläpitäminen sekä sairauksien ehkäiseminen ja kärsimysten lievittäminen on keskeinen osa sairaanhoitajan työssä. (Sairaanhoitajaliitto 1996; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 286.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata enteraalisen lääkehoidon prosessin toteutumista ja siihen liittyviä riskitekijöitä Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa Leppävirran terveysaseman vuodeosastoille tietoa, miten enteraalinen lääkehoito työyksiköissä toteutuu sekä lisätä ymmärrystä toteuttaa turvallista lääkehoitoa. Työn tavoitteena on selvittää millaisia riskitekijöitä turvallisessa lääkehoidossa on Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla, koska tutkimusten mukaan lääkehoitoon liittyviä haittatapahtumia voidaan estää riskejä ennakoimalla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla ja vaara- ja haittatapahtumista oppimalla (Järvelin, Haavisto ja Kaila 2010). Tutkimusmetodinä käytimme kvantitatiivista tutkimusta, koska tutkittavien joukko oli suuri ja halusimme saada selkeästi esille vastaajien näkemyksen turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta. Kyselylomakkeella keräsimme tietoa lääkehoitoon osallistuvilta henkilökunnalta, minkä pohjalta keräsimme tietoa, jotta tulevaisuudessa henkilöstö voi tunnistaa kehittämistarpeita omassa lääkehoidon toiminnassa ja kehittää turvallisen lääkehoidon toimintaa edelleen.

2 TURVALLINEN ENTERAALINEN LÄÄKEHOITO

Onnistuneen lääkehoidon kulmakivenä pidetään usein T-T-T- mallia, joka tarkoittaa turvallinen, tehokas ja taloudellinen lääkehoito. Usein listaan lisätään vielä ”tarkoituksenmukainen” ja/tai ”toteutettavissa oleva”. (Puirava 2012, 46.) Vasta tällä vuosi tuhannella on alettu enemmän tutkimaan, kiinnittämään huomiota sekä edistämään potilasturvallisuutta ja sitä kautta myös turvallista lääkehoitoa (Kinnunen ja Peltomaa 2009, 13). Laajaa huomiota herätti Yhdysvaltain Institute of Medicinen (2000) julkaisema raportti ”To err is human”, jonka mukaan maan sairaaloissa kuolee vuosittain 44 000 - 98 000 ihmistä hoitovirheiden aiheuttamiin haittoihin. Suomessa tämä tarkoittaisi 750 - 1 500 kuolemantapausta vuodessa, joista suurin osa on lääkehaittatapahtumia (Snellman 2009, 30; Hitonen 2013). Euroopan unionin alueella puolestaan arvioidaan kuolevan vuodessa 197 000 ihmistä lääkkeiden haittavaikutuksiin (Loikkanen, Kalliokoski, Villikka ja Nurminen, 2012). Suomessa on paljon tutkittu ja tehty viime vuosina kehittämistyötä lääkehoidon parantamiseksi, mutta epidemiologisia selvityksiä sairaaloissa tapahtuvista virheistä ja hoitovahingoista ei ole tehty. Kuitenkin on täysi syy olettaa, että muualta saadut tulokset kuvastavat Suomen tilannetta. (Pasterack 2006.)

2.1 Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen

Lääkehoito on osa sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettavaa hoitotyötä. Lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta ja potilaan saaman palvelun laatua. Jokaisella on oikeus saada laadultaan hyvää ja turvallista hoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Turvallista lääkehoitoa ohjataan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä lainsäädännöllä sekä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen Fimean määräyksillä ja ohjeilla (STM 2005; Fimea 2014). Esimerkiksi lääkelain tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta. Lain tarkoituksena on myös varmistaa lääkkeiden asianmukainen valmistus ja saatavuus maassa. (Läkelaki 10.4.1987/395.) Fimean tehtävänä on valvoa ja toteuttaa lääketurvatoimintaa kansallisesti sekä osana EU:n viranomaisverkostoa (Fimea 2014).

Terveydenhuollossa harjoitettavaa lääkehoitoa toteuttaa pääsääntöisesti lääkehoidon koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt. Jos lääkehoitoa toteutetaan muualla kuin terveydenhuollossa, tulee noudattaa voimassa olevia terveydenhuoltoa koskevia säädöksiä. Säädöksellä tarkoitetaan sitä, että esimerkiksi sosiaalihuollon puolella, kuten vanhainkodeissa, palvelutaloissa ja kotihoidossa on noudatettava lääkehoidossa terveydenhuollon säädöksiä esimerkiksi kirjaamisessa. Lääkehoitoa toteuttavat työyksiköt laativat

lääkehoitosuunnitelman. Jokaisessa yksikössä tulee olla oma suunnitelma, jossa määritellään organisaation toiminnan luonne sekä lääkehoidon vaativuus. Näiden sisällöt määrittävät minkälaisella tasolla lääkehoitoa toteutetaan. Sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikön johto on vastuussa lääkehoitosuunnitelman laatimisen, toteuttamisen ja seurannan organisoinnista. Terveydenhuollon työyhteisöstä riippuen hoitohenkilökunnalla on usein hyvin laaja-alaisia tehtäviä lääkehoidossa ja sen toteuttamisessa. Hoitohenkilökunta osallistuu myös toimintayksikön johdon kanssa lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. (Puirava 2012, 47; Superliitto 2012.) Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasturvallisuus käsittää ne terveydenhuollon yksiköiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan lääkehoidon turvallisuus sekä suojata potilasta mahdollisilta vahingoilta (STM 2005). Potilasturvallisuus kattaa lääkitys- sekä laiteturvallisuuden. Toimenpiteet lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi ovat osa lääkitysturvallisuutta. (THL 2014.)

Hoitajien toteuttama lääkehoito

Hoitajat tekevät työtä lähellä potilaita ja ovat heidän kanssaan toteuttamassa hoitosuunnitelmaa, jonka tavoitteena on auttaa potilasta parantumaan tai ainakin lisätä potilaiden elämänlaatua niin paljon kuin se on suinkin mahdollista (Airaksinen ja Dahlström 2005, 22). Sairaanhoidajan, ensihoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön ammattikorkeakoulututkinnoilla saa koulutuksen aikana laaja-alaiset valmiudet eritasoisten lääkehoitojen toteuttamiseksi. Hoitajien rooli turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa on rohkaista potilasta, osata seurata potilaan tilaa ja vointia sekä potilaan oireita ja lääkehoidon vaikuttavuutta hoidon aikana ja sen jälkeen. Lääkelaskujen hallinta ja osaaminen on lääkehoidon keskeinen osa. Tärkeän kokonaisuuden muodostavat lisäksi potilaan ohjaukseen ja itsehoidon tukemiseen liittyvät taidot. (Airaksinen ja Dahlström 2005, 22; Opetusministeriö 2006.)

Lääkehoidon turvallisuuteen kiinnitetään aikaisempaa enemmän huomioita muun muassa siksi, että sairaanhoidajan ammatillista vastuualuetta on muutettu säädösmuutoksilla ja kehittämällä terveydenhuollossa olevien eri ammattiryhmien työnjakoa sekä yhteistyötä. Sairaanhoidajan tehtävän kuvassa korostuvat potilasturvallisuudessa kliininen asiantuntijuus. Lisäksi sairaanhoidajan tulee osata rajata ja tunnistaa omia vastuualueitaan. (Kinnunen 2013, 39.) Sairaanhoidajan asiantuntijuuden perustana on hoitotyön erityisosaaminen, joka käsittää ihmisen kokonaisvaltaisen hoidon. Asiantuntijuuden valmiudet määrittyvät työelämän tarpeiden mukaan. Tällä tarkoitetaan ammatillista tieto- ja taitoperustaa. Asiantuntijuuden tieto- ja taitoperustan ytimenä on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäiseminen, potilaan hoitoon sitoutuminen ja omahoitoa tuke-

va ohjaaminen, kärsimyksen lievittäminen, kuntoutuksen sekä sairaiden ja kuolevien hoitaminen. (Eloranta ja Virkki 2011.)

Terveystieteiden ammattihenkilö, joka on saanut lääkehoidon peruskoulutuksen saa toteuttaa suonensisäistä neste- ja lääkehoitoa, verensiirtoa ja niihin liittyviä toimenpiteitä sekä kipupumppuun liittyvää lääkehoitoa. Näihin edellä mainittuihin toimiin tulee olla vastaavan lääkärin myöntämän kirjallinen lupa ja kyseisiin lääkehoitoihin edellytetään aina osaamisen varmistaminen ja tarvittaessa lisäkoulutuksen mahdollisuus. (Valvira 2014.) Leppävirran terveysasemalla lupakäytännöt ovat lääkehoitolakiin perustuvia ja heillä on oma lääkehoitosuunnitelma, joka perustuu STM:n (2005) Turvallinen lääkehoito-oppaaseen. Kyseisessä yksikössä hoitajien osaamista kartoitetaan Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin yhteisellä lääkehoidonosaamisjärjestelmällä LOVE:lla (Läkehoidon osaaminen verkossa). Love-opinnot suoritetaan Moodle oppimisympäristössä ja siihen kuuluvat tentit sekä käytännön harjoittelua kokeneen sairaanhoitajan valvonnassa. Hyväksytysti suoritettut kokeet antavat luvan harjoittaa lääkehoitoa kolmen vuoden ajan, jonka jälkeen luvat ovat uusittava. Sairaanhoitajien tulee myös suorittaa i.v-lupa (=suonensisäinen lääkitsemistapa) ennen kuin hän voi lääkittää suonensisäisesti, aloittaa i.v-nesteytyksen, kanyloidata tai suorittaa verensiirtoja. Luvan myöntää palveluyksikön ylilääkäri. Lokikirjaan kerätään näytöt suorituksista. (Leppävirran lääkehoitosuunnitelma 2014.)

Nimikesuojatut lähihoitajat suorittavat myös lääkehoidon osaamisen verkossa. Heillä on myös tentit (teoria ja laskut) ja näytöt kerätään nimikesuojatun henkilön lokiin. Lisäksi nimikesuojatut lähihoitajat saavat i.v. kanyyleiden korkkaamis- ja pussinvaihtoluvat, jos he antavat näytön osaamisestaan. Pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden eli PKV-läkehoidon toteutukseen he voivat myös osallistua mikäli osaaminen on varmistettu ja heidät on perehdytetty toimintaan sekä ja heille on myönnetty lupa siihen. Laitoshuoltajat suorittavat minilopin, jonka myötä he saavat luvan antaa lääkkeen potilaalle valmiiksi jaetusta annoksesta ruokailun yhteydessä. (Leppävirran lääkehoitosuunnitelma 2014, Valvira 2014.) Hätätilanteessa, jos terveydenhuollon ammattihenkilöä ei ole saatavilla, voi nimikesuojatut terveydenhuollon ammattilaiset alkaa toteuttamaan tarvittavaa nestehoitoa. (Valvira 2014.) Lääkärillä on aina viimeinen vastuu lääkkeen määräämisestä ja sen oikeellisuudesta. Lääkkeen annostelusta ja jakamisesta vastuu kuuluu aina sille henkilölle, joka sen antaa ja hänen tulee varmistaa, että ne annetaan määräysten mukaisesti. (STM 2005.)

2.2 Enteraalinen lääkehoito

Lääkkeitä voidaan antaa joko enteraalisesti tai parenteraalisesti. Parenteraalisella antotavalla tarkoitetaan ruoansulatuskanavan ulkopuolelta annettavia lääkkeitä, kuten infuusioita ja injektioita. Parenteraalinen lääkkeen antotapa voi myös olla paikallishoitona toteutettavat lääkkeet, kuten silmätipat, haavanhoito tuotteet tai inhaloitavat lääkkeet kuten esimerkiksi astmalääkkeet. Enteraalisella antotavalla puolestaan tarkoitetaan lääkkeen antamista ruoansulatuskanavan kautta joko suun (per oralisesti, per os, p.o.) tai peräaukon kautta (rektaalaisesti, per rectum, p. r.). (Nurminen 2012, 20.) Enteraalinen antotapa on luonnollisin, turvallisim ja usein myös taloudellisin tapa toteuttaa lääkehoitoa. Lääkkeen ottaminen suun kautta eivät edellytä avustajan läsnäoloa ja mahdolliset yliherkkyysoireet eivät ilmene yleensä kovin rajuina. (Tokola 2010, 51.) Lääkkeen annosteluun suun kautta liittyy lisäksi muita annostelutapoja vähemmän kielteisiä sivuvaikutuksia. Suun kautta annosteltavilla lääkkeillä pyritään yleensä siihen, että lääkeaine imeytyisi ruoansulatuskanavasta verenkiertoon ja sen mukana tavoiteltuun vaikutuskohteeseen potilaan elimistössä. (Puirava 2012, 53.)

Suun kautta otettavat lääkkeet ovat erilaisissa lääkemuodoissa, joita ovat erilaiset tabletit, kapselit, resoribletit, enterovalmisteet, nestemäiset lääkkeet, imeskelytabletit, suusumutteen, suuvoiteet- sekä geelit. (Tokola 2010, 51–54.) Suun kautta otettavan lääkkeen on ensin liuettava, ennen kuin se pääsee imeytymään mahalaukussa tai ohutsuolessa (enterovalmisteet). Lääkkeen muodolla on myös tärkeitä kemiallisia ominaisuuksia, joten lääke- muodolla on suuri merkitys. Pitkävaikutteisia (depot), kapseleita ja enterovalmisteita ei saa murskata tai pureskella, koska lääkkeen vaikutus on tällöin liian suuri tai nopea. Pahimmissa tapauksissa lääkkeen murskaaminen voi aiheuttaa myrkytystilan. Murskaaminen voi puolestaan myös johtaa lääkeaineen tuhoutumiseen mahahappojen takia ja näin lääkkeestä ei ole haluttua tehoa. Lisäksi murskaaminen voi vaurioittaa mahalaukun ja ruokatorven limakalvoja. (Puirava 2012, 53.)

3 ENTERAALISEN LÄÄKEHOIDON PROSESSI

Puhuttaessa lääkehoitoprosessista tarkoitetaan koko prosessia lääkärin tekemästä diagnoosista ja siihen perustuvasta lääkemääräyksestä aina lääkehoidon toteutumiseen, lääkehoidon vaikutukseen ja lääkitystietojen kirjaamiseen. Prosessi vaihtelee sen mukaan, että onko potilas laitospotilas vai avohoidossa. (Taam-Ukkonen ja Saano 2010, 44; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 283.) Lääkehoitoprosessin ollessa toimiva se takaa potilaalle rationaalisen lääkehoidon (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 283). Rationaalinen lääkehoito on WHO:n määritelmän mukaan tehokasta, turvallista, taloudellista sekä potilaalle tarkoituksenmukaista lääkehoitoa (ROHTO 2004).

Monivaiheisuus tekee lääkehoitoprosessista hyvin haavoittuvasen. Lääkehoitoprosessiin liittyvät virheet ovat suurin yksittäinen virhetilanne terveydenhuollossa. (Ojala 2012, 31.) Onnistuneen lääkehoidon prosessin vastuu jakautuu pääasiassa ammattilaisten, kuten lääkäreiden, hoitajien ja farmasian ammattilaisten kesken, mutta potilaalla on onnistumisessa myös suuri vastuu (Puirava 2012, 46). Turvallista lääkehoitoa edistää seitsemän O:n sääntö, jossa lääkehoidon prosessi jaotellaan oikea lääke, oikea annos, oikea antoaika, oikea antopaikka, oikea potilas, oikea potilaan ohjaus sekä oikea kirjaaminen (Balas, Scott ja Rogers 2004; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 309–311). Kaikkia terveyden- ja sosiaalihuollon yksityisiä ja julkisia toimintayksiköitä koskevat samat yleiset ohjeet ja periaatteet lääkehoidon toteuttamisessa (STM 2005). Työssämme käsittelemme lääkehoidon prosessia hoitajien näkökulmasta.

3.1 Lääkehoidon suunnittelu

Vaikka kokonaisvastuu potilaan lääkehoidosta kuuluu hoitavalle lääkärille, niin jokainen hoitaja osallistuu oman asiantuntemuksensa mukaisesti potilaan lääkehoidon suunnitteluun. Onnistunut lääkehoito on yhteistyötä moniammatillisessa työryhmässä. (Puirava 2012, 46; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 286.)

Aiemman lääkityksen selvittäminen on olennainen osa hoitajien työnkuvaa. Terveydenhuollon yksiköissä tulee olla sovittuna kotilääkityksen selvittäminen, kuka selvittää ja missä vaiheessa se selvitetään. Potilasta hoitavan henkilökunnan tulee tietää, mitä lääkkeitä potilas käyttää ja miten niitä käyttää. Potilaan lääkitystä koskevia tietoja voidaan kerätä lähetteestä, potilaskertomuksesta, potilaan resepteistä sekä potilaan tai hänen omaisensa haastattelusta. (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 284–285.)

