



LAUREA

Vantaan kotihoidon lääkehoidon nykytilanteen kartoittaminen



Koponen, Annastiina

Lyytikäinen, Johanna

2010 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Vantaan kotihoidon lääkehoidon nykytilanteen kartoittaminen

Koponen Annastiina
Lyytikäinen Johanna
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2010

Annastiina Koponen & Johanna Lyytikäinen

Vantaan kotihoidon lääkehoidon nykytilanteen kartoittaminen

Vuosi

2010

Sivumäärä 41 + 10

Lääkehoidon tavoitteena on ihmisen terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen, tutkiminen, parantaminen sekä etenemisen hidastaminen. Lisäksi lääkehoidon avulla pyritään ehkäisemään sairauksien aiheuttamien komplikaatioiden synty ja lievittämään oireita. Perusteet lääkehoidolle nousevat aina potilaan yksilöllisistä tarpeista.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Vantaan kaupungin kotihoidon lääkehoidon toteutumisen nykytilanne. Lääkehoidon toteutumista kartoitettiin farmakologisten taitojen, dokumentoinnin ja lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutumisen sekä vastuiden ja velvollisuuksien jakautumisen näkökulmasta. Kartoituksen perusteella voitiin tunnistaa lääkehoidon kehittämiskohteita. Opinnäytetyö toteutettiin Vantaan kaupungin toimeksiannosta.

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Aineisto kerättiin haastatteleamalla Myyrmäen ja Martinlaakson kotihoidon sairaanhoitajia. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan, kotihoidon työntekijät kokevat asiakkaan voinnin seurannan lääkehoidon yhteydessä kuuluvan jokaisen hoitajan vastuulle. Lääkevirheitä syntyy eniten lääkkeiden jakamisessa ja virheiden koetaan johtuvan pääosin kiireestä ja henkilöstöpulasta. Lääkepoikkeamatilanteissa täytetään lääkepoikkeamailmoitus. Kiireessä lääkepoikkeamailmoitus jää täyttämättä.

Kirjaaminen oli jokaisen hoitajan vastuulla. Lääkehoidosta kotikansioon kirjaamisessa oli puutteita. Kiireen vuoksi kirjaaminen jäi vähäiseksi. Lupakäytännöistä oltiin pääsääntöisesti tietoisia. Osaamisen ylläpitäminen oli jokaisen hoitajan vastuulla, eikä säännöllistä osaamisen tarkistamista ollut järjestetty. Vastuut ja velvollisuudet jakautuivat koulutuksen sekä lakien ja säädösten mukaisesti. Kokonaisvastuu lääkehoidon toteutumisesta oli lääkärillä, mutta myös sairaanhoitajan vastuuta painotettiin. Ongelmaksi vastuiden hoitamisessa nousi lääkärin puola sekä jatkuva lääkäreiden vaihtuvuus.

Asiasanat: kotihoito, farmakologiset taidot, dokumentointi, säädösten toteutuminen, vastuut ja velvollisuudet.

Annastiina Koponen & Johanna Lyytikäinen

Surveying of the present situation of the medical treatment of the home care of Vantaa

Year 2010

Pages 41 + 10

The goals of medication are enhancement of people's health and prevention, research, curing and progress slowing of diseases. Medication is also used to prevent complications and ease symptoms. Rationales for the use of medication come from the individual needs of patient.

The aim of this thesis is to survey the realization of homecare medication in the city of Vantaa. The realization is researched from the point of view of pharmacological skills, realization of documentation, fulfillment of decrees and sharing of responsibilities. It was possible to identify the subjects of development of the medical treatment on the basis of the charting. The thesis is commissioned by the city of Vantaa.

Theme interview was used as a collecting method of the data of the thesis. The data was collected by interviewing the nurses of the home care of Myyrmäki and Martinlaakso. The analysis was done by using the inductive content analysis method.

According to the results of this thesis, the follow-up of patient's health condition during medication was the responsibility of every personnel of the homecare unit. Distribution error was the most common error in medication and primary reasons for that were hurry and lack of staff. Divergence reports were filled out when divergences occurred in medication, though hurry sometimes prevented that.

Documentation was every nurse's responsibility. There were documentation shortages in home folder concerning medication due to hurry. Of the permission practices it was been aware as a rule. The maintaining of the know-how was every nurse's responsibility and not been not arranged the regular checking of the know-how. The responsibilities and duties were divided according to education and laws and regulations. The doctor had comprehensive responsibility from the coming true of the medical treatment but the nurse's also responsibility was emphasised. The doctor shortage and a doctors' constant turnover got to be a problem in the management of responsibilities.

Key words: home care, pharmacological skills, documentation, fulfillment of degrees, responsibilities and duties.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO	8
2.1 Lääkehoidon teoreettiset taidot	8
2.1.1 Normit ja lainsäädäntö.....	8
2.1.2 Farmakologiset ja matemaattiset taidot	11
2.1.3 Eettiset taidot	14
2.2 Lääkehoidon käytännön taidot.....	16
2.2.1 Lääkehoidon toteuttamisen taidot.....	16
2.2.2 Asiakkaan ohjaamisen taidot	18
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUMINEN.....	21
4.1 Kuvaus Vantaan kotihoidosta.....	21
4.2 Tutkimushenkilöiden valinta ja kuvaus.....	21
4.3 Opinnäytetyön aineistonkeruun ja analyysin kuvaus.....	22
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	23
5.1 Lääkehoidon osaamisen ilmeneminen kotihoidossa sairaanhoitajan kuvaamana	23
5.1.1 Kuvaus farmakologisista taidoista.....	23
5.1.2 Lääkehoidon dokumentoinnin toteutuminen	27
5.2 Lääkehoitoa ohjaavien lakien ja säädösten toteutuminen kotihoidossa	28
5.2.1 Lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutuminen	28
5.2.2 Vastuiden ja velvollisuuksien jakautuminen	31
6 POHDINTA	34
6.1 Opinnäytetyön tulosten vertailu.....	34
6.2 Opinnäytetyön luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu	35
6.3 Kehittämiskohteet	37
LÄHTEET	38
KUVIOLUETTELO.....	41
LIITTEET	42
Liite 1: Tutkimuslupa.....	42
Liite 2. Opinnäytetyön aineistonkeruun perusta	45
Liite 3: Lääkehoidon osaamisen ilmeneminen kotihoidossa	46
Liite 4: Lääkehoidon dokumentoinnin toteutuminen kotihoidossa	48
Liite 5: Lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutuminen kotihoidossa	49
Liite 6: Vastuiden ja velvollisuuksien jakautuminen kotihoidossa	50

1 JOHDANTO

Lääkkeet ovat nykylääketieteen keskeisin keino hoitaa, parantaa ja lievittää ihmisten vaivoja ja sairauksia. Lääkkeiden avulla voidaan elää hyvää elämää sairauksista huolimatta ja ihmiset voivat ylläpitää tyydyttävää toimintakykyä. (Lumme-Sandt 2002, 9.) Lääkehoidon tavoitteena on ihmisen terveyden edistäminen sekä sairauksien ehkäiseminen, tutkiminen, parantaminen ja etenemisen hidastaminen. Lisäksi lääkehoidon avulla pyritään ehkäisemään sairauksien aiheuttamien komplikaatioiden synty ja lievittää oireita. Perusteet lääkehoidolle nousevat aina potilaan yksilöllisistä tarpeista. (STM 2005:32., 46.) Lääkehoidon seuranta ja toteutuminen ovat yhä enenemässä määrin hoitajien vastuulla ja näin hoitajien lääkehoidon osaamisen tarkasteleminen on erityisen tärkeää.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Vantaan kaupungin kotihoidon lääkehoidon toteutumisen nykytilanne. Aineiston keruun toteutamme haastattelemalla Myyrmäen ja Martinlaakson kotihoidon kuutta sairaanhoitajaa. Kartoitamme lääkehoidon toteutumista farmakologisten taitojen, dokumentoinnin toteutumisen, lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutumisen sekä vastuiden ja velvollisuuksien jakautumisen näkökulmasta. Kartoituksen perusteella on tarkoitus löytää lääkehoidon kehittämiskohteita. Opinnäytetyömme toteutetaan Vantaan kaupungin toimeksiannosta.

Kotihoito tukee asukkaita, jotka eivät pärjää omassa kodissaan itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelujen avulla. Kotihoito neuvoo, ohjaa, hoitaa ja kuntouttaa asiakkaitaan. Kotihoidon piirteitä ovat mm. työntekijöiden moniammatillinen ja käytännönläheinen yhteistyö ja vastuiden jakaminen. (Stakes. Yhteiskuntapolitiikka 69). Kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden määrä kasvaa jatkuvasti ja sen mukana lääkehoitoa toteutetaan enenevässä määrin kotihoidossa. Siksi on tärkeää, että lääkehoidon toteuttamista kartoitetaan ja etsitään kehittämiskohteita. Yli viittä lääkettä käyttää samanaikaisesti todennäköisimmin 85 vuotta täyttänyt, monisairas valvotun kotisairaanhoidon piirissä oleva henkilö, joka kokee terveydentilansa heikoksi. (Hartikainen & Linjakumpu 2004, 169).

Vuodesta 1973 lähtien Vantaan väestöstä yli 65-vuotiaiden osuus on kasvanut tasaisesti. Vuoden 2009 mennessä yli 65 vuotta täyttäneiden osuus on 2,5- kertaistunut ja nykyisin useampi kuin joka kymmenes vantaalainen on yli 64-vuotias. Vuoden 2009 loppuun mennessä Vantaan väestöstä yli 65 vuotta täyttäneitä oli yhteensä 21622 henkilöä. (Calenius 2009, 5, 26.)

Suomessa on tutkittu 2000-luvulla muun muassa sairaanhoitajien teoreettisia ja käytännön lääkehoitotaitoja sekä selvitetty täydennyskoulutuksen vaikutuksia lääkehoitotaitoihin (Veräjänkorva 2003.), sairaanhoitajien lääkehoito-osaamista yliopistosairaalassa (toim. Veräjänkorva 2008.) sekä sairaanhoitaja opiskelijoiden ja sairaanhoitajien lääkelaskentataitoja. (Grändell-Niemi 2005.)

Tiedon tuoreus, lähteen luotettavuus sekä sisällön liittyminen aiheeseemme ovat tärkeimpiä lähdekriteereitämme. Lähteinä käytimme uusimpia hoitotyön ja lääketieteen oppikirjoja, erilaisia tieteellisiä artikkeleita sekä hoitotieteen tutkimuksia. Hakutietokantoina hyödynsimme HELKA - ja ALEKSI-tietokantoja sekä Sosiaali- ja terveysministeriön hakupalvelun tarkennettua hakuja. Tiedonhaun välineenä käytimme myös jo löytämiemme lähteiden kirjallisuusluetteloita.

Keskeisiä käsitteitä työssämme ovat *kotihoito, farmakologiset taidot, dokumentointi, säädösten toteutuminen, vastuut ja velvollisuudet*.

2 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO

2.1 Lääkehoidon teoreettiset taidot

Tässä luvussa tarkastellaan lääkehoidon teoreettisia taitoja soveltaen Veräjänkorvan (2003) näkemystä teoreettisista taidoista. Teoreettiset taidot koostuvat lääkehoitoa ohjaavista säädöistä, sairaanhoitajan farmakologisista ja matemaattisista sekä eettisistä taidoista.

2.1.1 Normit ja lainsäädäntö

Lääkehoitoa ohjaava säädöstö koostuu eri laeista ja asetuksista, lääkehoitoa ohjaavista suosituksista ja toimintaohjeista.

Lääkkeiden valmistuksesta, jakelusta, toimittamisesta ja myynnistä säädetään lääkelaissa. (Airaksinen 2005, 38.) Lääkelain (395/1987) ja lääkeasetuksen (693/1987) tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden turvallisuutta ja tarkoituksenmukaista käyttöä sekä varmistaa niiden asianmukainen valmistus ja saatavuus. Lääkelaissa säädetään lääkehuollosta sairaaloissa, terveyskeskuksissa sekä sosiaalihuollon laitoksissa. Lääkelaki määrittelee lääkkeeksi valmisteeseen/aineeseen, jonka tarkoituksena on parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oireita. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila, Torniainen 2006, 22).

Lääkehoidon tiedot ja taidot vaativat jatkuvaa ylläpitämistä. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle pyrkii vastaamaan laadunhallinnan haasteisiin suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suosituksissa laadunhallintaa sekä asiakaslähtöisyyttä korostetaan osana jokapäiväistä työtä. Työn vaatimien ulkoisten ja sisäisten prosessien hallintaa korostetaan laatutyössä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Laki 559/1994, § 18) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoa. Laissa myös veloitetaan työnantajaa luomaan edellytykset sille, että työntekijöillä on mahdollisuus osallistua täydennyskoulutuksiin. (Veräjänkorva 2003, 31.) Valtioneuvoston 11.4.2002 tekemän periaatepäätöksen mukaan henkilöstölle järjestetään vuosittain keskimäärin 3-10 päivää täydennyskoulutusta riippuen peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta tai toimenkuvasta. Täydennyskoulutuksen merkitys korostuu terveydenhuollossa lääketieteen, biotieteiden, terveystieteiden ja teknologian nopean kehityksen myötä. (STM, Kuntainfo 19/2003.)

Jokaisen lääkehoitoa toteuttavan yksikön tulisi laatia lääkehoitosuunnitelma ohjaamaan lääkehoidon toteutusta. Lääkehoitosuunnitelma määrittelee lääkehoidon sisällön, toteuttamistavat ja menetelmät. Lääkehoidon hallinnan ja kehittämisen perusedellytyksenä on oman toiminnan tunteminen sekä siihen liittyvien riski- ja ongelmakohtien tunnistaminen ja analysoiminen. (STM 2005:32, 45-46.) Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään, miten lääkehoidon

tarkoituksenmukaisuutta ja vaikuttavuutta arvioidaan toimintayksikössä. Vaikuttavuuden arviointi sisältää lääkehoidon oletettujen positiivisten vaikutusten, mahdollisten sivu- ja haittavaikutusten sekä lääkkeiden mahdollisten yhteisvaikutusten arvioinnin ja seurannan. (STM 2005: 32, 60.)

Lääkehoitosuunnitelmassa määritetään myös ne lääkehoidon tilanteet, joissa tulee informoida ja konsultoida hoitavaa lääkärinä. (STM 2005: 32, 60.) Suunnitteluvaiheessa huomioidaan, että lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, jota pääsääntöisesti toteuttavat lääkehoidon koulutuksen saaneet ammattihenkilöt. (STM 2005:32, 45-46.)

Lääkehoitosuunnitelmassa kiinnitetään huomiota hoidon jatkuvuuteen ja joustavaan tiedon- siirtoon toimintayksiköiden välillä, tietosuojakysymykset huomioon ottaen. Huomiota kiinnitetään erityisesti toimintatapoihin, joilla turvataan potilaan lääkelistan ajantasaisuus päällekkäiseen lääkitykseen sekä mahdollisten haitallisten yhteisvaikutusten ja niistä aiheutuvien ongelmien välttämiseksi. (STM 2005:32, 61.)

Suomessa on säädetty myös huumausainelaki. Sosiaali- ja terveysministeriön päätös (1709/1993) antaa yksityiskohtaiset ohjeet käytettävien huumausaineiden käsittelystä ja hävittämisestä sekä kirjaamisesta. (Veräjänkorva ym.2005, 24.) Huumausainelaki (1708/1993) ohjaa huumaavien aineiden käyttöä lääkkeenä. Lääkkeinä käytetään joitakin voimakkaasti vaikuttavia huumaavia aineita ja näitä ovat mm. morfiini ja sen johdannaiset, joita käytetään vakavasti sairaiden potilaiden kivun lievittämisessä. (Veräjänkorva ym. 2006, 23.) Huumausaineet ovat sellaisia määrättyihin luetteloihin ja yleissopimukseen sisältyviä aineita ja valmisteita, jotka vaikuttavat voimakkaasti. Useat tähän ryhmään kuuluvat aiheuttavat ihmisille voimakasta riippuvuutta. (Airaksinen 2005, 39.)

Huumausainelaki määrittelee huumaavat aineet. Määritelmän mukaisten aineiden tuotanto, valmistus, myynti, hallussapito, jakelu, maasta vienti, maahantuonti, kauppa ja käyttö muuhun kuin lääkinnällisiin, tieteellisiin tai huumausainerikosten ehkäisemiseen ja tutkintaa edistäviin tarkoituksiin on kielletty. Psykoosilääkkeet, neuroosilääkkeet, unilääkkeet, depressiolääkkeet, särky- ja kiputilälääkkeet voidaan määritellä lääkeaineiksi ja käyttää lääkinnällisiin tarkoituksiin. Huumausaineiden hallussapitoon oikeutetulla on velvollisuus antaa tietoa ja pitää kirjaa sosiaali- ja terveysministeriön asettamalla tavalla. Lääkelaitoksella on oikeus saada kirjanpito nähtäväkseen. (Huumausainelaki 1993.)

Toimintayksiköissä noudatetaan kirjaamisesta ja asiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä annettuja säädöksiä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, STM:n asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä 99/2001). (STM 2005:32,60). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden merkitsemään potilasasiakirjoi-

hin kaikki tarpeelliset tiedot hoidon järjestämisestä, -suunnittelusta, -antamisesta ja -seurannasta. Dokumentointi on turva hoitohenkilökunnalle sekä hoidettavalle itselleen. Potilaalla/asiakkaalla on tiedonsaantioikeus terveydentilaansa koskevissa asioissa. (Laki 1992/785.) Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin tarpeelliset tiedot hoidon järjestämisestä, suunnittelusta, toteuttamisesta ja seurannasta. (Autere., Kilkku., Paavola., Selander. 2009:2, 24.)