Kotilääkityksen selvittäminen voi olla työlästä ja toteutunut kotilääkitys tulisikin selvittää mahdollisimman hyvin, jotta lääkityksestä johtuvat ongelmat havaitaan hyvissä ajoin (Ojala 2012, 31–32). Tietotekniikan toivottiin vähentävän potilaan lääkehoidossa tapahtuvia haittatapahtumia, silti edelleen päivitetyn lääkelistan pitäminen vaikeaa. Kunnallinen ja yksityinen terveydenhuolto ei vielä kohtaa, koska esimerkiksi reseptit eivät ole vielä kaikilla potilailla sähköisessä muodossa. eReseptin toivotaan tuovan helpotusta esimerkiksi potilaiden lääkityksen selvittämiseen. Lääkitystieto saattaa olla hajallaan eri tietojärjestelmissä sekä lääkehoidon kirjaaminen on erilaista jokaisella kirjaamista toteuttavalla henkilöllä. Nykyisin kuitenkin tietotekniikan avulla pyritään vähentämään muistinvaraiseen tietoon turvautumista. Tämä edellyttää, että tiedonsiirto on järjestelmällistä, jotta potilaan hoidon järjestelyt helpottuvat. (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 284–285; Lappalainen, Niemi-Murola ja Sarjakoski-Peltola 2014.) Ongelmia ajantasaisen lääkityksen saamiselle tuo myös epä tieto potilaan käyttämistä itsehoitovalmisteista, luontaistuotteista sekä muilta mahdollisesti saatujen lääkkeiden mahdollisesta käytöstä (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 285).

3.2 Lääkehoidon toteutus

Terveydenhuollon ammattihenkilöt toteuttavat lääkehoitoa aina lääkärin määräysten mukaisesti ja sen myötä vastaavat omasta toiminnastaan. Kuitenkin lääkäri ja terveydenhuollon ammattihenkilöt vastaavat yhdessä potilaan hoidon tarpeen arvioinnista, lääkehoidon ohjauksesta ja vaikuttavuuden arvioinnista. (Ritmala-Castrén 2006.) Lääkehoidon toteuttamisella tarkoitetaan potilaskohtaisten lääkeannosten jakamista, lääkkeiden käyttökuntoon saattamista, lääkkeiden antamista potilaille ja potilasohjausta lääkehoidosta. Lääkehoidon toteuttaminen edellyttää teoriassa opittujen asioiden soveltamista käytännön työhön. (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 288.)

Lääkkeiden jako on yksi tärkeä osa potilaan turvallista lääkehoitoa. Se vaatii tarkkuutta, huolellisuutta ja hyvää ammattitaitoa. Lääkehoitoon osallistuvan hoitajan on huolehdittava, että on saanut riittävän perehdytyksen, ja että hänen lääkehoidon osaamisensa on riittävä toteuttamaan lääkkeen jakoa. Lääkitysturvallisuuteen vaikuttavat tekijät, kuten lääkkeiden käsittely, annostelu ja jakaminen ovat asioita, jotka tulee ottaa huomioon lääkkeiden jaossa. (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 288.)

Lääkkeen jakoon varatun tilan tulee olla rauhallinen ja asianmukainen ja tila tulee rauhoittaa vain lääkkeen jakoa varten. Se on osatekijänä turvaamaan lääkehoidon virheettömyyttä sekä parantamaan potilasturvallisuutta. (STM 2005; Tokola 2010, 33; Koskinen ja Turunen 2012, 78.) Lääkkeiden säilytys ja niiden jakaminen on tapahduttava lukitussa tilassa, johon ulkopuolisilla henkilöillä, kuten potilailla ei ole pääsyä. Myös valmiiksi jaetut lääkkeet tulee

säilyttää lukitussa tilassa ilman, että on vaaraa lääkkeiden sekaantumisesta. (STM 2005; Nurminen 2010, 24.) Lääkkeenjako-tilan tulee olla myös valoisa sekä hygieeninen, joka tarkoittaa käsien desinfiointia aina tilaan tullessa (Tokola 2010, 33; Koskinen ja Turunen 2012, 78).

Lääkkeenjaon peruskulmakivi on huolellisuus sekä lääkemääräyksen oikeellisuus potilaskoh-
teisesti. Tämä sisältää tarkistuksen lääkkeen nimestä ja vaikuttavasta aineesta, lääkemuo-
don ja lääkkeen vahvuuden sekä lääkkeen antokerrat ja -ajankohdat. Nämä tiedot näkyvät
potilaan tiedoissa voimassa olevasta lääkelistasta. (Ojala 2005, 86; Taam-Ukkonen ja Saa-
no 2013, 298.) Lääkkeiden jaon tulee tapahtua päiväsaikaan, koska lääkkeitä jakavan hoi-
tajan vireystilan tulee olla parhaimmillaan. Lisäksi lääkkeenjako on varattava tarpeeksi
aikaa. (Kinnunen ja Helovuori 2012; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 289.)

Lääkkeenjaossa tulee kiinnittää huomiota aseptiseen työskentelyyn, jolla ehkäistään lää-
kkeiden kontaminoitumista lääkkeiden jaosta lääkkeiden antamiseen. Lääkkeen jakoon käy-
tettävien välineiden tulee olla puhtaita ja kertakäyttöisten välineiden, kuten lääkelasien hä-
vittäminen käytön jälkeen tulee olla asianmukaista. (Nurminen 2012, 112; Koskinen ja Tu-
runen 2012, 78.) Lääkkeiden jako ei koskaan tule tapahtua paljain käsin. Lääkkeiden jaossa
tulee käyttää aina lääkelusikkaa ja/tai atuloita, puolittamisessa tulee käyttää puolittajaa.
Kertakäyttökäsineitä tulee käyttää koko lääkkeenjaon ajan, jotta välttyttäisiin lääkkeiden
kontaminoitumiselta. Näin lääkkeenjako välttyy turhalta altistumiselta lääkeaineille. (Kos-
kinen ja Turunen 2012, 78; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 290.) Lääkehoitosuunnitelmas-
sa tulee olla selkeästi merkittynä tavat, joilla voidaan varmistaa lääkehoidon turvallisuuden
toteuttamista, kuten esimerkiksi lääkelasiin tulee merkitä potilaan nimi ja lääkkeen antoaika
sekä lääkelasien värikoodit tulee olla selkeästi kaikkien tiedossa (STM 2005; Taam-Ukkonen
ja Saano 2013, 290).

Lääkitysturvallisuuden kannalta lääkkeiden jaossa sekä muissa lääkehoidon tehtävissä, jois-
sa koetaan potilasturvallisuuden varmistamisen kannalta tärkeiksi, tulee käyttää kaksoistar-
kastusta. Kaksoistarkastuksen perusajatuksena on, että toinen työntekijä varmistaa toisen
tekemän työn. Kaksoistarkastuksen tekemiseen on monia eri tapoja, esimerkiksi lääkkeen
jakotilanteessa toinen hoitaja jakaa lääkkeet ja toinen hoitaja tarkistaa jaetut lääkkeet. Ai-
na ei ole mahdollista suorittaa kaksoistarkastusta lääkkeen jakohetkellä vaan lääkkeen ja-
kaja ja lääkkeen antaja tekevät itsenäisen kaksoistarkastuksen. Riskilääkkeiden kohdalla
olisi syytä tehdä kaksoistarkastus jo lääkkeitä jaettaessa. (Helevuo, Kinnunen, Peltomaa ja
Pennanen 2012, 212; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 293.)

Lääkkeiden saattaminen käyttökuuntoon tarkoittaa lääkkeen valmistamista potilaalle annettavaan muotoon ennen potilaalle antamista. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi oraalispuspension valmistamista liuottamalla lääkerakeet ohjeen mukaan nesteeseen tai annospussissa olevan jauheen liuottamista nesteeseen. Lääkkeiden saattamisessa käyttökuuntoon on noudatettava lääkkeen valmistajan antamia ohjeita, riittävää osaamista lääkkeen käyttökuuntoon saattamisessa sekä yleisiä aseptiikan ohjeita ja käytäntöjä. (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 294.) Tietyt lääkevalmisteet tulee niellä kokonaisina, eikä niitä saa hienontaa, murskata tai pureskella. Seurauksena voi tällöin olla, että valmisteen kesto sekä vaikutus rikotaan. Tällöin lääkeaine vapautuu liian nopeasti kehossa ja sen myötä saattaa syntyä vakavia haittavaikutuksia. Joitakin tabletteja voidaan puolittaa, mutta tämä tulee tarkistaa valmisteyhteenvedosta tai pakkausselosteesta. Usein puolitettavissa tableteissa on jakourre. (Nurminen 2012, 23–25.) Jos lääkkeitä otetaan ruokailun yhteydessä, niitä ei saa sekoittaa lämpimään ruokaan. Etenkin, jos lääkeaineita on useampia, tai niitä on rikottu, ne voivat aiheuttaa voimakkaan kemiallisten reaktioiden kiihtymisen. (Puirava 2012, 75.)

Lääkkeiden antaminen potilaille tapahtuu tavallisesti hoitajien ja joissain tapauksissa laitoshuoltajien toimesta (Ojala 2012, 32). Lääkkeitä annettaessa potilaan tulee tietää, mitä lääkkeitä ja miksi hänelle niitä annetaan (Nurminen 2012, 114). Tärkeintä lääkkeen annossa on potilaan tunnistaminen, joka tulee tehdä esimerkiksi tarkistamalla potilasrannekkeesta tai kysymällä potilaan nimi ja/tai henkilötunnus. Tiedon tulee vastata lääkemääräyksessä annettavaa lääkettä, lääkemuotoa, annoksen vahvuutta sekä oikeaa lääkkeen antoaikaa. (STM 2005; Nurminen 2012, 113–114; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 295–296.) Lääkkeitä ei tule jättää potilaan pöydälle ja/tai tarjottimelle vaan lääkkeiden antajan tulee huolehtia, että potilas saa otettua hänelle määrätyt lääkkeet (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 296). Lisäksi tietyt lääkevalmisteet tulee nauttia tyhjään vatsaan runsaan nesteen kera, koska ruokailun yhteydessä ne saattavat jäädä vatsalaukkuun useiksi tunneiksi (Nurminen 2012, 23–25).

Aseptiseen työtapaan ja hyvään käsihygieniaan tulee kiinnittää huomiota myös lääkkeitä annettaessa. Kädet tulee desinfioida aina ennen ja jälkeen lääkkeiden antamisen. (Nurminen, 2010, 26; Koskinen ja Turunen 2012, 79.) Lääkevalmiste ei saa hävittää tunnistettavuuttaan missään lääkejakelun vaiheessa ja ellei voida olla varmoja siitä, että mikä lääke on kyseessä, tulee lääkevalmiste hävittää (Nurminen 2010, 26).

Lääkehoidon seuranta ja arviointia toteutetaan koko potilaan hoidon ajan ja jokainen potilaan hoitoon osallistuva on velvollinen seuraamaan lääkehoidon vaikutusta potilaalla (Ojala 2012, 33; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 299). Potilaiden lähellä työskentelevillä

hoitajilla on hyvät mahdollisuudet arvioida ja seurata potilasta lääkkeen annon jälkeen. Hoitaja voi kysellä hänen vointiaan päivittäisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Perus lääkehoidon seurantaan kuuluu erinäköisten mittareiden käyttö, esimerkiksi verenpaineen- ja verenokerinmittaus sekä laboratoriotutkimusten seuranta. (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 300–301.)

3.3 Lääkehoidon ohjaus

Lääkehoidon turvallisuutta edistävä tekijä on hyvä potilasohjaus, joka kuuluu jokaiselle, joka osallistuu potilaan lääkehoidon toteuttamiseen (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 296). Edellytys lääkeneuvonnan antamiseen on hoitohenkilöstön lääkehoito-osaaminen (Hämeen-Anttila 2012). Potilaalle on annettava tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hänen hoitoonsa. Selvitys näistä tulee antaa potilaalle ymmärrettävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Potilailla on rajallinen kyky vastaanottaa tietoa, joten on oleellista tiedostaa missä ja milloin potilaalle annetaan tietoa häntä koskevasta lääkehoidosta. Lääkeneuvonta voidaan suunnitella muuhunkin ajankohtaan kuin kotiutumistilanteeseen, jolloin potilaalla on paljon asioita muistettavana. Suullisen ohjauksen lisäksi tulee potilasta ohjeistaa myös kirjallisella ohjeistuksella. (Iivanainen ja Syväoja 2008, 273; Ojala 2012, 33.)

Hyvään lääkehoidon ohjaukseen kuuluu että potilaalle annetaan lääkkeisiin liittyvää neuvontaa ja häntä ohjataan lääkkeiden oikeaoppiseen käyttöön ja vaikutusten seurantaan liittyvissä asioissa. Hyvällä ohjauksella potilas pystyy ottamaan paremmin vastuuta oman lääkehoidon onnistuneesta toteutumisesta. Potilaan ohjaaminen lääkehoitoon liittyvissä asioissa lisää potilaan tyytyväisyyttä, kohentaa hänen elämänlaatuaan, hoitoon sitoutumista ja varmistaa hoidon jatkuvuutta. Oleellista hyvässä lääkehoidon neuvonnassa on, että potilas ymmärtää annetun ohjeistuksen. Omaisten ottaminen lääkehoidon ohjaamiseen mukaan on tärkeä tekijä lääkehoidon onnistumisessa. (STM 2005; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 296.) Tasavertaisella vuorovaikutuksella, positiivisella ohjausilmapiirillä, ohjattavan kunnioittamisella ja ohjattavan asian toistamisella on paljon merkitystä potilaan oppimiseen. Kun potilas saa itse osallistua lääkehoidossa päätöksentekoon, se edistää motivoitumista mahdollisten muutosten tekoon ja näin ollen potilas ottaa enemmän vastuuta omasta oppimastaan. (Jaakonsaari 2009, 18.)

3.4 Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi

Tärkeä osa-alue hoitajien työssä on lääkehoidon päivittäinen kirjaaminen. Kirjatun tiedon täytyy olla saatavilla tarvittaessa (Saranto ja Sonninen 2008, 12; THL 2011; Puirava 2012, 47). Näin varmistetaan potilaan hoidon jatkuvuus sekä luodaan potilasturvallisuutta (THL 2011; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014). Potilaan lääkehoito, sen toteutuminen, hoidon vaikuttavuus sekä mahdolliset haittavaikutukset tulee dokumentoida aina selkeästi. Potilaalle annettu lääkehoidon ohjaus tulee myös kirjata potilaan asiakirjoihin ja nämä määrittellään myös laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. (STM 2005; Nurminen 2010, 25; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 306.) Lääkehoidon merkinnät lääkehoidon tarpeesta ja lääketieteellisistä perusteista sekä lääkärin tekemä kirjallinen lääkemääräys tulee olla kirjattuna selkeästi ja tavalla, joka ei voi aiheuttaa vääriä tulkintoja, riippumatta määräyksen lukijasta. Lääkkeiden määräämisen kuten myös lääkkeiden antamisen kohdalla tulee olla lääkkeen nimi, määrä, lääkemuoto, kerta- ja vuorokausiannos ja annostelutapa, antopäivä ja -aika sekä antajan ja lääkkeen määrääjän nimi. (STM 2005.)

Sähköisen potilastietojärjestelmän tavoitteena on helpottaa ja nopeuttaa potilaiden lääkehoidon kirjaamista ja turvata lääkehoidon toteutumista ja jatkuminen esimerkiksi potilaan siirtyessä toiseen sairaalaan. Turvallisen lääkehoidon kannalta keskeinen asia on, että potilaiden lääkelistat saa tulostettua selkeässä muodossa esimerkiksi lääketarjottimelle. (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 306–307.)

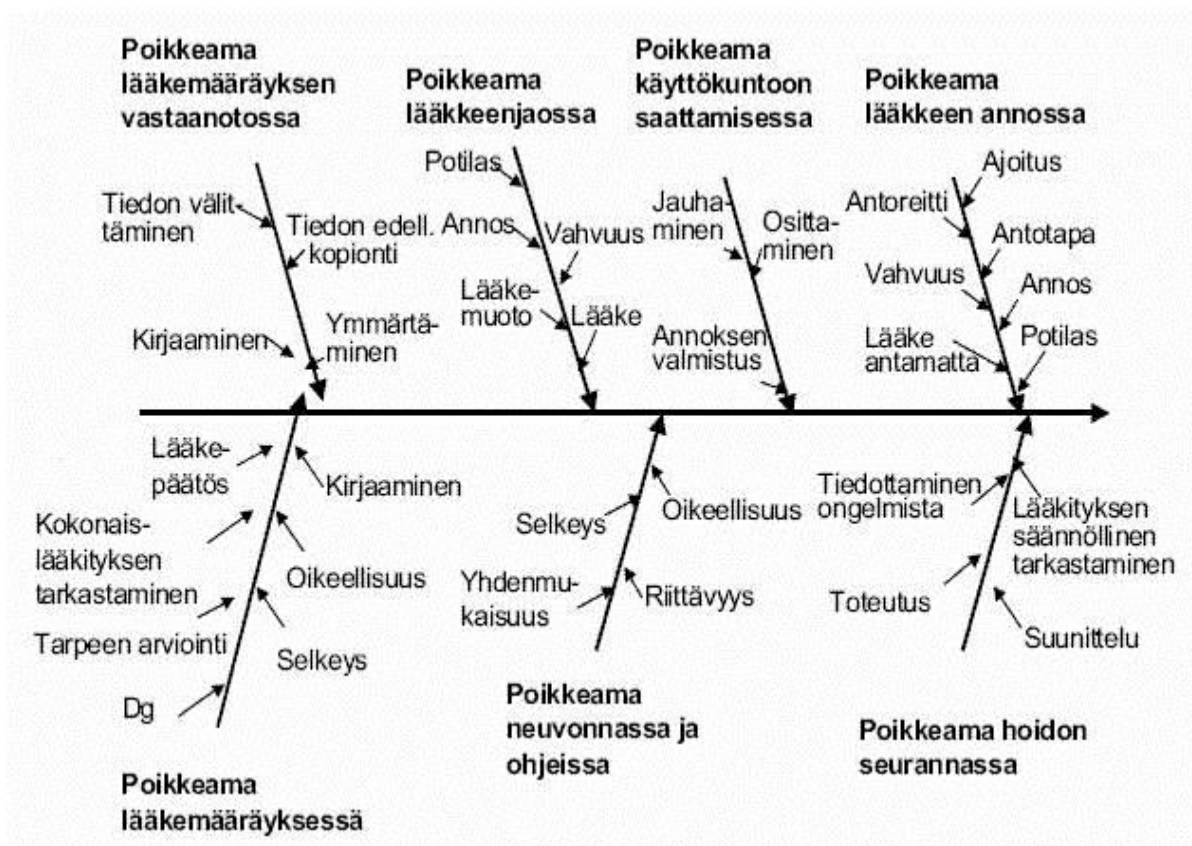
Huolelliset potilasasiakirjamerkinnot ovat tärkeitä myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden oman oikeusturvan kannalta, jotta tarvittaessa pystytään antamaan todiste lääkehoidon toteuttamisesta (STM 2005). Oikeanlainen kirjaamisen merkitys korostuu, jos työyhteisössä on käytössä niin sanottu hiljainen raportointi. Hiljaisessa raportoinnissa potilaan vointi ja tilanne luetaan itse potilaan potilastiedoista. (Hoffrén, Huovinen ja Mykkänen 2011.) Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (2014) on tavoitteena siirtyä kokonaan hiljaiseen raportointiin vaikka Tuukkanen (2010) väittää että hiljainen raportointi vaarantaa potilasturvallisuuden.

Jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa työyhteisössä pitää olla lääkehoitosuunnitelma, josta ilmenee esimerkiksi osastolla vakiintuneet käytännöt ja toimintatavat. Näin varmistetaan yhteisesti sovittujen käytäntöjen toimivuus potilaiden hoitoketjussa. Lääkehoidon kirjaamisen ja raportoinnin näkökulmasta oleellista on, että miten tieto lääkemuutoksista välittyy potilaan lääkelistalle. (STM 2005; Helevuo ym. 2012, 72; Poukka 2012; Puirava 2012 157–159.)

Lääkehoidon vaaratapahtumien raportointi ja seuranta on yksi osa lääkehoidon kirjaamista ja raportointia, koska terveydenhuollossa tapahtuu virheitä ja ”läheltä piti”- tilanteita. Niitä tulee seurata ja niistä saadun tiedon perusteella toimintaa pitää kehittää. ”Läheltä piti”- tilanteilla tarkoitetaan tapahtumia, joista olisi voinut olla haittaa potilaalle. Lääkehoidon turvallisuutta voidaan parantaa seuranta- ja palautejärjestelmien tuottaman tiedon avulla. Tieto palvelee yksikön toiminnan kehittämistä. (STM 2005, 63; Taam-Ukkonen ja Saano 2010, 164.) Vaaratapahtumien raportoinnin tavoitteena on saada kattavasti esiin terveydenhuollon yksikössä esiintyneet vaaratilanteet ja -tapahtumat. Näin pystytään ottamaan huomioon tietyt jo ennestään tiedetyt vaaratilanteet ja vähentää lääkehoidossa tapahtuvia riskejä. Raportoinnin avulla osataan varautua, poistaa tai estää vaaratapahtuman toistuminen. (Helevuo ym. 2012, 135–155; Kuisma 2012, 2.) Vaaratapahtumailmoituksen tekeminen tulee olla mahdollisimman helppoa, koska ilmoituksia tehdään työn ohessa. Raportointia koskevat ohjeet tulee olla mahdollisimmat selkeät. Tutkimuksen mukaan virheitä ei voida oppia, elleivät ne tule selville. Kulmakivenä on se, että havaittuaan virheen tai haitan työyksikön toiminnassa, henkilökunta raportoi siitä vaaratapahtumien raportointijärjestelmään. (Mustajoki 2005; Helevuo ym. 2012, 135–155.) Yksi tällainen raportointijärjestelmä on HaiPro, joka perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. HaiPron avulla terveydenhuollon johto saa tietoa vaaratapahtumista, varautumisen riittävydestä sekä toimenpiteiden vaikutuksista. (Wallenius 2014.)

4 TURVALLISEN LÄÄKEHOIDON RISKITEKIJÄT

Lääkehoito on vaativaa ja siinä tapahtuu jatkuvasti potilaan turvallisuutta vaarantavia tilanteita ja tekijöitä. Varsinkin, jos potilas kuuluu riskiryhmään tai käyttää riskilääkkeitä tarvitaan erityistä tarkkaavaisuutta. Lääkityspoikkeama voi tapahtua lääkehoitoprosessin eri vaiheissa (Kuvio 1.). Se voi syntyä tekemisen seurauksena, tekemättä jättämisen seurauksena, lääkkeenmääräämispoikkeamana, toimituspoikkeamana, poikkeamana käyttökuntoon saattamisessa, jakelupoikkeamana, lääkkeenantopoikkeamana ja poikkeamana lääkeneuvonnassa. Lääkehoidossa on tärkeää tunnistaa riskitilanteita, koska riskienhallinnan avulla voidaan selvittää sellaisia toimintoja, joissa tarvitaan turvallisuutta varmistavia tekijöitä. (Taam-Ukkonen ja Saano 2005, 324–325; STM 2013, 38.)



Kuvio 1. Lääkehoidon riskikohdat lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön näkökulmasta (STM 2005).

Lääkityspoikkeamien syntyyn liittyy useita erilaisia tekijöitä. Näihin vaikuttavat työympäristöön, työyhteisöön, työntekijään ja potilaaseen liittyvät tekijät. Potilasturvallisuutta pystytään huomattavasti parantamaan, kun näihin osatekijöihin puututaan ja kiinnitetään huomiota koko lääkehoidon prosessin aikana. (Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 320.) Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen tapahtuu moniammatillisessa yhteistyössä. Tämä edellyttää, että hoitohenkilöstö hallitsee lääkehoidon eri vaiheet. Lääkepoikkeama voi syntyä lääkehoi-

don prosessin aikana missä kohtaa tahansa. (STM 2005.) Tämän vuoksi lääkehoidon poikkeamat voivat olla hyvin erilaisia. Virhe voi tapahtua ohjauksessa, määräyksessä, kirjauksessa, lääkkeen oikeellisuudessa, ajoituksessa, lääkemuodossa sekä lääkkeen jakamisessa. (Tiihonen 2013, 7.) Suomessa haasteita lääkehoidon turvalliselle toteutukselle tuo väestön ikääntyminen ja eri ammattiryhmien tehtävänkuvien ja vastualueiden muutokset terveydenhuollossa (Härkänen ym. 2013). Keskimäärin joka kymmenes sairaalaan kirjautumisen syy on lääkehoidon ongelma (Ojala 2012, 32). Tunnistamalla vaaranpaikkoja ja minimoimalla inhimillisen virheen mahdollisuuksia koko potilaan lääkehoitoketjussa tulisi omaksua vakioituja toimintatapoja (Ivanitskiy 2013).

Työympäristöön liittyviä tekijöitä ovat muun muassa henkilökunnan kiire, työrauhan puute ja väsymys, henkilökunnan vähyys, puuttuvat toimintaohjeet sekä lääkkeiden jakosysteemi. Lisäksi tiedonkulussa voi tapahtua katkoksia, jos tietojärjestelmät ovat monimutkaiset tai epäselvät. (Taam-Ukkonen ja Saano 2009, 320; Sipola-Kauppi 2013, 45–46.) Hoitajien kokema liian suuri vastuu voi aiheuttaa epävarmuutta työn hallinnassa, joka voi johtaa lääkityspoikkeamaan. Työntekijöillä saattaa olla tunne, etteivät he selviydy työstään riittävän hyvin. (Suikkanen 2008, 45.)

Työympäristö ja työrauhan antaminen vaikuttavat lääkkeitä jakavaan henkilöön. Virheitä tapahtuu enemmän, jos lääkkeenjakoympäristö on meluisa ja lääkkeen jakajaa häiritään jatkuvasti. (Sipola-Kauppi 2009, 46–50; Tiihonen 2013, 10.) Ivanitskiyn (2013) artikkelissa viitataan Kelly ja Wrightin (2012) tutkimukseen, jossa todetaan, että osastoilla tapahtuvien annosteluvirheiden osuus on 3-8 prosenttia. Työrauhan antaminen edistää turvallista lääkehoitoa. Lisäksi lääkkeiden kaksoistarkastusta suositellaan, koska on hyvin epätodennäköistä, että kaksi ihmistä tekisi saman virheen. Työympäristöön liittyviä tekijöitä lääkityspoikkeamien syntyyn aiheuttavat myös lääkemuutosten kirjaamiskäytäntöjen epäselvyys ja monimutkaisuus. Lääkelistat, joita ei ole päivitetty ajantasalle ovat lääkitysturvallisuuden kannalta ongelmallisia. (Sipola-Kauppi 2009, 46–50; Tiihonen 2013, 10.) Lääkkeiden jakamisvaiheessa, kun työntekijää häiritään jatkuvasti poikkeama saattaa liittyä väärään potilaaseen tai lääkkeeseen, lääkemuotoon tai vahvuuteen. Riskejä lisäävät, jos lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa hoitaja osittaa tai jauhaa lääkkeen, lääke annetaan väärin suhteessa ruokailuun, antoreitti, vahvuus ja annos ovat vääriä. Lääke saatetaan myös unohtaa kokonaan antaa tai se on annettu väärälle potilaalle. (Nykänen 2009, 18.) Edellä mainittujen riskien lisäksi lääkkeiden nimien ja pakkausten tulisi olla helposti tunnistettavissa ja erotettavissa muista valmisteista. Kiireessä saattaa tapahtua virheitä, jossa hoitaja ottaa epähuomiossa väärää valmistetta ja näin ollen lääkityspoikkeama syntyy. Myös potilastietojärjestelmän tulisi tukea turvallista lääkehoitoa ja järjestelmän pitäisi varoittaa poikkeamista tai mahdollisista lääkkeiden yhteisvaikutuksesta. (Ivanitskiy 2013.)

Työyhteisöön liittyviä tekijöitä ovat työyhteisön välinen huono kommunikaatio ja työilmapiiri, tuen puute ja puutteellinen koulutus sekä liian pitkät työjaksot (Mustajoki 2005; Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 320). Läheskään aina terveydenhuollon ammattilaiset eivät osaa tunnistaa lääkehoidon osuutta potilaan voinnin huonontumiseen. Lääkitysongelmien tunnistamisessa roolit ja vastuu ovat usein epäselviä. Lääkitysongelmaisen potilaan tunnistaminen vaatii riittävän osaavan henkilökunnan. (Mäntylä, Kumpusalo-Vauhkonen ja Järvensivu 2013.) Henkilökunnalla on ammatillisena velvollisuutena seurata oman alansa kehitty mistä ja muutoksia sekä kehittää jatkuvasti omaa osaamistaan sekä kyetä vastaamaan oman alansa vaatimuksia. Henkilöstön pätevyys ja koulutus ovat keskeisiä tekijöitä potilasturvallisuudessa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Reiman ja Oedewald 2009, 47.)

Mustajoen (2005) mukaan kiireinen työtahti vaikuttaa siihen, että virheitä sattuu enemmän. Potilaan turvallisuutta vaarantavat edellä mainittujen lisäksi kommunikaatioon liittyvät ongelmat ja ne ovat myötävaikuttajana noin 65 prosentissa tapahtuneista haittatapahtumista. Kommunikaation puutteesta johtuvien ongelmien takana ovat usein ammattiryhmien väliset suhteet ja ammattiryhmien välinen hierarkia, jotka voivat olla monimutkaisia. Terveydenhuoltojärjestelmässä ilmenee tiedonkulkuongelmia, jotka ovat ehkä keskeisin haaste moniammatillisen yhteistyön ja lääkkeiden järkevän käytön kohdalla. Tiedonkulkuongelmia ilmenee ammattilaisten välillä, sekä ammattilaisten ja potilaiden välillä. Tiedonkulussa koetaan olevan haasteita varsinkin lääkärin ja hoitajien välillä. Epäkohdista ei välttämättä uskalleta puhua, kuten tilanteista, joissa tapahtuu sääntöjen rikkomista, virheitä ja erehtymisiä. Tiimityössä sekä koulutuksessa saattaa myös olla puutteita. (Sandlin 2007, 289–292; Mäntylä ym. 2013. Vänskä, Vainiomäki, Kaipio, Hyppönen, Reponen ja Lääveri 2014.) Myös ammattiryhmien keskinäisen kunnioituksen puuttuminen sekä huono lähijohtaminen lisäävät riskiä potilasturvallisuuteen (Kinnunen ja Peltomaa 2009, 86).

Lääkemääräyspoikkeamiin liittyy usein kommunikaatiokatkokset, joita ilmenee esimerkiksi suullisten ja kirjallisten määräysten poikkeavuutena. Kuten tilanteissa, joissa lääkärin tekemä lääkemääräys sairauskertomukseen ei välity hoitajille ja lääkemääräyksen tiedot eivät siirry potilaan lääkelistalle. Lääkärin ja hoitajan yhteistyö ja kommunikaatio korostuu lääkemääräyksiä toteuttaessa ja lääkityspoikkeamia voidaan ehkäistä esimerkiksi käyttämällä vakiintuneita käytäntöjä. (Poukka 2012; Taam-Ukkonen ja Saano 2013, 335.)

Työntekijään liittyviä tekijöitä ovat puutteellinen osaaminen, inhimillinen virhe tai epäonnistuminen ohjeiden noudattamisessa. Myös työntekijän henkilökohtainen stressi voi aiheuttaa virheiden syntyä. Tutkimusten mukaan huolimattomuus lääkehoidossa nähdään in-

himillisenä tekijänä ja siihen tyypillisesti vaikuttaa väsymys ja lääkemääräyksen väärä tulkitseminen. Lääkityspoikkeama voi aina johtaa haittatapahtumaan ja se voi aiheutua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Monesti kuitenkin lääkityspoikkeamassa on kysymys prosessipoikkeamasta, jossa on mukana useita eri työntekijöitä. Tällöin kukaan ei ole alun perin huomannut virhettä eikä tarttuneet siihen vaan he siirtävät poikkeaman potilasasiakirjoihin ja eteenpäin hoitoketjussa. Lisäksi hoitajien lääkelaskenta- taidoissa olisi parannettavaa, koska näin vältettäisiin virheet väärästä lääkeannoksesta tai - vahvuudesta ja lääkepoikkeamat saataisiin hallintaan. (Mustajoki 2005; Sipola-Kauppi 2009, 50; Jones 2009, 40–49; Salimäki ja Peura 2012, 29.) Haastetta hoitajille tuovat myös jatkuva lääkkeiden vaihtuvuus. Peruslääkevalikoima saattaa vaihtua usein ja tämä tuottaa ongelmia ja haasteita. Jatkuva perehtyminen, alati vaihtuvat lääkevalmisteet ja niiden käyttöohjeisiin tutustuminen on kuitenkin välttämätöntä, jotta lääkettä voidaan toteuttaa turvallisesti. (Pasternack 2006, 2466; Sipola-Kauppi 2009, 50.) Lääkärin tekemä lääkemääräys muun muassa väärässä lääkeaineessa tai -valmisteessa, lääkemuodossa, vahvuudessa, antoreitissä tai hoidon pituudessa voi johtaa lääkemääräyksen virheellisyyteen tai epäselvyyteen, joka voi johtaa väärinymmärrykseen ja siten lääkityspoikkeamaan (STM 2005).