Alla olevaan luetteloon on koottu keskeiset lääkehoitoa ohjaavat lait.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/ 1992) Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001)
Potilasvahinkolaki (585/1986)
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja asetus (564/1994) Asetus lääkkeen määräämisestä (726/2003), STM:n asetus sähköisen lääkemääräyksen kokeilusta (771/2003)
Kansanterveyslaki (66/1972)
Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) Asetus (1194/2003) terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta
Lääkelaki (395/1987) ja asetus (693/1987) Lääkelaitoksen määräys (5/2002): Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminta
Lääkelaitoksen määräys 5/2001: Apteekkien lääkevalmistus Lääkelaitoksen ohjeluonnos 1/2005: Lääkkeiden haittavaikutusten ilmoittaminen
Huumausainelaki (1289/1993) ja sen nojalla annetut säädökset
Mielenterveyslaki (1116/1990)
Asetus sairaankuljetuksesta (565/94)
Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990)

Laki yksityisyyden suojasta (477/ 2001)
Veripalvelulaki (197/ 2005)
Valtioneuvoston asetus yliopistojen tutkinnoista (794/2004) Lääketieteellisistä tutkinnoista annettu asetus (762/ 75)

(STM 2005:32, 18-19.)

2.1.2 Farmakologiset ja matemaattiset taidot

Lääkehoidon toteuttaminen edellyttää farmakologisen ja lääkelaskentaan liittyvän tietoperustan hallintaa. (Opetusministeriö 2006:24, 69.)

Jokaisen lääkehoitoon osallistuvan henkilön tulee olla perillä antamansa lääkkeen käytöstä, vaikutuksista, tavallisimmista haittavaikutuksista sekä mahdollisista yhteisvaikutuksista muiden samanaikaisesti käytettävien lääkkeiden kanssa. (Nurminen 2002, 28.) Lääkehoitoon koulutusta saaneita laillistettuja ammattihenkilöitä ovat lääkärit, hammaslääkärit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kättilöt ja hammashuoltajat. (Tokola 2005, 134.) Tarpeen arvioinnista, taudinmäärityksestä, lääkemääräyksestä, potilaan informoinnista, neuvonnasta ja jatkohoidon suunnittelusta vastaa lääkäri. Lääkehoitoa toteuttavan henkilön, joka yleensä on sairaanhoitaja, tehtäviin kuuluu lääkkeen käyttökuntoon saattaminen, lääkehoidon toteuttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta sekä lääkehoidon vaikutusten seuranta ja arviointi. (STM 2005:32., 46.)

Työyksikön lähiesimiehellä on vastuu lääkehoidon toetutumisesta. Hän hankkii henkilöstön ja varmistaa henkilöstön lääkehoito-osaamisen, hallinnoi osaamisen varmistamis- ja lupamenettelystä sekä täydennyskoulutukseen osallistumisesta. Lähiesimiehen tehtäviin kuuluu myös huolehtia lääkehoidon toimintaedellytyksistä ja olosuhteista, kuten esimerkiksi asianmukaisista työtiloista ja -välineistä. (Tokola 2005, 137-138.) Työnantajan harkinnan mukaan lääkehoitoon voi osallistua myös henkilöitä, joilla ei ole lääkehoidollista koulutusta. Tällaisten henkilöiden kohdalla on varmistettava, että he ovat saaneet tehtävän edellyttämät tarvittavat tiedot ja taidot lisäkoulutuksessa, sekä kirjallisen luvan lääkehoidon toteuttamiseen. (STM 2005:32, 37.)

Pätevä sairaanhoitaja pohjaa kaikki tarkkaillessaan ja diagnosoidessaan tekemänsä toimenpiteet teoreettiseen tietoon. (Lahti 2004, 22.) Myös lääkkeiden käsittelyyn, hävittämiseen ja toimittamiseen liittyvien asioiden hallinta kuuluu sairaanhoitajan tehtäviin. (Opetusministeriö 2006:24, 69.) Helle - Kuusjoen (2005, 49-50) tutkimuksen mukaan jatkuva tiedon päivittämi-

nen nähtiin välttämättömäksi työn hallinnan kannalta. Päivitetty tieto auttoi pysymään ajan tasalla muun muassa uusien hoitomuotojen ja lääkkeiden osalta. Tietoja päivitettiin hakeutumalla koulutuksiin, hakemalla tietoa internetistä ja alan kirjallisuudesta.

Sairaanhoitajien oman lääkehoidon osaamisen itsearviointi on perusta laadun kehittämislle hoitotyössä. On todettu, että lääkehoidon täydennyskoulutus lisää sairaanhoitajien tietoa lääkkeiden haittavaikutuksista ja parantaa niiden tarkkailua. Sairaanhoitajat hakevat useimmiten tietoa lääkehoidosta kirjoista ja konsultoivat toisia sairaanhoitajia sekä farmasian henkilöstöä. Hoitohenkilöstölle suunnatut koulutusohjelmat tukevat terveydenhuollon organisaatiota lääkehoidon turvallisuuden parantamisessa. Hoitotyössä henkilöstökoulutuksen keskeinen tehtävä on tarvittavan osaamisen ylläpitäminen ja vahvistaminen. (Kaskinen 2005, 15). Täydennyskoulutusten tulee olla suunniteltu niin, että ne tuottavat toimipaikassa tarvittavaa osaamista. Veräjänkorvan tutkimuksessa (2003, 46, 126) sairaanhoitajat kokivat lisäkoulutuksen tarvetta kaikista lääkehoidon teoreettisista ja käytännön taidoista.

Lähihoitajien opetussuunnitelman mukaan, valmistuneella lähihoitajalla on perustiedot eri lääkeaineryhmistä ja yleisistä lääkkeiden sivuvaikutuksista ja hän hallitsee erilaiset lääkkeenantotavat ja osaa tarkkailla lääkkeiden vaikutusta ja sivuvaikutuksia potilaassa. Lähihoitajan on osattava noudattaa lääkehuoltoa koskevia säädöksiä ja niiden asettamia rajoituksia ja vaatimuksia. Lääkehuoltoa toteuttaessa hänen on osattava noudattaa työ- ja ympäristön-suojelua ja aseptiikkaa. (Opetushallitus 2001.) Asiakkaiden tarvitseman lääkehoidon vaativuustaso vaihtelee toimintaympäristön mukaan. Perustason lääkehoito-osaamiseen voidaan katsoa kuuluvan lääkärin määräämän lääkityksen käytännön toteuttamisessa tarvittava perustietous ja yleinen lääkeainetietous. Lähihoitajan koulutuksessa eri sairauksien hoidossa käytettäviä lääkkeitä ja niiden vaikutuksia sekä yhteis- ja haittavaikutuksia käsitellään yleisimpien kansansairauksien hoidon edellyttämässä laajuudessa. Perinteisesti sairaanhoitajille kuuluneita lääkehoidon työtehtäviä siirretään jatkuvasti lähihoitajille. Vaikka lähihoitajan koulutus antaakin valmiudet perustason lääkehoitotehtäviin, STM:n opas suosittelee varmistamaan työtehtävien edellyttämän lääkehoito-osaamisen ja järjestämään tarvittaessa täydennys- ja lisäkoulutusta. Lähihoitajan luvanvaraisiksi tehtäviksi suositellaan lääkeruiskeen antamista ihon alle ja lihakseen, lääkkeiden tilaamista ja lääkkeettömän infuusiopussin vaihtamista. (Tokola 2006, 132-135.)

Yli 65-vuotiaiden ihmisten lääkkeidenkäyttö on lisääntynyt huomattavasti. Erityisen nopeasti on kasvanut kipu- ja psyykenlääkkeiden käyttö. Lääkkeiden käytön yleistyessä on lisääntynyt samanaikaisesti käytettyjen lääkkeiden määrä. WHO:n suositusten mukaan iäkkäillä ihmisillä saisi olla korkeintaan viisi lääkettä käytössään. (Lumme-Sandt 2002, 157.) Yli viittä lääkettä käyttää samanaikaisesti todennäköisimmin 85 vuotta täyttänyt, monisairas valvotun kotisairaanhoidon piirissä oleva henkilö, joka kokee terveydentilansa heikoksi. (Hartikainen & Linja-

kumpu 2004, 169.) Kotihoidon asiakkaaksi päätyvät tavallisesti iäkkäät henkilöt, jotka eivät selviä lääkehoidon tehtävistä itsenäisesti. Avun tarve kasvaa jos asiakas on kognitiivisesti heikentynyt, dementoitunut tai sairastaa vaikeaa somaattista sairautta. Avun tarpeen ollessa suurimmillaan kotihoidon on hankittava asiakkaan kaikki lääkkeet apteekista, pidettävä niitä omassa varastossaan ja annosteltava kaikki annokset erillisillä käynneillä asiakkaalle. (Annaniemi, Ränkimies ym. 2009.) lääkstä monilääkittyä potilasta ei ole useinkaan tutkittu eikä hoidettu hyvin ja lääkkeiden haittavaikutukset voivat entisestään vaikeuttaa monisairaana iäkkään sairauksien tunnistamista. (Hartikainen & Linjakumpu 2004, 169.)