Aseptiikan toteutuminen lääkehoidossa on olennainen osa turvallisen lääkehoidon toteutumista, potilasturvallisuutta sekä hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista. Lääkkeitä käsiteltäessä aseptiikan toteutuminen on ehdottoman tärkeää, jotta vältettäisiin lääkeaineen saastuminen eli kontaminaatio sekä työntekijän altistuminen lääkeaineelle. Mikrobeille kontaminoitunut lääkeaine on aina uhka potilasturvallisuudelle. Ihminen ja varsinkin kädet aiheuttavat riskin kaikille lääkemuodoille, vaikka lääkkeiden käsittelyvaatimukset eroisivat toisistaan. (Taam-Ukkonen ja Saano, 161–163.) Aseptiikan toteutumisen kannalta lääkehoidossa on tärkeää, että hoitaja on sitoutunut omiin työtapoihinsa. Tämä tarkoittaa aseptista omatuntoa, kun ei olla riippuvaisia toisten valvonnasta. (Hyvärinen, 2013.)

Potilaaseen liittyviä tekijöitä ovat muun muassa korkea ikä, monilääkitys tai monimutkainen lääkitys sekä potilaan henkilöllisyyden tunnistamatta jättäminen. Myös potilaspai-kojen vaihto saattavat vaarantaa potilasturvallisuuden. (Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 320; Suikkanen 2008, 49.) Potilaan monilääkitys ja vaikea tauti lisäävät riskiä, että virhe tai vahinko syntyy. Monilääkitys usein heikentää potilaan elämänlaatua ja lisää lääke- ja terveydenhuollon kustannuksia. Lisäksi, jos kommunikaatio ja ymmärrys potilaan kanssa ovat vaikeaa, saattavat nämä altistaa lääkityspoikkeaman synnylle. (WHO 2003; Pasternack 2006, 2465; Mäntylä ym. 2013.) Haasteita tuovat myös potilaiden keski-ikänsä kohoaminen, kun potilaat ovat muistamattomia, aistivajavaisia tai levottomia. Tämä vie hoitajilta paljon aikaa, kun he paneutuvat iäkkäiden potilaiden lääkityksen tarkastamiseen ja toteuttamiseen. Potilaalla ei välttämättä ole käytössään ajan tasalla olevaa lääkelistaa tai lääkitystie-

dot eivät ole ajan tasalla potilastietojärjestelmässä. Potilailta saattaa usein myös puuttua tieto ja vastuu omasta lääkityksestään. (Sipola-Kauppi 2009, 45; Mäntylä ym. 2013.) Usein potilaalla on käytössä myös itsehoitolääkkeitä sekä rohdosvalmisteita, jotka harvoin ovat tiedossa. Näin ollen potilaan kokonaislääkitys saattaa kärsiä. Lisäksi lääkitystiedon hajanaisuus eri hoitopaikkojen välillä vaikeuttaa järkevän lääkehoidon toteutumista. (Mäntylä ym. 2013.) Kun potilas on tietoinen hoitoon liittyvistä riskeistä, se auttaa häntä ennakoimaan asioita sekä selvittämään niitä hoitohenkilökunnan kanssa. Näin potilas hallitsee paremmin tilannettaan ja kykenee tekemään hoitoon liittyviä päätöksiä. (Kiuru 2014.)

Potilaiden oma osallistuminen voi myös olla vaikuttava tekijä hoidon onnistumiseen. Virheiden syntymiseen vaikuttaa usein terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden huono kommunikaatioyhteys, joka johtuu esimerkiksi ammattisanastoa käyttävästä hoitajasta. Potilaiden tulisi oman kykynsä mukaan olla aktiivisessa roolissa huolehtimassa omasta terveydentilastaan ja siihen liittyvästä lääkehoidosta. Usein potilas huomaa ensimmäisenä lääkehoidosta ilmenevät sivu- tai haittavaikutukset. (Helovuo ym. 2012, 178–179.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata enteraalisen lääkehoidon prosessin toteutumista ja siihen liittyviä riskitekijöitä Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa ja lisätä ymmärrystä, miten Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla toteutetaan enteraalista lääkehoitoa ja millaisia riskitekijöitä lääkehoidon toteuttamisessa on. Saatujen tulosten pohjalta Leppävirran terveysaseman vuodeosastojen henkilöstö voi tunnistaa kehittämistarpeita omassa lääkehoidon toiminnassa ja kehittää turvallisen lääkehoidon toimintaa edelleen.

Tutkimuskysymykset muodostuivat käytännön kokemuksesta sekä jo tiedostetuista lääkehoidon riskeistä ja ongelmakohtista, jotka ilmenevät käytössä olevasta osastojen lääkehoidon suunnitelmasta.

1. Miten enteraalinen lääkehoidon prosessi toteutuu Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla?
 - Miten lääkehoidon suunnittelu toteutuu osastoilla?
 - Miten lääkehoidon toteutus toteutuu osastoilla?
 - Miten lääkehoidon ohjaus toteutuu osastoilla?
 - Miten lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi toteutuvat osastoilla?

2. Millaisia riskitekijöitä enteraalisen lääkehoidon toteuttamisessa on Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla?

6.1 Tiedonhakuprosessi

Tiedonhakuprosessin aloitimme heti tutkimusaiheen valittuamme. Tutustuimme Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tiedonhakutunneilla eri tietokantoihin, joita hyödynsimme etsiessämme tietoa. Tietoa haettiin Nelli-portaalista, Medic- ja PubMed tietokannoista sekä Google-hakurobotilla että Google Scholar palvelulla. Hakusanoina käytimme turvallinen lääkehoito, lääkehoito, lääkehoidon prosessi, lääkitysturvallisuus, lääkityspoikkeama, lääkitysvirheet, enteraalinen lääkehoito, lääkehoidon ongelmat, lääkelistan varmistus, lääkehoidon riskit, riskienhallinta, ennaltaehkäisy, potilasturvallisuus, turvallisuus, turvallisuushallinta, lääkehoidon vaaratapahtumat, safemedicaltreatment, drugtherapy, medicationerrors, medicationrisks, medicationreconciliatio ja drugtherapyprocess. Lisäksi käytimme paljon Savonia-ammattikorkeakoulun sekä Varkauden kaupungin kirjastopalveluita, joista samoilla hakusanoilla haimme kirjallisuutta.

Rajauksena tiedonhaussa käytimme käytettävien lähteiden ikää sekä kieltä, jotka rajasimme Suomen ja Englannin kieleen sekä pääsääntöisesti pidimme kymmenen vuoden rajaa julkaisuille. Julkaisuissa ja lehtiartikkeleissa olimme kriittisiä, jotta tietolähde on luotettava ja näin ollen julkaisuiden ja lehtiartikkeleiden julkaisija/kustantaja on tarpeeksi arvostettu omalla alallaan. Rajasimme pois hakusanat, kuten suonensisäinen lääkehoito, koska tutkimuksemme tehdään kaikille lääkehoitoon osallistuville henkilöille ja näin ollen suonensisäinen lääkehoito täytyy tutkimuksesta jättää kokonaan pois. Kansainvälistä tutkimustietoa aiheesta löytyi paljon, mutta ongelmaksi muodostui artikkelien saatavuuden vaikeus.

6.2 Tutkimusmenetelmän valinta kohderyhmälle

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena (Heikkilä 2010, 16). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuu kirjallisuuskatsauksen kattavuus mitattujen tulosten peilaamiseksi sekä mittarin rakentaminen ja esitestaaminen (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 54). Tutkimusaineisto edellyttää riittävän isoa ja kattavaa aineistoa. Aineistoa kerättiin tutkimuslomakkeella valmiine vastausvaihtoehtoineen, jossa jokaiselle muuttujalle eli tutkittavalle asialle annetaan arvo numeroin. Vastauksia kuvattiin numeroin ja tuloja pyritään havainnollistamaan taulukoin ja kuvioin. (Vilka 2007, 15; Heikkilä 2010, 16.)

Tutkimuksen tilaaja oli Leppävirran terveysasema, josta teimme otantatutkimuksen vuodeosastojen hoitajille. Tällä tutkittiin osajoukkoa perusjoukosta. (Heikkilä 2010, 14; Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 113.) Haasteen henkilöstölle lähetetylle tutkimukselle tuo, jos henkilöstöllä ei ole aikaa vastata tutkimuskyselyyn esimerkiksi työaikanaan, jolloin vastausprosentti voi kärsiä (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 107, 120–121). Vilkan (2007, 59) mukaan määrällisessä tutkimuksessa tulisi varautua yli 10–20 prosentin katoon. Otosta suunniteltaessamme varauduimme vastaajien katoon ja laajensimme tutkimuksemme kolmen osaston kaikille hoitajille ja laitoshuoltajille, jotta aineiston määrä olisi tarpeeksi kattava vastauskadosta huolimatta.

Tutkimusaineistomme kerättiin primaariaineistona Leppävirran terveysaseman vuodeosastojen 1, 2 ja 3 hoitajilta, jossa työskentelee noin 75 työntekijää. Osastoilla työskentelee yksi yhteinen osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja. Lisäksi jokaisella osastolla työskentelee sairaanhoitajia, lähi/perushoitajia sekä laitoshuoltajia. Lääkehoidon vaativuustaso eroaa osastokohtaisesti siinä määrin, että osastolla 1 hoidetaan akuutti- ja pitkäaikaishoitopotilaita ja lääkehoidon keskeisiä osa-alueita ovat lääkärin määräämät suun kautta annettavat lääkkeet, suonensisäinen lääkitys, nestehoidot, kipupumput, erilaiset ihonalaiset (s.c.) ja lihakseen (i.m) annosteltavat lääkkeet sekä verensiirrot. Osaston 2 potilaat ovat kuntoutus-, intervalli- ja pitkäaikaishoitopotilaita ja osastolla 3 olevat potilaat ovat pitkäaikaishoitopotilaita. Osaston 2 ja 3 pääpaino lääkehoidon toteuttamisessa on suunkautta annettavassa lääkehoidossa sekä ihonalaisessa ja lihaksen sisäisessä lääkehoidossa. Osastoilla 2 ja 3 toteutetaan harvemmin suonensisäistä lääke- ja nestehoitoa. Potilaspaikkoja vuodeosastoilla on yhteensä 76. Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla on käytössä keskitetty lääkkeenjako, joka tapahtuu osastolla 1. (Leppävirran lääkehoitosuunnitelma 2014.)

6.3 Mittarin laatiminen ja tutkimusaineiston keruu

Tiedonkeruun menetelmäksi valitsimme www-kyselyn, joka suunniteltiin ja toteutettiin Webropol-ohjelmalla. Päädyimme laatimaan tutkimuksessa käytettävän mittarin itse, koska valmista mittaria ei ollut laadittu meidän tarpeisiimme. Täten päädeyimme tekemään oman mittarin. Vertailimme muissa samankaltaisissa tutkimuksissa käytettyjä mittareita, mutta nämä eivät vastanneet tarpeitamme joten emme olisi saaneet vastauksia meidän tutkimuskysymyksiimme. Kyselylomaketta aloimme tehdä syksyllä 2014. Kyselylomaketta suunniteltaessa tulee olla selvillä tutkimuksen tavoite sekä tutkimuksessa käytettävät avainkäsitteet, joiden perusteella pystyimme rajamaan tutkimuksesta haluttava tieto (Heikkilä 2010, 47; Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 115). Kyselylomakkeessamme oli 74 kysymystä. Haimme kyselylomakkeella vastauksia kahteen eri osa-alueeseen, lääkehoidon prosessi sekä lääkehoidon riskitekijät. Lääkehoidon prosessi jaettiin neljään eri komponenttiin lääke-

hoidon prosessin näkökulmasta. Riskitekijäosa-alueen kysymykset muodostuivat tutkitun tiedon ja meidän käytännön kokemuksen perusteella sekä osastoille tehdyn lääkehoitosuunnitelman pohjalta. Heikkilän (2010) mukaan kyselylomaketta laatiessa tulisi alkuun laittaa niin sanotusti helppoja kysymyksiä ja täten määrittelemämme taustamuuttujat kysyttiin lomakkeen alussa. Laitimamme kysymykset olivat suoraa poimittavissa työmme teoriaosuudesta. Kysymysten rakenne muodostui suljetuista monivalintakysymyksistä sekä asteikkoihin eli skaaloihin perustuvista kysymystyypeistä. Asteikkoihin perustuvista kyselymuodoista valitsimme käytettäväksi tavallisimmin käytetyn Likertin asteikon, jossa vastaajan tuli valita häntä parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Asteikkomuotoisen kyselyn etuna on, että tiedon saanti on helposti saatavissa. Kysymykset strukturoitiin siten, että kaikki vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla (Vilka 2007, 15). Kyselylomakkeessa oli viisi kaikille pakollista kysymystä, joista neljä oli vastaajien taustatiedoissa ja yksi kysymys kyselylomakkeen viimeisellä sivulla, joka oli kyselyn viimeinen kysymys. Muihin kysymyksiin vastattiin oman työnkuvansa mukaan. Kaikki kyselylomakkeen kysymykset olivat valintakysymyksiä, joihin vastaaja pystyi valitsemaan vain yhden vastauksen.

Lomaketta laatiessamme käytimme pohjana Heikkilän (2010) kokoamia hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkkejä, joiden pohjalta tavoitelimme kyselylomakkeen selkeää käyttömahdollisuutta. Kyselylomakkeen tuli olla selkeä, johdonmukainen sekä saada vastaaja tuntemaan hänen vastauksensa tärkeäksi osana tutkimusta. Webropol-ohjelmalla saimme itse vaikuttaa kyselyn ulkonäköön, jonka muokkasimme asialliseksi, vuodenaikaan sopivaksi.

Kyselylomakkeen laatimisen jälkeen se tulee aina esiteltä kohdejoukon edustajilla. Näin ollen saadaan selvitys kyselyn kysymysten ja ohjeiden selkeydestä, vastausvaihtoehtojen sisällöllisestä toimivuudesta sekä lomakkeen täyttämiseen kuluva ajasta. (Heikkilä 2010, 61.) Tutkimuksemme kyselylomakkeen esitetauksen tekivät osastojen osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja sekä lääkevastaava. Lisäksi mittarin esitetasivat ryhmämme opiskelijat ja ohjaavat opettajat. Esitetauksen perusteella kyselylomake oli hyvä, mutta kyselylomaketta muokattiin vielä esiin nousseiden kehittämiskohteiden osalta. Muutimme joitakin kyselylomakkeen sanamuotoja ja vähensimme vastausvaihtoehtoja numeraalisissa vastauskohdissa selkeyttääksemme kyselyä.

Opinnäytetyömme tutkimus suoritettiin sähköisessä muodossa kolmella eri vuodeosastolla, Webropol-ohjelmassa laaditun kyselylomakkeen avulla keväällä 2015. Kolme viikkoa ennen kyselyn alkamista toimitimme kaikille osastoille tiedotteen (Liite 1) alkavasta kyselystä ja sen ajankohdasta sekä ohjeistuksesta kyselyyn pääsemisestä. Kyselylomake lähetettiin osastohoitajan välityksellä 76 työntekijän sähköpostiin. Sähköposti sisälsi lyhyen saatekirjeen (Liite 2) ja suoran linkin kyselyyn (Liite 3). Saatekirjeessä annettiin vastaajille tiiviste-

tysti kaikki tarvittava tieto kyselyn aiheesta ja ajankohtaisuudesta. Saatekirjeessä painotettiin vastaajien vapaaehtoisuutta ja anonyymiteetin säilymistä, mutta korostimme miten tärkeää olisi jokaisen työntekijän vastaus kokemuksestaan turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta, että voidaan sitä kehittää jatkossa. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa, jota jatkoimme vielä kahdella viikolla, jolloin kokonaisvastausaika oli neljä viikkoa. Vastausajanpidentymisestä osastohoitaja informoi työntekijöitä ja muistutti vastaamisen tärkeydestä.

6.4 Aineiston analysointi

Kyselyyn vastaajia oli 36 hoitajaa 75:stä hoitajasta ja näin vastausprosentiksi muodostui 27,4 prosenttia. Aineiston analysoinnin aloitimme kyselyn sulkemisen jälkeen käyttämällä Webropol-ohjelman perusraporttia eli yhteenvettoa vastauksista. Perusraportista saimme valmiit taulukot jokaisesta kysymyksestä ja pystyimme tarkastelemaan vastausten jakaumia määrällisesti ja prosentteina sekä vastaajien kokonaismäärää kunkin kysymyksen kohdalla. Webropol-ohjelmasta siirsimme tulokset Microsoft Word - ohjelmaan, jossa tulokset esitellään frekvensseinä ja prosentteina. Kun esitettävää numerotietoa on paljon, soveltuu taulukko parhaiten tulosten esitystavaksi (Vilka 2007, 138). Opinnäytetyömme luettavuuden parantamiseksi pyörästimme tulokset yhden desimaalin tarkkuuteen.

Aineiston tuloksia kirjoittaessamme jaoimme kyselyn kolmeen eri osa-alueeseen: taustatiedot, enteraalisen lääkehoidon prosessin toteutuminen sekä enteraalisen lääkehoidon toteutumisen riskitekijät. Esittelemme tulokset tässä järjestyksessä. Jaottelimme vielä enteraalisen lääkehoidon prosessin toteutumisen neljään eri vaiheeseen tulosten selkeyden ja luettavuuden edistämiseksi. Näistä yhden pilkoimme vielä pienempiin kokonaisuuksiin, jolloin saimme turvallinen lääkehoito ja sen toteuttaminen alla olevan lääkehoidon toteutuksen nostettua tärkeäksi osaksi työmme tuloksissa.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoihin vastasi 36 hoitajaa. Vastausmäärän ollessa alle 36, tarkastelemme tuloksia n-luvulla, joka kertoo kysymyksiin vastanneiden määrän. Taustatiedoissa tärkeimpänä kysymyksenä tutkimuksen tulosten tarkastelun kannalta, oli kysymys vastaajien osallistumisesta työyksikkönsä lääkehoitoon. Suurin osa vastaajista osallistui työyksikkönsä lääkehoidon toteutukseen päivittäin (Taulukko 1.). Vastaajista kaksi ei osallistunut lainkaan työyksikössään lääkehoitoon, jolloin näiden vastaajien kysely siirtyi automaattisesti kyselylomakkeen viimeiselle sivulle ja viimeiseen pakolliseen kysymykseen.

Tutkimuksemme taustatiedoissa kysyimme vastaajilta heidän viimeisintä koulutustaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Vastaajista yli puolet oli lähi- tai perushoitajia ja sairaanhoitajia vastaajista oli reilu kolmannes. Vastaajien työkokemus sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla oli kaikilla yli yhden vuoden. Yli puolet vastaajista oli työskennellyt alle 10 vuotta nykyisessä työyksikössä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden taustamuuttujat (n=36)

	n	%
Koulutus		
Sairaanhoitaja	13	36,1
Lähi-/perushoitaja	20	55,6
Muu	3	8,3
Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla?		
≤5vuotta	6	16,7
6-10 vuotta	12	33,3
11-15 vuotta	7	19,4
16-20 vuotta	3	8,3
≥21 vuotta	8	22,2
Työkokemus nykyisessä työyksikössä?		
≤ 5 vuotta	12	33,3
6-10 vuotta	12	33,3
11-15 vuotta	6	16,7
16-20 vuotta	2	5,6
≥ 21 vuotta	4	11,1
Osallistuminen työyksikön lääkehoidon toteutukseen		
Päivittäin	29	80,5
Viikoittain	2	5,6
Satunnaisesti	3	8,3
En osallistu lainkaan	2	5,6

7.2 Enteraalisen lääkehoidon prosessin toteuttaminen

Enteraalisen lääkehoidon prosessin toteuttamista koskeviin kysymyksiin vastasivat vain lääkehoitoon osallistuvat hoitajat (n = 34). Kysymyksen vastausmäärän ollessa alle 34, tarkastelemme tuloksia n-luvulla, joka kertoo kysymykseen vastanneiden määrän.

Lääkehoidon suunnittelussa kysimme, miten vastaajat selvittävät potilaiden käytössä olevaa lääkitystä. Potilaiden käyttämiä itsehoitovalmisteita ja luontaistuotteita kysyi harvoin tai ei koskaan puolet vastaajista. Yli puolet vastaajista koki lääkityksen selvittämiseen olevan liian vähän aikaa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Lääkehoidon suunnittelu (n=34)

	Aina		Lähes aina		Harvoin		Ei/ en kos- kaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Selvitän potilaan kotilääkityk- sen tämän tullessa osastohoi- toon (n=33)	19	57,6	3	9,1	3	9,1	8	24,2
Selvitän käyttääkö potilas itse- hoitovalmisteita tai luontais- tuotteita (n=33)	4	12,1	8	24,2	14	42,5	7	21,2
Minulla on riittävästi aikaa sel- vittää potilaan kotilääkitys (n=33)	4	12,1	10	30,3	13	39,4	6	18,2
Potilaan lääkehoidossa vastuu- ja työnjako toteutuu järkevästi	2	5,9	25	73,5	7	20,6	0	0,0
Ymmärrän potilaan lääkehoidon osana hoidon kokonaisuutta	28	82,4	5	14,7	1	2,9	0	0,0

Lääkehoidon toteutus on isoin kokonaisuus. Opinnäytetyön luettavuuden kannalta se on pilkottu pienempiin kokonaisuuksiin. Lääkehoitoon liittyvissä asioissa vastaajat tukeutuvat enemmän kollegoihin kun lääkäriin. Lähes kolmannes vastaajista koki puutteita lääkärin tekemissä lääkemääräyksissä sekä lääkärin ja hoitajan välisessä työnjaossa (Taulukko 3.).

Taulukko 3. Lääkehoidon toteutus (n=34)

	Aina		Lähes aina		Harvoin		Ei/ en kos- kaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Konsultoin lääkäriä aina tarvit- taessa, jos olen epä tietoinen jostain lääkkeestä	23	67,6	4	11,8	5	14,7	2	5,9
Konsultoin tarvittaessa kollego- ja, jos tarvitsen lisätietoa poti- laan lääkityksestä	32	94,1	2	5,9	0	0,0	0	0,0
Lääkärin tekemät lääkemäärä- ykset ovat selkeät (n=31)	1	3,2	22	71,0	8	25,8	0	0,0
Lääkärin ja hoitajan välinen työnjako on selkeä (n=32)	2	6,3	21	65,6	9	28,1	0	0,0

Lääkkeenjako-sivulla kysymykset jaotellaan karkeasti neljään eri osioon; lääkkeiden jaon turvallisuuteen, lääkkeiden jakajan hygieniaan, lääkkeenjako-tilan toimivuuteen sekä lääkkeiden jakotilanteeseen. Lääkkeiden kaksoistarkastus on käytössä vähintään lähes aina yli puolella vastaajista. Harva merkitsee lääkelasiin lääkkeitä jakaessaan potilaan nimeä tai lääkkeen antoaikaa. Kaikissa lääkkeiden jakajan hygieniaa ja lääkkeiden jaon hygienisuutta koskevista kysymyksistä vastaajista yli puolet noudattaa aina lääkkeiden jakoon liittyviä aseptisiä ohjeita. Viidennes vastaajista on sitä mieltä, että lääkkeen jakoon varattu tila on harvemmin tai ei lainkaan tarkoituksenmukainen lääkkeenjako-tilaan. Melkein kolmannes vastaajista kokee lääkkeidenjako-tilan harvoin rauhalliseksi. Suurin osa vastaajista kokee, ettei lääkkeiden jakoon ole varattu riittävästi aikaa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Lääkkeiden jakoon liittyvät väittämät (n=34)

	Aina		Lähes aina		Harvoin		Ei/ en koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tarkistan lääkkeet kahdesti (n=28)	12	42,9	7	25	7	25	2	7,1
Merkitсен lääkelaseihin potilaan nimen ja lääkkeen antoajan (n=31)	9	29,0	6	19,4	12	38,7	4	12,9
Pesen ja desinfioin kädet aina ennen (n=32)	30	93,7	2	6,3	0	0,0	0	0,0
Käytän suojakäsineitä jakaesani lääkkeitä. (n=32)	20	62,5	9	28,1	3	9,4	0	0,0
Käytän lääkelusikkaa ja/tai atuloita (n=32)	13	40,6	11	34,4	7	21,9	1	3,1
Puolittaessani lääkkeitä käytän puolittajaa tai suojakäsineitä (n=32)	23	71,9	8	25,0	1	3,1	0	0,0
Lääkkeenjako-tila on tarkoituksenmukainen (n=33)	12	36,4	15	45,4	5	15,2	1	3,0
Lääkkeenjako-tilaan varattu tila on rauhallinen (n=33)	4	12,1	19	57,6	9	27,3	1	3,0
Lääkkeenjako-tila on hygieeninen (n=31)	6	19,4	21	67,7	3	9,7	1	3,2
Lääkkeenjako-tilaan pääsee vain henkilökunta (n=32)	16	50	9	28,1	3	9,4	4	12,5
Lääkkeitä jakava hoitaja saa työskennellä keskeytyksettä (n=32)	0	0,0	9	28,1	20	62,5	3	9,4
Lääkkeiden jakoa varten on varattu riittävästi aikaa (n=30)	4	13,3	20	66,7	6	20,0	0	0,0
Jakaessani lääkkeitä minulla on potilaan ajan tasalla oleva lääkelista käytössä (n=31)	12	38,7	18	58,1	1	3,2	0	0,0

Lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa ilmenee, että vastaajilla on hyvin hallussa lääkkeiden oikeanlainen käsittely. Vastaajista melkein kaikki noudattavat aina tai/lähes aina lääkkeen valmistajan ohjeita. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Lääkkeiden käyttökuntoon liittyvät väittämät (n=34)

	Aina		Lähes aina		Harvoin		Ei/ en koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Saatan murskata/puolittaa tabletteja (n=33)	0	0,0	0	0,0	13	39,4	20	60,6
Saatan aukaista lääkekapselin (n=32)	0	0,0	0	0,0	11	34,4	21	65,6
Saatan sekoittaa murskattuja lääkkeitä keskenään (n=32)	0	0,0	0	0,0	4	12,5	28	87,5
Sekoitan tabletteja ja kapselita ruokaan	0	0,0	2	5,9	10	29,4	22	64,7
Annostelen peroraaliset (esim. yskänlääke) lääketarjottimelle juuri ennen lääkkeenantoa (n=30)	4	13,3	7	23,4	15	50,0	4	13,3
Noudatan lääkkeen valmistajan antamia ohjeita (n=31)	12	38,7	18	58,1	1	3,2	0	0,0

Lääkkeiden antamiseen liittyvissä kysymyksissä ilmenee, että potilaan henkilöllisyys varmistetaan lähes aina tai aina lääkkeitä annettaessa. Yli puolet vastaajista jättää potilaan lääkkeet pöydälle, mutta kaikki varmistavat aina tai lähes aina, että potilas on ottanut hänelle jätetyt lääkkeet (Taulukko 6.).

Taulukko 6. Lääkkeiden antaminen potilaalle (n=34)

	Aina		Lähes aina		Harvoin		Ei/ en koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Varmistan potilaan henkilöllisyyden antaessani hänelle lääkettä (n=33)	23	69,7	10	30,3	0	0,0	0	0,0
Ohjaan potilasta ottamaan lääkkeet tyhjään vatsaan (n=30)	2	6,7	9	30,0	17	56,6	2	6,7
Lääkettä antaessani kerron potilaalle mitä lääkettä hän saa (n=30)	6	20,0	14	46,7	10	33,3	0	0,0
Antaessani lääkettä potilaalle kerron miksi lääkettä annetaan (n=29)	7	24,1	13	44,8	9	31,1	0	0,0
Jätän lääkkeitä potilaspöydälle (n=29)	4	13,8	20	69,0	5	17,2	0	0,0
Varmistan, että potilas on ottanut lääkkeensä	17	50,0	17	50,0	0	0,0	0	0,0
Kerron potilaalle lääkkeen haitta- ja yhteisvaikutuksista (n=31)	0	0,0	4	12,9	27	87,1	0	0,0
Ohjaan potilasta ottamaan lääkkeensä oikein oikeaan aikaan (n=32)	8	25,0	18	56,3	6	18,7	0	0,0

Lääkehoidon seuranta ja arviointia tekee yli puolet vastaajista aina. Lähes kaikki vastaajista konsultoivat lääkärinä tai vastaavaa hoitajaa mikäli potilas ei ota hänelle määrättyjä lääkkeitä tai potilaalle annetulla lääkkeellä ei ole haluttua vaikutusta tai siitä ilmenee sivuvaikutuksia (Taulukko 7.).

Taulukko 7. Lääkehoidon seuranta ja arviointi (n=34)

	Aina		Lähes aina		Harvoin		Ei/ en koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Seuraan ja arvioin potilaan vointia (n=33)	20	60,6	13	39,4	0	0,0	0	0,0
Kirjaan tekemäni havainnot lääkehoidon vaikutuksista (n=32)	11	34,4	20	62,5	1	3,1	0	0,0
Informoin eteenpäin, jos potilas ei ota hänelle kuuluvia lääkkeitään (n=32)	30	93,8	2	6,2	0	0,0	0	0,0
Mikäli lääke ei vaikuta potilaaseen halutulla tavalla tai siitä tulee sivuvaikutuksia, konsultoin hoitavaa lääkärinä tai vastaavaa hoitajaa (n=32)	30	93,8	1	3,1	1	3,1	0	0,0

Lääkehoidon ohjaus

Lääkehoidon ohjauksessa potilasta ohjataan suullisesti lähes aina, kun taas kirjallisia ohjeita lääkehoidon ohjauksesta potilaille annetaan harvoin. Suurin osa vastanneista hoitajista koki, ettei heillä ole aikaa toteuttaa lääkehoidon ohjausta. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Lääkehoidon ohjaus (n=34)

	Aina		Lähes aina		Harvoin		Ei/ en koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ohjaan potilasta lääkehoitoon liittyvissä asioissa (n=32)	3	9,4	21	65,6	6	18,6	2	6,4
Varmistan, että potilas on ymmärtänyt ohjeistuksen (n=30)	8	26,7	18	60,0	3	10,0	1	3,3
Suullisen ohjeistuksen lisäksi ohjaan potilasta myös kirjallisella ohjeistuksella (n=29)	4	13,9	5	17,2	15	51,7	5	17,2
Annan potilaalle tietoa myös muista hoitovaihtoehtoista (n=29)	1	3,4	1	3,4	23	79,3	4	13,9
Otan omaiset huomioon potilaan ohjauksessa (n=30)	4	13,3	13	43,3	11	36,7	2	6,7
Minulla on riittävästi aikaa lääkehoidon ohjaukseen (n=30)	0	0,0	6	20,0	20	66,7	4	13,3
Ohjaan potilasta tulkitsemaan lääkelistaansa (n=30)	6	20,0	8	26,7	12	40,0	4	13,3

Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi

Kolmasosa vastaajista kokee lääkehoidon dokumentoinnin olevan lähes aina tai aina selkeää ja välittömästi saatavilla. Annetun lääkehoidon ohjauksen sekä lääkehoidon tavoitteiden kirjaamisessa on huomattavissa eniten puutteita. Aina tai lähes aina lähes aina dokumentoiin välttömästi potilaalle annetut tarvittavat lääkkeet. Mahdolliset läheltä piti- ja vaaratapahtumailmoitukset (HaiPro) lääkehoitoa koskien koettiin lähes aina helpoksi tehdä. Yli puolet vastaajista koki, että vaaratapahtumailoituksen kerkeää vain harvoin tekemään työnohessa. Lähes kaikki vastaajat tekivät vaaratapahtumailoituksen aina tai lähes aina välittömästi tapahtuneen jälkeen. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi (n=34)

	Aina		Lähes aina		Harvoin		Ei/ en koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ajan tasalla olevat lääkehoidonkirjaukset ovat välittömästi saatavilla (n=30)	4	13,3	22	73,3	4	13,3	0	0,0
Potilaan kokonaisvaltainen lääkehoito, on dokumentoitu selkeästi (n=30)	1	3,3	22	73,3	7	23,4	0	0,0
Dokumentoin potilaalle annetun lääkehoidon ohjauksen (n=31)	12	38,7	13	41,9	3	9,7	3	9,7
Potilaan siirtyessä toiseen sairaalaan annan mukaan päivitetyn lääkelistan (n=30)	26	86,7	2	6,7	1	3,3	1	3,3
Potilaalle annetaan tarvittavat tiedot hänen lääkehoitoaan koskien, kun potilas kotiutuu (n=28)	23	82,1	5	17,9	0	0,0	0	0,0
Dokumentoin potilastietojärjestelmään heti, kun potilas on saanut jotain tarvittavaa lääkettä (n=30)	21	70,0	9	30,0	0	0,0	0	0,0
Kirjaan potilaan lääkehoidon tavoitteet (n=29)	3	10,3	15	51,7	9	31,0	2	6,9
Kirjaan lääkehoidon vaikutavuutta (n=30)	7	23,3	19	63,4	4	13,3	0	0,0
Kirjaan välittömästi mahdolliset läheltä piti- ja vaaratapahtumat lääkehoitoa koskien (HaiPro) (n=32)	10	31,3	20	62,5	2	6,2	0	0,0
Ymmärrän, miksi lääkehoidon vaaratapahtumista pitää raportoida (n=32)	30	93,8	2	6,2	0	0,0	0	0,0
Vaaratapahtumailmoituksen tekeminen on helppoa (n=32)	11	34,4	17	53,1	4	12,5	0	0,0

Vaaratapahtumailmoituksen ennättää tekemään työnohessa (n=32)	3	9,4	12	37,5	17	53,1	0	0,0
---	---	-----	----	------	----	------	---	-----

7.3 Enteraalisen lääkehoidon toteuttamisen riskitekijät

Enteraalisen lääkehoidon toteuttamisen riskitekijöissä kysyttiin lääkehoitoon osallistuvilta (n=34) heidän näkemyksiään lääkehoidon toteuttamisen riskitekijöistä. Neljännes vastaajista koki, että lääkehoidon toteuttamiseen on harvoin riittävästi aikaa. Vastaajista yli puolet koki riskitekijäksi lääkkeiden nimien sekä pakkausten samankaltaisuuden. Yli puolet vastaajista kokee lääkelaskutaitojensa olevan riittävät toteuttamaan turvallista lääkehoitoa. (Taulukko 10.)