Farmakologista taitoa on vaikutusten seuranta. Lääkehoidon ongelmat tulevat helposti esiin iäkkäiden hoitotyössä. Lääkehoidon ongelmia ovat esimerkiksi haittavaikutukset. Lääkkeiden haittavaikutuksilla tarkoitetaan haitallista ja tahatonta vaikutusta. Tämä ilmenee sairauden ehkäisyyn, taudin määritykseen, hoitoon tai fysiologisten toimintojen säätelyyn käytetyn tavanomaisen lääkeannoksen yhteydessä. Lääkkeiden haittavaikutuksiin eivät kuulu yliannosteluun ja myrkytyksiin liittyvät oireet ja löydökset. (Neuvonen ym. 2002, 809.)

Lääkkeiden haittavaikutusten määrä on laaja ja useimmat ovat iäkkäillä hyvin tunnettuja ja odotettuja. Joskus haittavaikutukset voivat kuitenkin olla ennustamattomia. Tällaisia haittavaikutuksia ei ole todettu lääkeaineen kliinisissä tutkimuksissa. Haittavaikutusten määrää vähentävät mm. lääkkeiden kliiniset tutkimukset, lääkeaineiden kehittäminen vaikutuksiltaan, lääkkeiden valvonta, lääkkeiden ohjeiden kehittäminen koskemaan ikääntyneiden hoitoa käsittävät erityisohjeet sekä huolellisuus lääkkeitä määrätessä ikääntyneille. (Kivelä 2004, 53-54.)

Iäkkäiden haittavaikutusten todennäköisyys arvioidaan 2-3 -kertaiseksi nuorempiin verrattuna. Erityisesti keskushermostolääkkeiden haittavaikutukset korostuvat ja ongelmallista on myös antikoagulanttihoito, jossa sekaannukset lääkkeiden otossa voivat olla kohtalokkaita. (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Sulkava 2001, 326.) Haittavaikutukset voivat olla vanhuksilla erityyppisiä kuin työikäisillä. Muun muassa väsymys, huonovointisuus, yleiskunnon romahtaminen, muistin heikkeneminen ja pahoinvointi ovat yleisiä haittavaikutusoireita ja nämä voidaan tulkita sairaudeksi tai tavanomaisista vanhenemisistä johtuviksi. Haittavaikutukset voivat jäädä tunnistamatta ja jatkua pitkäänkin. (Kivelä 2004, 55-56.) Lääkkeiden haittavaikutukset ovat erittäin yleisiä iäkkäiden keskuudessa ja monet tekijät johtavat tähän. Useat iäkkäät ovat monisairaita ja tarvitsevat monia lääkeaineita asianmukaisessakin hoidossa. Tämä johtaa siihen, että lääkkeiden yhteisvaikutusvaara kasvaa. Ohjeiden noudattaminen voi olla hankalaa monien päivittäisten lääkeaineiden käyttämisen takia. Lääkäreille ja kotisairaanhoidajille voi syntyä virheellisiä käsityksiä asiakkaiden käyttämistä lääkkeitä puutteellisten tai sekavien lääkelistojen vuoksi. Myös pysyvän hoitosuhteen puute voi johtaa ongelmiin. Hoitosuhteet

moniin eri lääkäreihin saattaa aiheuttaa jopa samojen lääkeaineiden päällekkäisyyden. (Kivelä 2004, 54-55.)

Ikääntyneiden lääkehoidon keskeisiin tavoitteisiin kuuluu lääkkeiden haittavaikutusten ehkäiseminen, poistaminen ja tunnistaminen. Haittavaikutukset heikentävät ikääntyneiden elämänlaatua sekä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, johtavat osaltaan myös laitoshoidon tarpeeseen. (Kivelä 2004, 55-56.) Lääkehoitoa aloittaessa ja suunniteltaessa hyödyn suhdetta lääkkeen aiheuttamiin haittavaikutuksiin tulee arvioida. (Veräjänkorva ym. 2006, 17.)

Suomessa perustettiin lääkkeiden haittavaikutusrekisteri lääkintöhallitukseen vuonna 1966. Lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen toiminta on jatkunut lääkelaitoksessa. Lääkelaitoksen haittavaikutusrekisteriin tulee ilmoittaa lääkkeen käyttöön liittyvistä todetuista tai epäilyistä haitoista erityisesti seuraavissa tapauksissa: vakavat haittavaikutukset (kuolemaan johtaneet tai hengenvaaralliset reaktiot), vammautumiseen johtaneet tai toimintakykyä haittaavat reaktiot, entuudestaan tuntemattomat haittavaikutukset niiden vaikeudesta riippumatta sekä lääkkeiden samanaikaisesta käytöstä johtuvat haittavaikutukset. Haittavaikutusrekisterin avulla pyritään lääkehaittojen mahdollisimman varhaiseen tunnistamiseen. (Nurminen 2006, 523-524.)

Sairaanhoitajalta vaaditaan riittäviä lääkelaskentataitoja, jotta voitaisiin välttää kalliit ja potilaalle vahingolliset lääkeannosvirheet. Lainsäädännön mukaan työpaikan tulee järjestää hoitohenkilökunnalle täydennyskoulutusta ylläpitämään ammattitaitoa. Grandell-Niemen 2005, tutkimuksessa (The Medication Calculation Skills on Nursing Students and Nurses) sairaanhoitajat arvioivat lääkelaskentataitojensa olevan kohtuulliset, mutta farmakologia on koettu vaikeaksi. Sairaanhoitajien taidot olisi hyvä tarkistaa säännöllisin väliajoin, jotta mahdollinen lisäkoulutustarve sekä ammatillinen pätevyys pystyttäisiin toteamaan. (Grandell-Niemi 2005, 4, 14-15.) Lehtosen (2007, 51,53.) tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkelaskennan peruslaskutaidot ovat puutteelliset. Sairaanhoitajaopiskelijoille tehdyssä lääkelaskennan lähtötasotestissä ilmeni peruslaskutoimituksen hallintaan, matemaattisen ongelman hahmottamiseen sekä yksikönmuunnoksiin liittyviä virheitä.

2.1.3 Eettiset taidot

Käytännön hoitotyössä etiikka välittyy ammatillisen moraalina käyttöön hyväksytyjen periaatteiden ja standardien kautta. Turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa korostuvat eettisinä periaatteina potilaan hyvinvoinnin lisääminen, vahinkojen välttäminen huolellisuus ja totuudellisuus sekä potilaalle ja työyhteisölle että itselle. Sairaanhoitajan tiedot, taidot ja vastuut muodostavat tiiviin yhteyden heidän lääkehoitotaitoissaan. He toteuttavat eettisiä periaatteita ja ymmärtävät asiakkaalle lääkehoidosta koituvat seuraamukset. (Veräjänkorva 2003, 27.)

Sairaanhoitajan laadukas kirjaaminen ilmentää sairaanhoitajan eettistä työskentelytapaa. Laadukkaalla kirjaamisella on keskeisiä kriteerejä, jotka ovat loogisuus ja selkeys, asiakkaan tai potilaan neuvontaa ja hoitoa koskevien asioiden esiintuominen sekä hoidon vaikuttavuuden arviointi. Eri hoitoyksiköissä kirjaamistavat voivat vaihdella. Sairaanhoidossa potilaan ongelmien ja hoitojen luonne ohjaavat kirjaamista, sekä hänen psyykkinen ja fyysinen tilansa. (Lauri 2006, 111.) Laadukas hoitotyön kirjaaminen on systemaattista ja tavoitteellista, siinä käsitellään hoidon kannalta oleellisia asioita. Kirjaaminen sisältää hoitotyön tavoitteet, joiden avulla ilmaistaan mihin pyritään. (Autere, Kilkku, Paavola, Selander 2009:2, 24.) Useat tutkijat ovat tuoneet esiin sen, että hyviin hoitotyön tuloksiin vaikuttaa hyvä kirjaaminen. (Voutilainen 2004, 25.)

Potilasasiakirjoihin on merkittävät tiedot lääkehoidon tarpeesta, lääketieteellisistä perusteista sekä lääkemääräyksestä ja annetusta hoidosta. Asiakirjoihin on dokumentoitava mm. lääkkeen nimi, määrä, antomuoto, kerta- ja vuorokausiannos ja antotapa, päivämäärä ja kellonaika, lääkkeen antajan nimi sekä lääkkeen määränneen lääkärin nimi. Luotettava dokumentointi on perustana potilaan hoitoa koskeviin ratkaisuihin. Hoitohenkilökunnan sekä potilaan itsensä havaitsemat haittavaikutukset dokumentoidaan ja raportoidaan hoitavalle lääkärille. (Veräjänkorva ym. 2006, 44-45.) Lääkäriä konsultoidessa ja lääkärille raportoidessa lääkehoitoon liittyvät merkinnät ja tapahtuma-aika merkitään asiakirjoihin huolellisesti. Myös lääkehoidon vaikutusten arviointi tulee kirjata potilasasiakirjoihin huolellisesti. (STM 2005:32, 60.) Dokumentoinnilla varmistetaan hoidon jatkuvuus ja tiedonkulku hoitohenkilökunnan ja eri hoitoyksiköiden välillä. Terveystuollon työntekijöille potilasasiakirjoihin tehdyt riittävät ja huolelliset merkinnät ovat tärkeitä. Heidän velvollisuutensa on antaa Terveystuollon oikeusturvakeskukselle tai läänihallitukselle tarvittaessa selvitys lääkkeen määräämisestä ja lääkehoidon toteuttamisesta. (Veräjänkorva ym. 2006, 44-45.)

Diakonia-ammattikorkeakoulussa tehdyn opinnäytetyön tulosten mukaan esimerkiksi työvuosien määrällä tai ammattitutkinnolla ei ole suurta merkitystä hoitajien omakohtaiseen kokeemukseen hyvästä kirjaamisesta. Hyvän kirjaamisen merkkeinä pidettiin kirjaamisen selkeyttä ja asiallisuutta. Tulosten perusteella tiedon ja koulutuksen puute olivat esteenä hyvälle kirjaamiselle. (Spanow & Tirranen 2002.)

Läkehoidossa tapahtuvat virheet synnyttävät useita eettisiä kysymyksiä. Tällaisia kysymyksiä ovat esimerkiksi vahingon aiheuttaminen potilaalle, virheiden paljastamiseen liittyvät ongelmat, luottamuksen menettäminen ja vaikutukset hoidon laadulle. (Veräjänkorva 2003, 29.) Läkehoidon virhe määritellään normaalista poikkeamiseksi tai epätarkkuudeksi. Virheet voidaan luokitella eri kategorioihin, joita ovat laiminlyönti, vahvistamaton lääkkeen antaminen, väärä annos, väärä annostelutapa, väärä arvio, väärä annostelumuoto, virheellinen lääkkeen

valmistaminen sekä väärä annostelutekniikka. Myös lääkkeen annostus, joka poikkeaa potilaan sairauskertomuksen kirjatusta lääkärin määräyksestä, on lääkehoidon virhe. Tarkoituksellisesti tai tahattomasti tapahtunut virheellinen toiminta tai tehtävän laiminlyönti voidaan erottaa toisistaan. Lääkehoidon virheitä voidaan luokitella joko niitä aiheuttaneiden syiden tai niistä aiheutuneiden seurausten perusteella. Virheitä voidaan myös luokitella seurausten perusteella: a) virheet jotka johtavat kuolemaan, b) virheet, jotka eivät aiheuta potilaalle vahinkoa ja c) virheet, jotka ovat hyödyllisiä potilaan hoidon kannalta. (Veräjänkorva 2003, 19.)

Lääkehoidon virheet johtuvat lääkäreistä, järjestelmästä, lääkintätaidoista ja inhimillisistä syistä sekä tietojen puutteista. Lääkehoidon virheet ovat usein rutiinivirheitä, joita tapahtuu päivittäin kaikkialla missä lääkehoitoa toteutetaan. Niiden voidaan katsoa tapahtuvan tahattomasti, eikä tarkoituksena ole tuottaa vahinkoa potilaalle. Lääkehoidon virheitä selittävät myös puutteellisesti annettu informaatio, välineisiin liittyvä virhealttius, potilaiden samankaltaiset nimet, työskentelyn keskeytyminen, valmistusprosessin epätarkkuus ja puutteelliset tilat, aikapula, riittämätön informaatio erityistä tarkkuutta vaativista lääkkeistä sekä heikot tiedot ja taidot. (Veräjänkorva 2003, 19.)

2.2 Lääkehoidon käytännön taidot

Tässä luvussa tarkastellaan lääkehoidon käytännön taitoja soveltaen Veräjänkorvan (2003) näkemystä käytännön taidoista. Käytännön taidot koostuvat lääkehoidon toteuttamisen ja asiakkaan ohjaamisen taidoista.

2.2.1 Lääkehoidon toteuttamisen taidot

Asiakkaan lääkehoitoprosessi käynnistyy siitä, kun lääkäri antaa määräyksen lääkehoidosta. Lääkehoito voidaan jakaa kahteen eri vaiheeseen: lääkkeen määräämiseen sekä lääkehoidon toteuttamiseen. Lääkehoitoprosessin käynnistyminen alkaa yleensä siitä, kun sairaanhoitajat tekevät havainnon ja arvioivat asiakkaan muuttunutta tilaa. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat lääkärin ja sairaanhoitajien tavat kommunikoida. Puhelimitse sekä myös suullisesti annettuihin lääkemääräyksiin liittyy riski kuulla tai ymmärtää väärin. (Veräjänkorva 2003, 32.) Lääkäri arvioi lääkehoidon tarpeen säännöllisesti uudelleen, minkä perusteella hoitoa muutetaan tarpeen mukaan. (STM 2005: 32, 60.)

Lääkityksen arviointi ja muutokset lääkityksessä tehdään hoitavan lääkärin valvonnassa ja vastuulla, mutta siihen osallistuvat myös muut työntekijät. On selvitettävä kykeneekö potilas itsenäiseen lääkehoitoon, tarvitseeko tai kykeneekö käyttämään esimerkiksi lääkeannostelijaa vai pitäisikö vastuu lääkehoidosta siirtää potilaan läheiselle tai kotihoitoon työntekijälle. Silmätippojen laitto, insuliinin tai muiden ihon alle annosteltavien lääkkeiden pistäminen ja hengitysteihin annosteltavien lääkkeiden käyttötaidot on syytä tarkistaa. (Klaukkala, Helin-

Salmivaara, Huupponen, Idänpää-Heikkilä, 2006, 4353.)Lääkäri vastaa lääkkeiden määräämisestä sekä lääkemääräysten oikeellisuudesta ja siten lääkehoidon kokonaisuudesta. Lääkäriin tehtävänä on huomioida lääkehoidon toteutettavuus määrätessään lääkettä. Tämä tarkoittaa moniammatillisen osallistumisen ja yhteistyön huomioimista toteuttaessa lääkehoidoa.(Superliitto.fi, 4,6).

Sairaanhoitajan tulee ymmärtää lääkehoidon prosessi ja lääkehoidon merkitys potilaan hoidon kokonaisuuden kannalta. Sairaanhoitaja toteuttaa lääkärin määräämän lääkehoidon ja seuraa lääkehoidon vaikutuksia ja vaikuttavuutta. Sairaanhoitaja osaa kanyloida perifeerisen laskimon ja osaa toteuttaa nestehoidon, potilaan laskimoon annettavan lääkehoidon ja verensiirron valmisteluun liittyvät toimenpiteet, potilaan valmistelemisen näihin hoitoihin sekä potilaan tarkkailun nestehoidon ja verensiirron aikana ja niiden jälkeen. Sairaanhoitaja toteuttaa myös sentraalisen lääke- ja nestehoidon. (Opetusministeriö 2006:24, 69.)

Lääkehoidon hoitotoiminnot edellyttävät sairaanhoitajilta monipuolista osaamista. Osaaminen muodostuu tiedoista, taidoista ja asenteista. Hoitotoiminnoissa kompleksisuutta voi lisätä se, että ne edellyttävät tarkkuutta, sujuvuutta ja taitoja yhdistää monia tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä riittävän potilasturvallisuuden takaamiseksi. (Veräjänkorva 2003, 16.)

Hildenin (1999) tutkimustulosten mukaan työyhteisöt edellyttävät sairaanhoitajilta muu muassa kykyä käyttää monipuolisesti hoitotyön auttamismenetelmiä. Lisäksi työyhteisöt edellyttävät sairaanhoitajilta hyviä muutoksenhallinta-, päätöksenteko-, suunnittelu-, kehittämis- ja arviointitaitoja sekä kykyä itsenäiseen työskentelyyn. Lisäksi sairaanhoitajilta edellytetään vahvaa oman erikoisalalan tiedonhallintaa ja tiedon soveltamistaitoja. Tällä hetkellä sairaanhoitajat pystyvät vastaamaan työyhteisöjen odotuksiin ainoastaan itsenäisen työskentelyn osa-alueella. Vaikka sairaanhoitajat arvostavat omaa ammattiaan ja omaa työtänsä varsin korkealle ja vaikka sairaanhoitajien auttamistaidot, päätöksentekotaidot sekä asiakaspalvelutaidot ovat hyvät, eivät ne kuitenkaan vastaa työyhteisöjen odotuksia. Tutkimustuloksista ilmeni se, että sairaanhoitajien mielestä työyhteisöt edellyttävät heiltä huomattavasti parempaa ammatillista pätevyyttä kuin mitä heillä tällä hetkellä on.