Kyselykaavakkeen viimeinen kysymys oli kaikille kyselyyn osallistuneille pakollinen kysymys ja siihen vastasivat myös sellaiset vastaajat, jotka eivät osallistuneet työyksikössään lääkehoidon toteuttamiseen. Kysymys koski vastaajien omaa mielipidettään siitä, että toteutuuko turvallinen lääkehoito vastaajan työyksikössä. Kaikki vastaajat (n=36) olivat sitä mieltä, että heidän työyksikössään toteutuu lähes aina turvallinen lääkehoito (Taulukko 10.).

Taulukko 10. Enteraalisen lääkehoidon toteuttamisen riskitekijät (n=36)

	Aina		Lähes aina		Harvoin		Ei/ en koskaan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mielestäni selviydyn potilaiden lääkehoidosta riittävän hyvin (n=31)	10	32,3	21	67,7	0	0,0	0	0,0
Mielestäni lääkehoidon toteuttamiseen on riittävästi aikaa (n=31)	2	6,5	21	67,7	8	25,8	0	0,0
Miellän lääkehoidon kirjaamiskäytännöt selkeiksi (n=31)	5	16,1	23	74,2	3	9,7	0	0,0
Mielestäni lääkkeiden nimien sekä pakkausten samankaltaisuus ovat riskitekijä (n=29)	10	34,5	11	37,9	8	25,6	0	0,0
Mielestäni työyhteisön kommunikaation puute on riskitekijä lääkehoidon onnistumisen kannalta (n=30)	8	26,7	13	43,3	9	30,0	0	0,0
Lääkelasku taitoni ovat riittävät toteuttamaan turvallista lääkettä (n=31)	18	58,1	12	38,7	1	3,2	0	0,0
Mielestäni potilaspaikkojen vaihtuvuus on riskitekijä lääkehoidon toteutumisen kannalta (n=31)	13	41,9	8	25,8	10	32,3	0	0,0
Toteutuuko työyksikön lääkkeitösuunnitelma pohjana turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa (n=31)	2	6,5	27	87,0	2	6,5	0	0,0
Mielestäni lääkehoito toteutuu turvallisestityöyksikössäni	0	0,0	36	100,0	0	0,0	0	0,0

7.4 Tutkimustulosten johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata lääkehoidon prosessin toteutuminen ja siihen liittyvät riskitekijät Leppävirran terveysaseman vuodeosastoilla. Halusimme saada tietoa

hoitajien näkemyksistä, siitä miten turvallisesti lääkehoitoa osastoilla toteutetaan ja mitä riskitekijöitä siihen liittyy. Tutkimuksen perusteella toivomme, että osastoilla saataisiin kehitysideoita lääkehoitoon ja nähtäisiin, minkälaisia epäkohtia lääkehoidossa tapahtuu. Lisäksi tavoitteenamme oli, että hoitohenkilökunta ottaisi huomioon, miten turvallinen lääkehoito toteutuu heidän työyksiköissään. Tutkimustulosten perusteella lääkehoidon suunnittelu, toteutus, ohjaus, kirjaaminen ja raportointi tapahtuvat osastoilla pääpiirteittäin Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatiman Turvallinen lääkehoito-oppaan mukaisesti. (STM 2005.)

Lääkehoitoon liittyvissä asioissa vastaajat tukeutuvat enemmän kollegoihin kuin lääkäriin. Lähes kolmannes vastaajista kokee puutteita lääkärin tekemissä lääkemääräyksissä sekä lääkärin ja hoitajan välisessä työnjaossa.

Tutkimus nosti esille lääkehoidon edistämiseen liittyviä keskeisiä tekijöitä, joihin tulevaisuudessa tulisi suunnata nykyistä enemmän. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että lääkehoidon turvallisuutta vaarantavia tekijöitä olivat kiire sekä rauhaton työympäristö. Lisäksi lääkkeitä jakava hoitaja tulosten perusteella sai harvoin työskennellä keskeytyksittä. Tulosten perusteella voidaan myös todeta, että potilaan ohjaaminen jäi vähäiseksi ja siihen ei ole riittävästi aikaa tutkituilla osastoilla. Lääkehoidon riskitekijöihin vaikuttivat muun muassa se, että lääkehoidossa tapahtuvia vaaratapahtumia ei ennätä kirjaamaan ja näin ollen niistä saatava tieto jää huomioimatta. Näin ollen jatkoa ajatellen ei voida tai osata varautua vaaratapahtumien toistumiseen. (Helevuo ym. 2012, 135–155; Kuisma 2012, 2.) Sujuva moniammatillinen yhteistyö lisää lääkehoidon turvallisuutta ja tämä näkyi tutkimustuloksissa siten, että vastaajat konsultoivat aina muita hoitajia lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Puolestaan lääkärin tekemien määräyksien selkeys toteutui lähes aina tai harvoin. Lääkäri on päävastuussa tekemistään lääkemääräyksien selkeydestä, koska hoitajien ja lääkärin välinen työnjako tulee olla selkeä. Tässä tutkimuksessa tuli ilmi vastausten perusteella, että hoitajan ja lääkärin työnjako ei toteudu selkeästi.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuden pohdinta

Tieteellisessä tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä. Tämän vuoksi tutkimuksessa pyrittiin arvioimaan luotettavuutta. Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan analysoida muun muassa mittarin, aineiston keruun, aineiston analyysin sekä saatujen tulosten kannalta. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 231.) Hoitotieteessä kvantitatiivisen tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan mittaako tutkimuksen mittari sitä, mitä sen oli tarkoitus kuvata ja reliabiliteetilla taas mitataan tulosten tarkkuutta ja luotettavuutta. Kuvauksia on saatettu jossain tutkimuksissa arvioida puutteelliseksi. Tämän vuoksi on tärkeää, että kvantitatiivisessa tutkimuksessa tehtävät ratkaisut ja tulokset ovat luotettavia, jotta tutkimuksesta saadaan hyöty. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Mittarin sisältövaliditeetti on tutkimuksen perusta, jolla sen luotettavuutta mitataan. Sisältövaliditeettia arvioidessa tulee ottaa huomioon, mittaako mittari haluttua ilmiötä, onko valittu oikeanlainen mittari ja minkälaisia luotettavia käsitteitä on käytetty mittarin rakentamiseen sekä käytetyn mittarin teoreettinen rakenne. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.) Validiteettiongelmia ilmeni tutkimuksessamme, koska meillä oli todella vähän vastaajia kyselyssämme ja jouduimme pidentämään kyselyaikaa. Olemme käyneet toimeksiantajan kanssa mahdollista mittaria läpi ja tulimme siihen tulokseen, että käytettävän mittarimme pitää olla tarkka ja sen tulee rajata tutkittava käsite oikein erilaisilla kategorioilla. Lisäksi mittarimme tuli olla selkeä, eikä siitä saanut tehdä liian laajaa. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2008.) Kuitenkin mittarimme oli liian laaja ja huomasimme, että meillä oli myös turhia kysymyksiä, joilla ei ollut merkitystä tutkimuksen kannalta. Tässä tutkimuksessa vastaajien määrä oli pieni ja tutkimustuloksia ei voi yleistää, mutta niitä voidaan pitää suuntaa antavina. Esitestaus lisäsi mittarin luotettavuutta. Esitestaus paljasti mittarissamme olevia ongelmallisia kohtia, joiden avulla paransimme kyselyn rakennetta. (Heikkilä 2010, 42.)

Kyselylomaketta suunnitellessamme pohdimme, kuinka laajan mittarin laadimme sekä minkälaisia vastauksia haluamme saada kysymyksiimme. Halusimme tehdä kysymykset selkeiksi ja helposti ymmärrettäviksi, jotta vastaaminen olisi helppoa ilman erillisiä ohjeita. Lisäksi halusimme, että kysymysten pohjalta vastaukset olisivat luotettavia. Mittarin kysy-

mykset olivat jaoteltu eri kategorioihin, jotta kysely olisi looginen ja helposti analysoitavissa. Mittarin toteuttaminen oli haasteellista ja jälkeenpäin huomasimme, että kysymyksiä oli liikaa saamamme palautteen perusteella. Lisäksi tietyillä kysymyksillä ei ollut merkitystä tutkimuksen tulosten kannalta. Tulosten analysointivaiheessa tuli ilmi, että kyselyn pakollisessa osiossa, joka koskee koulutuksen tasoa, olivat laitoshuoltajien vastaukset turhia, koska he eivät osallistuneet lääkehoitoon. Lääkehoitoa koskeva mittari olisi voinut olla käyttökelpoisempi, jos se olisi ollut suppeampi. Liian laaja mittari aiheutti oletettavasti vastaaja katoa, koska kyseisessä työyksikössä hoitohenkilökunnalla ei ollut riittävästi aikaa vastata kyselyyn. Jos mittari on tehty huolimattomasti, se tuottaa tällöin epäluotettavaa tietoa.

Turvallisen lääkehoidon toteuttamisen tulisi aina olla ajantasaista sekä laadukasta. Eräs keino arvioida lääkehoitoa ja sen turvallista toteuttamista on siihen laadittu luotettava mittari. Tutkimuksemme perusteella huomasimme että, mittariamme olisi hyvä kehittää lisää, koska luotettavan mittarin käyttö parantaa ja kehittää turvallisen lääkehoidon toteutumista. Pyrimme mittarillamme saamaan luotettavia vastauksia lääkehoidossa tapahtuviin virheisiin. Opinnäytetyössämme luotettavuutta lisäsi, että sitä oli tekemässä kolme henkilöä ja tutkimussuunnitelma oli huolella tehty. Tutkimussuunnitelmaa tehdessämme pohdimme tutkimuksen kannalta tärkeitä kysymyksiä, kuten tutkimusongelmaa, teoriaa ja tutkimuksen tavoitteita sekä mahdollisia tuloksia. Tämä antoi meille hyvän pohjan tälle tutkimustyölle.

Eettisyyden pohdinta

Tutkimuksen tekoon liittyi monia eettisiä kysymyksiä, jotka oli otettava huomioon tutkimusta tehdessä. Tutkijan on huomioitava, että tiedon hankinta ja sen todenperäisyys ja julkistaminen ovat eettisesti luotettavia. Jokaisen tutkijan vastuulla on, että eettisyyden periaatteet ovat hallussa ja toiminta on sen mukaista. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Kun puhutaan tieteellisen tutkimuksen eettisyydestä, tulee huomioida, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Lainsäädäntö määrittelee rajat, joiden mukaan tieteellistä käytäntöä koskevat ohjeet sovelletaan. Hyvä tieteellinen käytäntö on osa tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmää. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimuksen keskeinen eettinen periaate on osallistujien henkilökohtainen koskemattomuus, tahdonvapaus ja itsemääräämisoikeus (Gustavsson-Niemelä 2011). Hyvä etiikka käsittää myös tutkimusta tehdessä, että tutkittavilta kysytään tutkimuslupa ja tutkittavilla kohteilla on myös lupa kieltäytyä tutkimuksesta tai vetäytyä kesken tutkimuksen pois (Vilkka 2007, 101). Suomessa on tehty vuonna 1964 Helsingin julistus, joka on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Tämä ja kansainvälinen lainsäädäntö määrittävät sen, kuinka tieteellinen tutkimus toteutuu eettisesti. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 212, 227.)

Huolellinen suunnittelu on yksi tärkeä osa tutkimuseettistä näkökulmaa. Määrällisessä tutkimuksessa voi tapahtua virheitä, vaikka työ olisi hyvin suunniteltu. Virheet saattavat johtaa siihen, että tutkimuksesta saatu tieto voi koitua eettiseksi ongelmaksi. Määrällisessä tutkimuksessa virheitä voi tulla silloin, jos tutkimusongelma ja tutkimuksen tavoite on tutkijalle epäselvä. Jos tutkija ei ole riittävästi tutustunut tutkimuskohteeseensa ja tiedon saanti ei ole ollut riittävää, esimerkiksi vastaajia ei ole ollut tarpeeksi, tutkimuksen teko on ollut puutteellista tai kyselylomake on ollut vaikea/ eikä vastaaja ole osannut vastata kysymyksiin. (Vilkkä 2007, 101.) Tämä lisäksi otimme opinnäytetyössämme huomioon kyselylomakkeen saatekirjeen. Saatekirjeen avulla pyrimme motivoimaan osastojen henkilökuntaa vastaamaan kyselyyn mahdollisimman kattavasti. Halusimme myös tuoda lisätietoja tulevasta tutkimuksesta. Saatekirjeessä kerroimme tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tutkimukseen osallistujat palauttivat vastauksensa nimettöminä ja näin ollen kerättyä aineistoa käytettiin vain tässä tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistujien anonymiteetti säilyi koko tutkimusprosessin aikana, kuten saatekirjeessämme luvattiin. Lisäksi tutkimuksen tekijöille ei selvinnyt missään vaiheessa tutkittavien henkilöllisyys.

Opinnäytetyössämme olemme ottaneet huomioon kyselyyn vastanneiden taustatiedot. Koska pakolliseen koulutustaso kysymykseen vastasi vain yksi laitoshuoltaja ja ei lainkaan opiskelijaa, jätimme tämän pois tulosten tarkastelu osiossa. Pois jättämisen myötä laitoshuoltaja ei ole tunnistettavissa. Lisäksi tutkimuksen kannalta pois jättäminen ei ole tärkeää, koska se ei vaikuta tulososioon ja tutkimukseen merkittävästi, sillä vastaajista kaksi ei osallistunut lainkaan työyksikkönsä lääkehoitoon.

8.2 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyötä voi hyödyntää vuodeosastojen lääkehoidon kehittämiseen ja toiminnan arvioinnissa. Näin ollen kyselyyn vastannut hoitohenkilökunta voi vaikuttaa oman työyksikkönsä lääkehoidon turvallisuuden parantamiseen.

Ammattikorkeakoulu antaa hyvät perustiedot ja edellytykset tutkimustiedon käyttämiselle. Koska valmistuva sairaanhoitaja tulee työssään työskentelemään moniammatillisessa tiimissä ja on täten usein vastuussa hoitotyön asiantuntijan ominaisuudessa, on ensisijaisen tärkeää, että osaa käyttää monipuolisesti tutkittua tietoa.

Tämän opinnäytetyön tuottamaa tietoa voi hyödyntää tilaajamme yksikössä ja myös esimerkiksi muissa sairaanhoidon yksiköissä. Mittarimme oli toimiva ja sitä pystyy käyttämään

uudelleen arvioidessa kehittämistä ja toimintaa. Näin ollen voidaan kiinnittää huomiota enimmäkseen turvallisempaan lääkehoitoon ja potilasturvallisuuteen sekä niihin liittyviin risikitekijöihin. Opinnäytetyömme tuloksista nousi esille juuri näitä lääkehoidon prosessiin liittyviä turvallisuusriskejä, kuten esimerkiksi kiire sekä rauhaton työympäristö. Toivomme, että Leppävirran vuodeosastoille on hyötyä saaduista tuloksista. Lisäksi tuloksia voi hyödyntää lääkehoidon prosessin kehitysvaiheissa sekä hoitohenkilöstön täydennyskoulutukseen lääkehoidon saralla. Mittaria ei tarvitse rajata koskemaan ainoastaan turvallisen lääkehoidon toteutumista vaan sitä voidaan muokata koskemaan esimerkiksi hoitotyön toimintoihin liittyviä epäkohtia. Hyvä jatkotutkimusaihe olisi opinnäytetyömme tulosten perusteella, selvittää voiko tutkituilla osastoilla puuttua lääkehoidossa tapahtuviin epäkohtiin.