Perusterveydenhuollossa vastuuhoidtaja vastaa hoidon kokonaisuuden koordinoinnista ja tiedon ajantasaisuudesta, koska hän tuntee asiakkaan elämäntilanteen. (STM 2003:18, 57.) Koordinoidun hoidon toteutumisen edellytyksenä ovat kirjallinen hoitosuunnitelma, suullinen tiedottaminen, potilaan toiveiden kirjaaminen sekä suunnitelman mukainen toiminta. Vastuuhoidtaja on mahdollisimman suoraan vuorovaikutuksessa hoitoon osallistuvien eri osapuolten kanssa; hän on yhteydessä lääkäriin ja omaisiin. Vastuussa oleminen ja vastuuseen sitoutuminen edellyttävät vastuuhoidtajalta selkeää käsitystä siitä, mikä on hoitotyön perustehtävä. Perustehtävä määrittelee sen, miksi koko ammatti on olemassa ja miksi ihmiset tarvitsevat hoito-

työtä. Vastuuhoitajan ensisijainen tehtävä on asiakkaiden hoitotyön tarpeisiin vastaaminen. (Haapala & Hyvönen 2001, 5.) Vastuuhoitaja asettaa hoitotavoitteet joko itsenäisesti tai yhteistyössä muiden kanssa. (Puolakka 2002, 16.) Vastuuhoitajan tehtävän vastaanottaminen tuo velvollisuuden toteuttaa ja vastata tehtävän tuomaan haasteeseen. Se, miten paljon vastuuhoitaja pystyy ottamaan vastuuta, riippuu hänen ammatillisista valmiuksista sekä organisaation edellytyksistä. (Haapala & Hyvönen 2001,8.)

Lääkehoidon vaikutuksia ja tehoa arvioitaessa verenpaineen mittausta kuuluu hoitajan tekemiin perusselvityksiin. Esimerkiksi verenpainelääkkeiden annostusta voi olla syytä pienentää farmakoginetiikan ja -dynamiikan muutosten vuoksi. Myös muut käytössä olevat lääkkeet voivat laskea verenpainetta. 75 vuotta täyttäneelle henkilölle tulisi pelkän istumapaineen sijaan tehdä ortostaattinen koe. Verenpaine mitataan potilaan ollessa makuulla, istuen ja seisten. Seisoessa mitatut lukemat ovat lääkityksen säännöstelyn kannalta merkittävämpiä, sillä ortostaattinen hypotonia aiheuttaa huimausta ja lisää kaatumisvaaraa. Pelko kaatumisesta puolestaan rajoittaa liikkumista ja näin potilas menettää toimintakykyään. (Klaukkala ym. 2006, 4353.)

2.2.2 Asiakkaan ohjaamisen taidot

Pätevällä sairaanhoitajalla on kyky opettaa, ohjata ja informoida niin henkilökuntaa, opiskelijoita kuin potilaita ja potilaiden omaisia. Ohjaus vaatii ohjaajalta ohjausprosessin asiantuntijuutta. Tämä edellyttää tietoa ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja ohjausmenetelmistä. (Lahti 2006, 21-22.) Sairaanhoitaja ohjaa asiakasta lääkehoidossa, sitoutumisen edistämiseksi, tunnistaa lääkehoitoprosessiin liittyvät riskikohdat ja käyttää lääkityspoikkeamista koottua tietoa lääkehoitoprosessin kehittämiseksi. (Opetusministeriö 2006:24, 69.) Ilman farmasian ja farmakologian lääkehoidon periaatteidentuntemusta on lääkeinformaation anto heikolla pohjalla. (Veräjänkorva 2003, 38.) Opettaminen ja ohjaaminen ovat etukäteen suunniteltua toimintaa, joka vaikuttaa ohjattavan käyttäytymiseen. Opettaminen ja ohjaaminen lähtevät ohjattavan tarpeista. (Lahti 2006, 21-22.) Asiakkaan kysely lääkityksestä on merkki tiedon riittämättömyydestä ja tähän tarpeeseen on pyrittävä vastaamaan. (Veräjänkorva 2003, 38.)

Lääkehoito toteutuu vasta sitten kun asiakas on ymmärtänyt sen tavoitteet ja sitoutunut niihin, näin ollen lisäämässä lääkehoidon turvallisuutta. Hänen informaation vastaanottamistaan ja ymmärtämistään tulee seurata. Mahdollisimman turvallisen ja tarkoituksenmukaisen lääkehoidon toteutumisen edellytyksenä on asiakkaan tietous käyttämistään lääkkeitä. Asiakas tarvitsee tiedon käyttötarkoituksesta, kuinka kauan lääkettä käytetään, miten ja kuinka usein lääkettä otetaan, mahdolliset erityisvaatimukset, yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden ja alkoholin kanssa sekä oleelliset haittavaikutukset ja toimintaohjeet niiden varalle. Martens

(1998) on havainnut tutkimuksessaan hyvän lääkehoidon ohjauksen perustuvan sekä suullisesti että kirjallisesti annettuun ohjaukseen. (Veräjänkorva 2003, 38.)

Systemaattisen, hyvin järjestetyn ohjauksen on todettu olevan yhteydessä etenkin iäkkäämpien henkilöiden lääkehoitoon sitoutumiseen. Lääkehoitoon sitoutumattomuus saattaa johtaa hoidon epäonnistumiseen ja voimavarojen hukkaamiseen. Sitoutumattomuuden syitä ovat haittavaikutusten lisäksi huonomuistisuus, fyysiset vaikeudet ja sosiaalisen tuen puute. Sitoutumista voidaan parantaa tehostamalla potilaiden ohjausta kirjallisten ohjeiden avulla. Veräjänkorvan (2003) tutkimuksessa asitellyn Knestoutin ja Clarkin (1997) tutkimustulosten mukaan, asiakkaan sitoutuminen lääkehoitoon tehostuu, mikäli hänet opetetaan jakamaan itse lääkkeensä joko päivä- tai viikkoannostelijaan. Fulmer, Feldman, Kim ym. (1999) ovat puolestaan todenneet, että kotihoidossa olevan asiakkaan muistuttaminen lääkkeenotosta puhelimitse lisää lääkehoitoon sitoutumista. Myös kustannusvaikutukset ovat pienemmät verrattuna sairaanhoitajien tekemiin kotikäynteihin ja esitetyttyjen lääkedosettien käyttöön. (Veräjänkorva 2003, 39.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Vantaan Myyrmäen ja Martinlaakson kotihoidon lääkehoidon nykytilannetta kotihoidon sairaanhoitajien näkökulmasta. Kartoituksen perusteella voidaan tunnistaa lääkehoidon kehittämiskohteet.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisena lääkehoidon osaaminen ilmenee kotihoidossa?

Tässä opinnäytetyössä sillä tarkoitetaan kotihoidon henkilökunnan farmakologisia taitoja, sekä lääkehoidon dokumentoinnin toteutumista kotihoidossa.

2. Kuinka hyvin kotihoidon henkilöstö noudattaa lääkehoidon ohjeita ja säädöksiä?

Tässä opinnäytetyössä sillä tarkoitetaan lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutumista kotihoidossa sekä vastuiden ja velvollisuuksien jakautumista lääkehoidon osalta kotihoidossa.

4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUMINEN

4.1 Kuvaus Vantaan kotihoidosta

Vantaan kaupungin kotihoito tukee asukkaita, jotka eivät pärjää omassa kodissaan itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelujen avulla. Kotihoito neuvoo, ohjaa, hoitaa ja kuntouttaa asiakkaitaan. Kotihoitoa järjestetään kaikkina viikonpäivinä ja myös suunnitellut yökäynnit ovat mahdollisia. Palveluja saadakse asiakkaita varten kaupungin hyväksymät kriteerit. Kotihoidon palveluja haetaan ottamalla yhteyttä kotiutushoitajaan tai oman alueen tiimiin. Kotikäynnillä palvelujen tarve arvioidaan yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Asiakkaalle tehdään yksilöllinen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma, jossa sovitaan annettavista kotihoidon palveluista. Kotihoito on maksullista palvelua. (Vantaa-kotihoito.)

Suurin osa kotihoidon asiakkaista on ikääntyneitä. Vuodesta 1973 lähtien Vantaan väestöstä yli 65-vuotiaiden osuus on kasvanut tasaisesti. Vuoteen 2009 mennessä yli 65 vuotta täyttäneiden osuus on 2,5-kertaistunut ja nykyisin useampi kuin joka kymmenes vantaalainen on yli 64-vuotias. Vantaan väestöstä yli 65 vuotta täyttäneitä oli yhteensä 21622 henkilöä vuoden 2009 loppuun mennessä. Myyrmäessä yli 65-vuotiaita oli vuoden 2009 loppuun mennessä 2773 ja Martinlaaksossa 1784. (Calenius 2009, 5, 26.)

Kotihoidon ikääntyneillä asiakkailla on pulmana selviytyä itsenäisesti lääkehoidostaan. Heidän avun tarpeensa kasva, kun asiakas on kognitiivisesti heikentynyt, dementoitunut tai sairastaa vaikeaa somaattista sairautta. Avun tarpeen ollessa suurimmillaan, kotihoidon on hankittava asiakkaan kaikki lääkkeet apteekista, pidettävä niitä omassa varastossaan ja annosteltava kaikki annokset erillisillä käynneillä asiakkaalla. (Annanmäki, Ränkimies ym. 2009.)

Vantaan Myyrmäen kotihoidossa toimii kuusi tiimiä ja Martinlaakson kotihoidossa kolme. Vantaan kotihoidossa on käytössä lääkehoitosuunnitelma, joka on päivitetty vuoden 2009 lopulla. Lääkehoitosuunnitelma sisältää seuraavat asiat: Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuut ja velvollisuudet ja työnjako, lupakäytännöt, lääkehuolto, lääkkeiden jakaminen ja antaminen, potilaiden informointi ja neuvonta, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi ja tiedonkulku sekä seuranta- ja palautejärjestelmät. Lääkehoitosuunnitelman tehtävänä on ohjata lääkehoidon toteutumista.

4.2 Tutkimushenkilöiden valinta ja kuvaus

Opinnäytetyön tutkimushenkilöt valittiin Myyrmäen ja Martinlaakson kotihoidon tiimien sairaanhoitajista. Tutkimushenkilöt valittiin umpimähkäistä otantaa käyttäen arpomalla. (Heikkilä 2004, 36.) Saimme nimilistan Myyrmäen ja Martinlaakson kotihoidon sairaanhoitajista. Lai-

toimme Myyrmäen kotihoidon sairaanhoitajien nimilaput hattuun, josta poimimme neljä sairaanhoitajaa tutkimushenkilöiksi. Samalla tavalla arvoimme Martinlaaksosta kaksi sairaanhoitajaa tutkimushenkilöiksi. Kotihoidon esimiehen kanssa sovittiin tutkimushenkilöiden lukumäärä. Tutkimushenkilöiden tiimien asiakasmäärät vaihtelivat 54 ja 70 välillä. Tutkimushenkilöiden työkokemus kotihoidosta vaihteli seitsemästä kuukaudesta kahteentoista vuoteen.

Sovimme haastatteluajat sähköpostitse sairaanhoitajien kanssa. Lyhyen varoitusaajan ja työnsuhteen kiireisen vuodenajan vuoksi haastatteluajkojen sopiminen oli haasteellista.

4.3 Opinnäytetyön aineistonkeruun ja analyysin kuvaus

Opinnäytetyön aineistonkeruun menetelmäksi valitsimme teemahaastattelun, koska halusimme aineistoksi sairaanhoitajien henkilökohtaisia kokemuksia lääkehoidon toteutuksesta. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan olimme suunnitelleet haastattelun etenevän keskeisten teemojen varassa. Valitsimme teemoiksi kotihoidon henkilökunnan kuvauksen farmakologisista taidoista, lääkehoidon dokumentoinnin toteutumisen, lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutumisen ja vastuiden ja velvollisuuksien jakautumisen lääkehoidon osalta kotihoidossa. Teemojen keskeiset kysymykset olimme määritelleet ennalta aineiston saamisen turvaamiseksi, mutta saatoimme haastattelutilanteessa vaihdella kysymysten sanamuotoa luovasti. Sairaanhoitajat saivat vastata omin sanoin kysymyksiin. (ks. Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48,35.)

Ennen haastatteluja lähetimme haastateltaville tutkimuskysymykset ja teemat, jotta he saivat valmistautua haastattelutilanteeseen. Arvioimme haastatteluajan kestävän tunnista puolelentoista tuntiin, jonka ilmoitimme tutkimushenkilöille. Haastattelut kestivät keskimäärin 45 minuuttia. Haastattelimme sairaanhoitajia 17.12.2009- 14.1.2010 välisenä aikana.

Analyysiprosessissa sovelsimme induktiivista sisällönanalyysiä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Analyysiprosessiin sisältyi haastattelujen nauhoittaminen, haastattelunauhojen kuuntelu, kirjoittaminen ja kirjoitettujen haastatteluiden lukeminen ja analysointi. Litteroitua aineistoa kertyi 50 sivua. Keskustelimme aineistosta ja ensimmäisen tutkimuskysymyksen analyysiyksiköksi määrittelimme sairaanhoitajan ajatuskokonaisuuden, jossa hän kuvasi farmakologisia taitoja ja lääkehoidon dokumentointia. Toisen tutkimuskysymyksen analyysiyksiköksi muodostui sairaanhoitajan kuvaus säädösten toteutumisesta ja vastuista ja velvollisuuksista.

Analyysiä jatkettiin poimimalla aineistosta analyysiyksiköt, jotka ryhmiteltiin teemoittain. Jokaiselle analyysiyksikölle nimesimme merkityksen ymmärtämällä analyysiyksikön mielen. Merkityksiä lukien meille muodostui käsitys merkitysten sisältöjen samankaltaisuudesta ja erilaisuudesta. Muodostimme alaluokat niistä merkityksistä, joiden sisällöt olivat samankalta-

sia. Näin aineisto pelkistyi. Samankaltaiset luokat yhdistettiin pääluokaksi (Liitteet 3-6). (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7.)

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä opinnäytetyössä lääkehoidon osaamista lähestyttiin seuraavista näkökulmista: kotihoidon henkilökunnan kuvaus farmakologisista taidoista, lääkehoidon dokumentoinnin toteutuminen kotihoidossa, lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutuminen kotihoidossa ja vastuiden ja velvollisuuksien jakautuminen lääkehoidon osalta kotihoidossa.

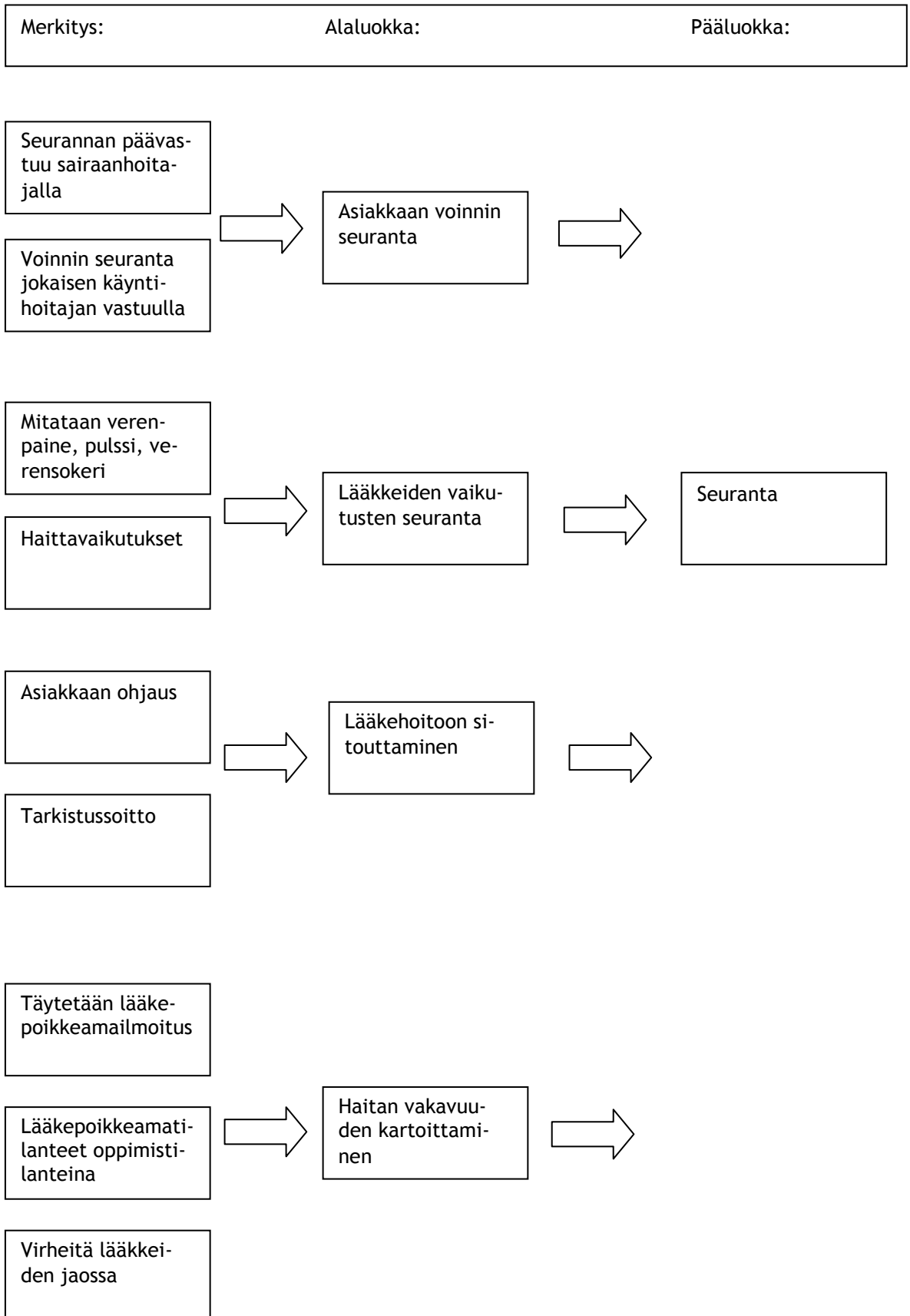
5.1 Lääkehoidon osaamisen ilmeneminen kotihoidossa sairaanhoitajan kuvaamana

Tässä opinnäytetyössä lääkehoidon osaamisella tarkoitetaan henkilöstön farmakologisia taitoja ja lääkehoidon dokumentoinnin toteutumista.