8.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessimme alkoi syksyllä 2014 aiheen valinnalla. Aiheen valintaan vaikutti suuresti se, että olimme olleet kyseisessä terveydenhuollon yksikössä töissä. Koimme, että kyseinen yksikkö tarvitsee tämänkaltaisen tutkimuksen, koska aikaisemmin tällaista ei ole sinne tehty. Mietittyämme aihevalintaa, kysyimme toimeksiantajalta lupaa tutkimuksen tekemiseen. Työmme aiheemme oli sellainen, jossa pystyimme opinnäytetyöprosessin aikana soveltamaan ja syventämään ammatillista osaamistamme. Tutkimussuunnitelmamme hyväksyttiin helmikuussa 2015 ja tutkimusluvan saimme 24.2.2015 (Liite 4). Opinnäytetyömme aloitimme tiedonhakuprosesilla, johon kuului kirjallisuuskatsauksen laatiminen, kontekstiin tutustuminen ja mittarin. Nämä olivat osanamme tiedonhakuprosessia. Tutkimuksen käsitteistö ja terminologiaan tutustuminen oli osana koko prosessin aikana ja ne muuttuivat matkan varrella muutaman kerran. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 83.) Tutkimuksen aineiston kerääminen vaatii kovaa työtä kuin myös mittarin laatiminen. Kun pyritään pitämään tutkimuksen luotettavuudesta huolta, on tiedonkeruun oltava mahdollisimman kattavaa. Tämän jälkeen, kun aineisto oli koossa, päästiin tekemään itse tutkimusta tekemällä taulukoita ja tutkimalla tunnuslukuja. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on siis ominaista, että aineisto saadaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tässä vaiheessa perusteellisen kirjallisuuskatsauksen laatiminen loi pohjan varsinaisille analyyseille. (Vehkalahti 2008, 42–51.)

Opinnäytetyöprosessin aikana koimme saavamme valmiuksia tulevaa ammattiamme varten kyseisestä aiheesta, koska lääkehoito ja sen toteutuminen on sairaanhoitajan työssä merkittävä kokonaisuus. Opimme kehittämään ja osoittamaan taitoja ja tietoja ammattiopintoihin liittyvissä asiantuntijatehtävissä. Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (1996) sanotaan, että ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. Lääketeollisuus ja lääkehoito muuttuvat jatkuvasti ja pätevän sairaanhoitajan tulee

olla ajantasalla omasta koulutuksestaan sekä oman ammattitaitonsa kehittamisestä. Lisäksi ammatillisesti opinnäytetyö on lisännyt tietouttamme turvallisen lääkehoidon toteutumisesta ja sen vaativuudesta. Se vaatii paljon vastuuta ja erityisosaamista. Tutkimuksen tekeminen on syventänyt laajasti tietouttamme lääkehoidon prosessin toteutumiseen vaikuttavista risikitekijöistä, jotka osaamme ottaa jatkossa huomioon toteutteisammme turvallista lääkehoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2005) tekemä "Turvallinen lääkehoito"-opas on antanut kattavan pohjan tutkimuksellemme. Koska kaikilta sairaanhoitajilta vaaditaan hyvää teoria-tietoa sekä ammattitaitoa toteuttamaan turvallista lääkehoitoa on opinnäytetyömme ajankohtainen, sillä jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään ja turvalliseen lääkehoitoon. Olemme oppineet suhtautumaan kriittisesti lääkehoitoon, koska se on yksi tärkeä osa-alue hoitajan työtä. Tämän lisäksi olemme oppineet kehittämään sekä osoittamaan valmiuksiamme soveltaa tietoja ja taitoja lääkehoitoon liittyvässä käytännön asiantuntijatehtävissä. Opinnäytetyömme kuvastaa oppimistamme ja osaamistamme turvallisen lääkehoidon toteutuksessa. Lisäksi sairaanhoitajan ammatillisen kompetenssien mukaan sairaanhoitajan tulee osata toteuttaa lääkärin hoito-ohjeen mukaan turvallisesti lääkehoitoa ja seurata sen vaikuttavuutta. (Savonia 2011.)

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkäkestoinen ja hyvin haastava prosessi ja välillä työmme on ollut "hukassa" työn laajuuden vuoksi. Myös työn, perheen ja opiskelun sovittaminen on vaatinut paljon ponnisteluja. Lisäksi ajankäytön suhteen opinnäytetyö on ollut haastava prosessi ja näin olemme päässeet testaamaan oman ammatillisen asiantuntijuuden kehittymistä. Saimme paljon kokemusta tästä tutkimuksesta, koska siitä oli hyötyä toimeksiantajan kehittämistarpeisiin. Opinnäytetyön ohjauskeskustelujen avulla olemme päässeet työstämään työtämme eteenpäin ja ohjausten merkitys on ollut todella huomattava. Opinnäytetyötä tehdessämme kohderyhmämme on pysynyt jatkuvasti samana, joten suurta ongelmaa eivät tuoneet aluksi opinnäytetyön sisältö. Kuitenkin työn edetessä pidemmälle näkökulma turvalliseen lääkehoitoon laajeni liikaa, joten työ täytyi rajata enteraaliseksi lääkehoidoksi. Opinnäytetyön aihe tuntui alusta asti mielekkäältä ottaen huomioon oman ammatillisen kasvumme. Olemme saaneet paljon valmiuksia tutkimuksen tekoon tulevaisuutta ja jatko-opintoja ajatellen. Tämän myötä opinnäytetyön aihealueeseen halusimme kattavasti perehtyä sekä tutkia. Koimme, että työmme eteni Savonia-ammattikorkeakoulun antamien opinnäytetyöteko-ohjeiden mukaisesti. Määrällisen tutkimuksen tekeminen on osoittautunut haasteelliseksi, mutta koimme, että saimme siitä valmiuksia tulevaan ammattiin.

LÄHTEET

AIRAKSINEN, M. ja DAHLSTRÖM, A. 2005. Hoitaja potilaan lääkehoidon toteuttajana. Teoksessa: AIRAKSINEN, M. (toim.) Hoitona lääke. Helsinki: Edita Prima Oy.

BALAS, M., Scott, L. ja Rogers, A. 2004. The Prevalence and Nature of Errors and Near Errors Reported by Hospital Staff Nurses. Applied Nursing Research. [viitattu: 2014-12-16]. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com/S0897189704000722/1-s2.0-S0897189704000722-main.pdf?_tid=4c6ecff6-84f5-11e4-8f1d-00000aab0f26&acdnat=1418715161_3c5a7e18d183a4f6e668408b6b3333ad

ELORANTA, T. ja VIRKKI, S. 2011. Sairaanhoidajan tulevaisuuden taitoprofiili. [viitattu: 2015-01-28]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83557/gradu05902.pdf?sequence=1>

FIMEA 2014. Lääketurvatoiminta. [viitattu: 2014-10-07]. Saatavissa: <http://www.fimea.fi/valvonta/laaketurvatoiminta>

GUSTAVSSON-NIEMELÄ, E. 2011. Lääkityspoikkeamaraportit osana turvallisuuskulttuuria hoitotyön lähiesimiesten kuvaamina. [viitattu:2014-12-16]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82745/gradu05234.pdf?sequence=1>

HEIKKILÄ, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

HELOVUO, A., KINNUNEN, M., PELTOMAA, K. ja PENNANEN, P. 2012. Potilasturvallisuus. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

HIRSJÄRVI, S., REMES, P. ja SAJAVAARA, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

HITONEN, H. 2013. Lääkehoitosuunnitelmat lääkitysturvallisuus työkaluna. [viitattu: 2014-12-02]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40060/Hitonen%20Heidi.pdf?sequence=1>

HOFFRÉN, P., HUOVINEN, H. ja MYKKÄNEN, M. 2011. Hoitotyön päivittäinen raportointi. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 75. [viitattu: 2014-12-12]. Saatavissa: https://www.pssh.fi/documents/11427/38955/julkaisu_nro75.pdf/cda4c865-6aa0-4c75-8055-6fd76bd41596

HOLSTRÖM, A-R. 2012. Turvallisen lääkehoidon työkalupakki. [viitattu: 2014-12-02]. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/3_2012/turvallisen_laakehoidon_tyokalupakki

HYVÄRINEN, H. 2013. Käsihygieniää ei voi korostaa liikaa. [viitattu: 2014-11-26]. Saatavissa: http://www.mylab.fi/fi/puheenvuoro/kasihygeniää_ei_voi_korostaa_liikaa/

HÄMEEN-ANTTILA, K. 2012. Tiedolla järkevään lääkkeiden käyttöön. [viitattu: 2014-12-04]. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/1_2012/tiedolla_jarkevaan_laakkeiden_kayttoon.aspx

HÄRKÄNEN, M., SAANO, S., TURUNEN, H. ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. 2012. Terveystienhenkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*. 25 (1), 49–61.

IIVANAINEN, A. ja SYVÄOJA, P. 2008. *Hoida ja kirjaa*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

INSTITUTE OF MEDICINE. 2000. *To err is human: building a safer health system*. Toim.Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. National Academy Press, Washington D.C.

IVANITSKIY, K. 2013. Lääkitysvirheitä voidaan ehkäistä. [viitattu: 2014-12-04]. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/3_2013/laakitysvirheitä_voidaan_ehkaista

JAAKONSAARI, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa - Hoitotyön opettajien käsityksiä. [viitattu: 2014-12-15]. Saatavissa: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45236/gradu2009jaakonsaari.pdf>

JONES, S. W. 2009. Reducing medication administration errors in nursing practice. *Nursingstandard* 23(50): 40–46. [viitattu: 2014-11-25]. Saatavissa: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2009.08.23.50.40.c7213>

JÄRVELIN, J. HAAVISTO, E. ja KAILA, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. *Lääkäri-lehti*. [viitattu: 2015-01-23]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000033762>

KANKKUNEN, P. ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KELLY, J. ja WRIGHT, D. 2012. Medicine administration errors and their severity in secondary care older persons' ward: a multi-centre observational study. *Journal of Clinical Nursing*; 21: 1806–15.

KINNUNEN, M. ja PELTOMAA, K. 2009. Lukijalle. Teoksessa: KINNUNEN, M. ja PELTOMAA, K. (toim.) *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. 13–14.

KINNUNEN, M. ja PELTOMAA, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa: KINNUNEN, M. ja PELTOMAA, K. (toim.) *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. 75–97.

KINNUNEN, M. ja HELOVUO, A. 2012. Turvallinen lääkehoito. [viitattu: 2014-12-16]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04810&p_haku=turvallinen%20%C3%A4%C3%A4kehoito

KINNUNEN, M. 2013. Turvallinen lääkehoito. Teoksessa: RANTA, I. (toim.) *Sairaanhoitaja & lääkehoito*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 99–110.

KIURU. 2014. Potilasturvallisuussuunnitelma. [viitattu: 2014-12-04]. Saatavissa: http://kokwww.kokkola.fi/dyn_kpshp/kokous/KOKOUS-536-11-Liite-1.PDF

KOSKINEN, T ja TURUNEN, P. 2012. Lääkkeiden käyttöön liittyvät erityishuomiot ja riskit. Teoksessa: KOSKINEN, T., PUIRAVA, A., SALIMÄKI, J., PUIRAVA, P. ja OJALA, R. (toim.) *Lääketietoa ammattilaisille*. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 77–79.

KUISMA, P. 2010. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. [viitattu: 2014-11-27]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81979/gradu04601.pdf?sequence=1>

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA 785/1992. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu: 2014-10-07]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ 559/1994. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu: 2014-11-14]. Saatavissa: [http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4](http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search[type]=pika&search[pika]=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4)

LAPPALAINEN, J., NIEMI-MUROLA, L. ja SARJAKOSKI-PELTOLA, S. 2014. Tietotekniikka ja potilaan kotilääkityksen arvoitus. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. [viitattu: 2014-12-16].

Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=I%C3%A4%C3%A4kehoito&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11822

LEPPÄVIRRRAN LÄÄKEHOITOSUUNNITELMA 2014.

LOIKKANEN, S., KALLIOKOSKI, A., VILLIKKA, K. ja NURMINEN, M-L. 2012. Lääketurvatoiminta kehittyi. [viitattu: 2014-12-04].

Saatavissa:

http://sic.fimea.fi/3_2012/laaketurvatoiminta_kehittyi

LÄÄKELAKI 10.4.1987/395. Finlex. Lainsäädäntö. [viitattu: 2014-12-04].

Saatavissa:

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395?search\[type\]=pika&search\[pika\]=I%C3%A4%C3%A4kelaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395?search[type]=pika&search[pika]=I%C3%A4%C3%A4kelaki)

MUSTAJOKI, P. 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy - Peijaksen sairaala projekti. [viitattu: 2014-11-27].

Saatavissa:

<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000023700>

MÄNTYLÄ, A. KUMAPUSALO-VAUHKONEN, A. ja JÄRVENSIVU, T. 2013. Lääkkeiden käytön haasteet – ratkaisuja moniammatillisilta tiimeiltä ja kansalliselta verkostolta. [viitattu: 2014-12-04].

Saatavissa: http://sic.fimea.fi/2_2013/laakkeiden_kayton_haasteet

NURMINEN, M-L. 2010. Lääkehoidon ABC. 12., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

NURMINEN, M-L. 2012. Lääkehoito. 10.–11. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

NYKÄNEN, M. 2009. Turvallista lääkehoitoa hoitokodille - Lääkehoitosuunnitelman laatiminen moniammatillisesti. [viitattu: 2014-12-15].

Saatavissa:

https://www.uef.fi/documents/1052478/1052487/Nykanen_Minna.pdf/43ec112a-4c61-41c4-a25b-5d6848c671c4

OJALA, E. 2005. Lääkemuodot ja lääkkeiden antotavat. Teoksessa: AIRAKSINEN, M. (toim.) Hoitona lääke. Helsinki: Edita Prima Oy. 62–89.

OJALA, R. 2012. Lääkehoito sairaalassa, terveyskeskuksessa ja muussa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Teoksessa: KOSKINEN, T., PUIRAVA, A., SALIMÄKI, J., PUIRAVA, P. ja OJALA, R. (toim.) Lääketietoa ammattilaisille. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 31–45.

OPETUSMINISTERIÖ 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. [viitattu: 2014-10-07]. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

PASTERNAK, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim. 122, 2459–2470.

PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPUOLUSTUS 2014. Hoitotyön kirjaaminen, raportointi ja hoitoisuusluokitus. Verkkojulkaisu. [viitattu: 2014-11-26]. Saatavissa: <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17734&contentlan=1>

POUKKA, J. 2012. Lääkityspoikkeamatilanteisiin yhteydessä olevat tekijät terveyskeskuksen vuodeosastolla hoitajien kuvaamana. [viitattu: 2014-12-15]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84165/gradu06370.pdf?sequence=1>

PUIRAVA, A. 2012. Käytännön esimerkkejä lääkeaineiden käyttäytymisestä ja vaikutuksista elimistössä. Teoksessa: KOSKINEN, T., PUIRAVA, A., SALIMÄKI, J., PUIRAVA, P. ja OJALA, R. (toim.) Lääketietoa ammattilaisille. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 50–76.

PUIRAVA, P. 2012. Onnistuneen lääkehoidon kulmakivet. Teoksessa: KOSKINEN, T., PUIRAVA, A., SALIMÄKI, J., PUIRAVA, P. ja OJALA, R. (toim.) Lääketietoa ammattilaisille. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 46–49.

REIMAN, T. ja OEDEWALD, P. 2009. Terveystieteiden organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa: KINNUNEN, M. ja PELTOMAA, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. 43–62.

RITMALA-CASTRÉN, M. 2006. STM opastaa: Lääkehoitoon turvallisuutta lääkehoitosuunnitelman avulla. [viitattu: 2014-12-15]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/stm-opastaa-laakehoitoon-turvallisuutta-laakehoitosuunnitelman-avulla/>

ROHTO 2004. Rationaalinen lääkehoito. [viitattu: 2014-10-30]. Saatavissa: <http://www.rohto.fi/index.php?k=4986>

SALIMÄKI, J. ja PEURA, S. 2012. Lääkehuollon organisointi lääkehoidon eri toimintaympäristöissä. Teoksessa: KOSKINEN, T., PUIRAVA, A., SALIMÄKI, J., PUIRAVA, P. ja OJALA, R. (toim.) Lääketietoaammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 14–45.

SANDLIN, D. 2007. Improving Patient Safety by Implementing a Standardized and Consistent Approach to Hand-Off Communication. *Journal of PeriAnesthesiaNursing* 22 (4). [viitattu: 2014-11-25]. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com/S1089947207001694/1-s2.0-S1089947207001694-main.pdf?_tid=286d8c28-7488-11e4-a8c5-00000aab0f01&acdnat=1416909067_523122bf1708eb6f6fe28c282891876a

SARANTO, K ja SONNINEN, A. L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa: SARANTO, K., ENSIO, A., TANTTU, K. ja SONNINEN A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy. 12–16.

SAVONIA, 2011. Sairaanhoidajan kompetenssit. [viitattu: 2015-06-13]. Saatavissa: http://webd.savonia.fi/nettiops/Sairaanhoidajankompetenssit_TE11S.pdf

SIPOLA-KAUPPI, I. 2009. "Apua, minäkö tein virheen?" Sairaanhoidajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. [viitattu: 2014-11-25]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80897/gradu03778.pdf?sequence=1>

SNELLMAN, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa: KINNUNEN, M. ja PELTONEN, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. 29–41.

STAKES ja ROHTO 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Työpaperi [viitattu: 2014-11-14]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>

STM 2005. Turvallinen lääkehoito. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. [viitattu: 2014-10-02]. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1083030#fi

SUIKKANEN, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. [viitattu: 2014-11-14]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090072/urn_nbn_fi_uef-20090072.pdf

SUIKKANEN, A., KANKKUNEN, P. ja SUOMINEN, T. 2009. Estä virheet ennakolta. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. [viitattu: 2014-11-12]. Saatavissa: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=sle00067

SUPERLIITTO 2012. Turvallinen lääkehoito. [viitattu: 2014-10-07]. Saatavissa: http://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/turvallisen_laakehoidon_opas.pdf

TAAM-UKKONEN, M. ja SAANO, S. 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

TAAM-UKKONEN, M. ja SAANO, S. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: SanomaPro Oy.

THL 2011. Potilasturvallisuusopas. [viitattu: 2014-12-04]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

THL 2014. Lääkehoidon turvallisuus. [viitattu: 2014-10-07]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus/laakehoidon-turvallisuus>

TIIHONEN, S. 2013. Keskitetty lääkkeenjako perusterveydenhuollossa: Hoitajien kokemukset ja yhteys lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. [viitattu 2014-11-14]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20131000/urn_nbn_fi_uef-20131000.pdf

TOKOLA, E. 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Hämeenlinna: Tammi.

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [viitattu: 2014-11-26]. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf

TUUKKANEN, J. 2010. Hiljainen raportointi vaarantaa potilasturvallisuuden. Finnanest. [viitattu: 2014-12-04]. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/tuukkanen_hiljainen.pdf

VALVIRA 2014. Lääkehoidon toteuttaminen - henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako. [viitattu: 2014-10-07]. Saatavissa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen

VARHILA, K. 2014. Mitä on turvallinen lääkehoito? [viitattu: 2014-12-17]. Saatavissa: <http://www.tesso.fi/kolumni/mit-turvallinen-l-kehoito>

VEAL, A. J. 1997. Research Methods for Leisure and Tourism. A Practical Guide. 2. painos. Lontoo: ILAM.

VEHKALAHTI, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

VERÄJÄNKORVA, O. ja PALTTA, H. 2008. Turvallinen lääkehoito osana potilasturvallisuutta. Teoksessa: VERÄJÄNKORVA, O. (toim.) Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turku: Tampereen Yliopistopaino Oy. 9–16.

VILKKA, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

VÄNSKÄ, J., VAINIOMÄKI, S., KAIPIO, J., HYPPÖNEN, H., REPONEN, J. ja LÄÄVERI, T. 2014. Potilastietojärjestelmät lääkärin työvälineenä 2014: käyttäjäkokemuksissa ei merkittäviä muutoksia. [viitattu: 2014-12-15]. Saatavissa: http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto49_1.pdf

WALLENIUS, J. 2014. HaiPro - Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. [viitattu: 2014-11-27]. Saatavissa: <http://awanic.com/haipro/>

WHO 2003. ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES – Evidence for action. [viitattu: 2014-11-18]. Saatavissa: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>

YHTEISKUNTATIETEELLINEN TIETOARKISTO 2008. Menetelmäopetuksen tietovaranto. KvanttiMOTV. Tampereen yliopisto. [viitattu: 2014-10-08]. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>

LIITE 1: OSASTOILLE JAETTAVA TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Savonia ammattikorkeakoulusta ja teemme opin-
näytetyötä turvallisen lääkehoidon toteutumisesta Teidän työyksiköissänne. Tarkoituksem-
me on kartoittaa lääkehoitoa toteuttavien sairaan- ja lähihoitajien tietoa ja taitoa turvallisen
lääkehoidon toteutumisesta. Koska osastoillanne lääkkeitä potilaille antavat myös laitos-
huoltajat, on heilläkin mahdollisuus osallistua kyselyyn.

Turvallisella lääkehoidolla on tärkeä merkitys potilasturvallisuuden kannalta. Se vaatii tark-
kuutta, huolellisuutta ja hyvää ammattitaitoa. Tavoitteenamme on tutkia, tapahtuuko osas-
toillanne lääkehoidossa estäviä ja edistäviä tekijöitä. Tämän myötä saatujen tuloksien mu-
kaan voitte hyödyntää ja kehittää omaa osaamistanne lääkehoidossa ja puuttua siinä ta-
pahtuviin epäkohtiin. Kyselyyn vastaamalla teillä on mahdollisuus parantaa potilasturvalli-
suutta osastoillanne.

Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Tutki-
mukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Jokainen vastaus kuitenkin auttaa meitä opin-
näytetyön onnistumisen kannalta, joten toivomme Teiltä aktiivista osallistumista. Voit jättää
vastaamatta sellaisiin kysymyksiin, jotka eivät koske työtehtäviäsi. Kyselyyn vastaaminen
kestää noin 5-15 minuuttia ja kysely on vastattavissa 2 viikkoa (viimeinen vastaus päivä
8.3.2015). Lisätietoa tutkimuksesta saa tarvittaessa myös sähköpostitse (ii-
ta.L.kolari@edu.savonia.fi).

Kyselyyn pääsee vastaamaan Teidän omaan työsähköpostiinne tulleen linkin kautta maa-
nantaina 23.2.2015 lähtien.

Kiitos osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin

Henna Loikkanen, Iita Kolari ja Eeva-Maria Olander

LIITE 2: SAATEKIRJE VASTAAJIEN SÄHKÖPOSTIIN

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Savonia ammattikorkeakoulusta ja teemme opin-
näytetyötä turvallisen lääkehoidon toteutumisesta Teidän työyksiköissänne. Tarkoitukses-
me on kartoittaa lääkehoitoa toteuttavien sairaan- ja lähihoitajien tietoa ja taitoa turvallisen
lääkehoidon toteutumisesta. Koska osastoillanne lääkkeitä potilaille antavat myös laitos-
huoltajat, on heilläkin mahdollisuus osallistua kyselyyn.

Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Tutki-
mukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Jokainen vastaus kuitenkin auttaa meitä opin-
näytetyön onnistumisen kannalta, joten toivomme Teiltä aktiivista osallistumista. Voit jättää
vastaamatta sellaisiin kysymyksiin, jotka eivät koske työtehtäviäsi. Kyselyyn vastaaminen
kestää noin 5-15 minuuttia ja kysely on vastattavissa 2 viikkoa (viimeinen vastauspäivä
8.3.2015). Lisätietoa tutkimuksesta saa tarvittaessa myös sähköpostitse (ii-
ta.L.kolari@edu.savonia.fi).

Kyselyyn pääsee vastamaan alla olevasta linkistä:

<https://www.webropolsurveys.com/S/F8592FA6B87E4657.par>

Ystävällisin terveisin

Eeva-Maria Olander

Henna Loikkanen

Iita Kolari

LIITE 3: SAATEKIRJE JA KYSELYLOMAKE

Turvallinen enteraalinen lääkehoito

Turvallisella lääkehoidolla on tärkeä merkitys potilasturvallisuuden kannalta. Se vaatii tarkkuutta, huolellisuutta ja hyvää ammattitaitoa. Tavoitteenamme on tutkia, tapahtuuko osastoillanne lääkehoidossa estäviä ja edistäviä tekijöitä. Tämän myötä saatujen tulosten mukaan voitte hyödyntää ja kehittää omaa osaamistanne lääkehoidossa ja puuttua siinä tapahtuviin epäkohtiin. Kyselyyn vastaamalla teillä on mahdollisuus parantaa potilasturvallisuutta osastoillanne.

Taustatiedot

1. Koulutukseni (viimeisin) *

- Sairaanhoidtaja
- Lähihoitaja/ perushoitaja
- Laitoshuoltaja
- Olen vielä opiskelija

2. Työkokemukseni sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla? *

- Alle 1 vuoden
- 1-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11-15 vuotta
- 16-20 vuotta
- 21-25 vuotta
- Yli 25 vuotta

3. Työkokemukseni nykyisessä työyksikössä? *

- Alle 1 vuosi

- 1-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11-15 vuotta
- 16-20 vuotta
- 21-25 vuotta
- Yli 25 vuotta

4. Osallistun työyksikköni lääkehoidon toteutukseen.. *

- päivittäin
- viikoittain
- satunnaisesti
- en osallistu lainkaan

Jos et osallistu lääkehoidon toteutukseen, kyselysi siirtyy viimeiselle sivulle ja kyselysi päättyy siihen. Kiitos vastaamisestasi! Jos taas osallistut lääkehoidon toteuttamiseen, ole hyvä ja jatka vastaamista eteenpäin.

Lääkehoidon suunnittelu

5. Selvitän potilaan kotilääkityksen tämän tullessa osastohoitoon.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- Ei/en koskaan

6. Selvitän käyttäkö potilas itsehoitovalmisteita tai luontaistuotteita.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

7. Minulla on riittävästi aikaa selvittää potilaan kotilääkitys.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

8. Tiedän, mitä lääkkeitä potilas käyttää.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- Ei/en koskaan

9. Potilaan lääkehoidossa vastuun- ja työnjako toteutuu järkevästi.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

10. Ymmärrän potilaan lääkehoidon osana hoidon kokonaisuutta.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

Lääkehoidon toteutus

11. Konsultoin lääkärinä aina tarvittaessa, jos olen epä tietoinen jostain lääkkeestä.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

12. Konsultoin tarvittaessa kollegoja, jos tarvitsen lisätietoa potilaan lääkityksestä.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

13. Lääkärin tekemät lääkemääräykset ovat selkeät.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

14. Lääkärin ja hoitajan välinen työnjako on selkeä.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

Lääkehoidon toteutus

Lääkkeen jako

15. Tarkistan lääkkeit kahdesti (kaksoistarkastus).

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

16. Merkitsen lääkelaseihin potilaan nimen ja lääkkeen antoajan.

- Aina
- Lähes aina

- Harvoin
- En/ei koskaan

17. Pesen ja desinfioin kädet aina ennen lääkkeiden jakoa.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

18. Käytän suojakäsineitä jakaessani lääkkeitä.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

19. Käytän lääkelusikkaa ja/tai atuloita jakaessani lääkkeitä.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

20. Puolittaessani lääkkeitä käytän puolittajaa tai suojakäsineitä.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

21. Lääkkeenjako-tila on tarkoituksenmukainen.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin

En/ei koskaan

22. Lääkkeenjakkoon varattu tila on rauhallinen.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

23. Lääkkeenjako-tila on hygieeninen.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

24. Lääkkeenjako-tilaan pääsee vain henkilökunta.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

25. Lääkkeitä jakava hoitaja saa työskennellä keskeytyksettä.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

26. Lääkkeiden jakoa varten on varattu riittävästi aikaa.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

27. Jakaessani lääkkeitä minulla on potilaan ajan tasalla oleva lääkelista käytössä.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

Lääkehoidon toteutus

Lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen

28. Saatan murskata/puolittaa tabletteja, jotka ohjeen mukaan pitäisi ottaa kokonaisena.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

29. Saatan aukaista lääkekapselin, vaikka tiedän, että se pitäisi niellä kokonaisena.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

30. Saatan sekoittaa murskattuja lääkkeitä keskenään.

- Aina
- Lähes aina

- Harvoin
- En/ei koskaan

31. Sekoitan tabletteja ja kapseleita lämpimään ruokaan.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

32. Annostelen peroraaliset (esim. yskänlääke) lääketarjottimelle juuri ennen lääkkeenantoa.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

33. Noudatan lääkkeen valmistajan antamia ohjeita.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

Lääkehoidon toteutus

Lääkkeiden antaminen

34. Varmistan potilaan henkilöllisyyden antaessani hänelle lääkettä.

- Aina
- Lähes aina

- Harvoin
- En/ei koskaan

35. Ohjaan potilasta ottamaan lääkkeitä tyhjään vatsaan.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

36. Lääkettä antaessani kerron potilaalle mitä lääkettä hän saa.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

37. Antaessani lääkettä potilaalle kerron miksi lääkettä annetaan.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

38. Jätän lääkkeitä potilaspöydille.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

39. Varmistan, että potilas on ottanut lääkkeensä.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin

En/ei koskaan

40. Kerron potilaalle lääkkeen haitta- ja yhteisvaikutuksista.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

41. Ohjaan potilasta ottamaan lääkkeensä oikein oikeaan aikaan.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

Lääkehoidon toteutus

Lääkehoidon seuranta ja arviointi

42. Seuraan ja arvioin potilaan vointia.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

43. Kirjaan tekemäni havainnot lääkehoidon vaikutuksista.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

44. Informoin eteenpäin, jos potilas ei ota hänelle kuuluvia lääkkeitään.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

45. Mikäli lääke ei vaikuta potilaaseen halutulla tavalla tai siitä tulee sivuvaikutuksia, konsultoin hoitavaa lääkäriä tai vastaavaa hoitajaa.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

Lääkehoidon ohjaus

46. Ohjaan potilasta lääkehoitoon liittyvissä asioissa.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

47. Varmistan, että potilas on ymmärtänyt ohjeistuksen.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

48. Suullisen ohjeistuksen lisäksi ohjaan potilasta myös kirjallisella ohjeistuksella.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

49. Annan potilaalle tietoa myös muista hoitovaihtoehdoista.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

50. Kerron potilaalle lääkkeen haittavaikutuksista.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

51. Otan omaiset huomioon potilaan ohjauksessa.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

52. Minulla on riittävästi aikaa lääkehoidon ohjaukseen.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

53. Ohjaan potilasta tulkitsemaan lääkelistaansa.

- Aina

- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi

54. Ajantasalla olevat lääkehoidonkirjaukset ovat välittömästi saatavilla.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

55. Potilaan kokonaisvaltainen lääkehoito, on dokumentoitu selkeästi.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- Ei/en koskaan

56. Dokumentoin potilaalle annetun lääkehoidon ohjaukset.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

57. Potilaan siirtyessä toiseen sairaalaan annan mukaan päivitetyn lääkelistan.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

58. Potilaalle annetaan tarvittavat tiedot hänen lääkehoitoaan koskien, kun potilas kotiutuu.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

59. Dokumentoin potilastietojärjestelmään heti, kun potilas on saanut jotain tarvittavaa lääkettä.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

60. Kirjaan potilaan lääkehoidon tavoitteet.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

61. Kirjaan lääkehoidon vaikuttavuutta.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

62. Kirjaan välittömästi mahdolliset läheltä piti- ja vaaratapahtumat lääkehoitoa koskien (HaiPro).

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin

En/ei koskaan

63. Ymmärrän, miksi lääkehoidon vaaratapahtumista pitää raportoida.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

64. Vaaratapahtumailmoituksen tekeminen on helppoa.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

65. Vaaratapahtumailmoituksen ennättää tekemään työohessa.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

Turvallisen lääkehoidon toteuttamisen riskitekijät

66. Mielestäni selviydyn potilaiden lääkehoidosta riittävän hyvin.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

67. Mielestäni lääkehoidon toteuttamiseen on riittävästi aikaa.

- Aina

- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

68. Miellän lääkehoidon kirjaamisenkäytännöt selkeiksi.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

69. Mielestäni lääkkeiden nimien sekä pakkausten samankaltaisuus ovat riskitekijä.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

70. Mielestäni työyhteisön kommunikaation puute on riskitekijä lääkehoidon onnistumisen kannalta.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

71. Lääkelasku taitoni ovat riittävät toteuttamaan turvallista lääkehoitoa.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

72. Mielestäni potilaspaikkojen vaihtuvuus on riskitekijä lääkehoidon toteutumi-

sen kannalta.

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

73. Toteutuuko työyksikön lääkehoitosuunnitelma pohjana turvallisen lääkehoidon totuttamisessa

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- Ei/en koskaan

74. Mielestäni lääkehoito toteutuu turvallisesti työyksikössäni. *

- Aina
- Lähes aina
- Harvoin
- En/ei koskaan

Muistathan painaa Lähetä -painiketta, jotta vastauksesi tallentuu. Kiitos!

LIITE 4: TUTKIMUSLUPA

PÄÄTÖS	
<input checked="" type="checkbox"/> Myönnän tutkimusluvan	
<input checked="" type="checkbox"/> Palveluyksikön / -alueen ylläpitäjän päätös nro	<u>1/2015</u>
<u>24.2.2015</u>	<u>Eija Peltanen</u>
	Allekirjoitus
	<u>Eija Peltanen johtava hoitaja</u>
	Nimen selvennys <u>Patruuna</u>
YHTEYSHENKILO KYSISSÄ (Palveluyksikön /-alueen ylläpitäjä)	
<u>Jasna Lähdesmäki</u>	<u>Leppävirran terveysasema, vuodeosastot</u>
Nimi	Työyksikkö
<u>jasna.lahdesmaki@kuh.fi</u>	<u>0447171345</u>
S-posti	Puhelin
LIITTEET	
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyön suunnitelma	_____ sivua
<input type="checkbox"/> Rahoitussuunnitelma	_____ sivua
<input type="checkbox"/> Muita liitteitä	_____ sivua
Opinnäytetyön ohjussopimus	_____