5.1.1 Kuvaus farmakologisista taidoista

Analyysin perusteella kotihoidon sairaanhoitajien farmakologisista taidoista muodostui yksi pääluokka, joka nimettiin seurannaksi. Seurannan alaluokiksi muodostuivat asiakkaan voimien seuranta, lääkkeiden vaikutusten seuranta, lääkehoitoon sitouttaminen ja haitan vakavuuden kartoittaminen. Kuviossa yksi on esitetty esimerkki henkilökunnan farmakologisten taitojen pääluokasta ja sen alaluokista.

Kuvio 1: Esimerkki kotihoidon henkilökunnan farmakologisten taitojen kuvauksen ala- ja pääluokista



Asiakkaan voinnin seuranta sisältää sairaanhoitajan vastuun ja että jokaisen lääkehoitoa toteuttavan hoitajan vastuulla oli seurata potilaan vointia käyntien yhteydessä. Kuvauksista ilmeni, että viime kädessä vastuu lääkehoidon seurannasta on sairaanhoitajalla. Vointia seurattiin mittaamalla asiakkaan verenpaine, pulssi ja verensokeri. Ilmeni että lääkemuutosten yhteydessä lääkäri antoi yleensä mittaus- ja seurantaohjeet, mistä häntä sitten konsultoitiin. Asiakkaiden, joiden lääkityksiin kuului lääkkeitä, joiden tiedetään aiheuttavan huomattavia sivuvaikutuksia, kiinnitettiin seurantaan erityistä huomiota.

”No sairaanhoitajan vastuullahan ne viime kädessä on. Jos jonkun nimi täytyy ottaa ni lääkärihän aina vastaa kaikesta mut lääkärihän ei tietysti pysty seuraamaan. Sairaanhoitaja on seuraava jonka pää on vadilla..”(Haastattelu 3.)

”Kaikki meidän tiimistä lähihoitajat ja sairaanhoitajat tekee tätä samaa että se joka siellä sitte käy ni hän sit kyselee ja arvioi, katsoo kuntoa ja muutenki et onkse ihan pökelyksissä, jos on joku kipulääke alotettu vaikka että panacodia menee vähä pöppeliks siitä tai muuta ja kysellään kaikki vatsantoiminnat ja muuta et..”(Haastattelu 1.)

Lääkkeiden vaikutusten seuranta koostui haittavaikutusten seurannasta ja asiakkaan voinnin seurannasta. Kuvauksesta ilmeni, että yleisimmiksi haittavaikutuksiksi nousivat huimaus, pahoinvointi, ruokahaluttomuus ja verenpaineiden heittelyt. Verenpainelääkkeiden aiheuttamana ongelmana pidettiin sitä, kun verenpainelääkettä lisättiin korkeiden verenpaineiden takia, niin lisäyksen jälkeen paineet laskivatkin liian alas.

”No esimerkiksi näissä, jos aattelee vaikka jotain Doneratioinia, ni se aiheuttaa yleensä ihmisellä voimakkaan pahoinvoinnin, päänsärkyä, ruokahaluttomuutta, niin siinä sitten lähdetään siitä kun huomataan näitä vaikutuksia niin ollaan yhteydessä lääkäriin ja jos lääkäreitä ei tavoiteta niin me joka tapauksessa puolitetään sitä annosta heti..”(Haastattelu 4.)

Itsenäiseen lääkehoidon toteuttamiseen ohjaamisella asiakas saatiin paremmin sitoutettua lääkehoitoon. Asiakasta ohjattiin dosetin käytössä, annettiin ruokavalio- ja Marevan- ohjausta ja asiakasta neuvottiin säännölliseen lääkkeenottoon. Haastatteluissa ilmeni käytäntö, missä asiakkaalle, joka ei kyennyt itsenäiseen dosetin käyttöön, jaettiin päivän lääkkeet kellonajoilla merkittyihin lääkelaseihin. Illalla voitiin vielä tehdä tarkistussoitto, millä varmistettiin että asiakas oli muistanut ottaa lääkkeensä.

”...Läkelaseihin on merkitty päivä klo 12 ja kello 16 ja 20. Että ne ovat selkeästi merkittyjä ja sitten voidaan tehdä vielä tarkistussoitto illalla, että oletko muistanut ottaa lääkkeet..”(Haastattelu 1.)

*"...yritetään aina pitää mielessä se, että mitä pidemmälle se asiakas pystyy itse toimi-
maan niin aina parempi. Jos hän on enemmän läsnä siinä omassa lääkehoidossansa niin
hän sitoutuu siihen paremmin, eli kerrotaan niistä lääkkeistä ja annetaan sitä oikeaa
informaatiota niistä vaikutuksista ja yritetään motivoida sitä asiakasta sii-
hen."*(Haastattelu 3.)

*"Tänään mä annoin sitte Spirivan käytön ohjausta ku se oli saanu jo terveydenhoitajalta
tää pappu mutta oli sitte unohtanu ni käytiin vielä läpi, että miten se toimii se laite it-
sessään ja näin ja."*(Haastattelu 2.)

Haitan vakavuuden kartoittaminen oli ensisijaisena tehtävänä lääkepoikkeamatilanteessa. Sairaanhoitaja kartoittaa ensisijaisesti haitan vakavuuden ja on tarvittaessa yhteydessä lääkäriin. Lääkepoikkeamailmoitus pyrittiin täyttämään jokaisen lääkepoikkeamatilanteen jälkeen. Huonon henkilöstötilanteen ja kiireen vuoksi ilmoitusten tekeminen saattoi jäädä tekemättä. Lääkepoikkeamailmoituksen täyttäminen koettiin mahdollisuudeksi, millä voitiin kartoittaa, missä prosessin vaiheessa vika on. Tiimin kesken läpi käytävät lääkepoikkeamatilanteet koettiin oppimistilanteina.

"Lääkepoikkeamatilanteissa tieteenki tehään se lääkepoikkeamailmoitus..." (Haastattelu 6.)

"Haastavassa henkilöstötilanteessa työntekijät ovat väsyneitä tekemään ilmoituksia ja ajattelevat, että näitä tulee ilman muuta kun on niin vähän henkilökuntaa."(Haastattelu 5.)

"...se on uusi tää lääkepoikkeamakaavake, että se ei oo ehkä menny ihmisten mieleen et sitä pitää käyttää. Se kaavake pitäs olla jossaki semmosessa kohtaa et mistä sen näkee, et ahaa tossa on se kaavake, että pitää käyttää. Sitte pitää aina muistuttaa, et sit ku joku mulle sanoo et on ollu tämmönen virhe dosetissa ja sit oon kysyny et, no että teitkö lääkepoikkeamakaavakkeen tai täytitkö niin, ainii joo on vastaus."(Haastattelu 2.)

"...et sillä ei oo tarkoitus hakee sitä syyllistä vaan se että katsoa sitä et missä meidän prosessissa on vika kun näitä pääsee syntymään..."(Haastattelu 3.)

Lääkevirheitä tuli eniten lääkkeiden jakamisessa. Virheet ilmenivät väärinä annoskokoina, sekaannuksina rinnakkaisvalmisteiden kanssa tai lääkkeen puuttumisena dosetista. Lääkkeiden ja lääkeaineiden heikko tunteminen aiheutti sekaannusta lääkkeiden jaossa. Virheiden ajatel-

tiin johtuvan kiireestä, henkilöstöpulasta, epäselvistä ja päivittämättömistä lääkelistoista, rauhattomista lääkkeenjako-tilanteista, osaamattomuudesta ja huolimattomuudesta. Sairaanhoidajien mielestä kiire ei saisi kuitenkaan olla synnä lääkehoidon virheisiin.

”Lääkkeenjaossa on ainaki meillä tullu ihan hirveesti virheitä.”(Haastattelu 5.)

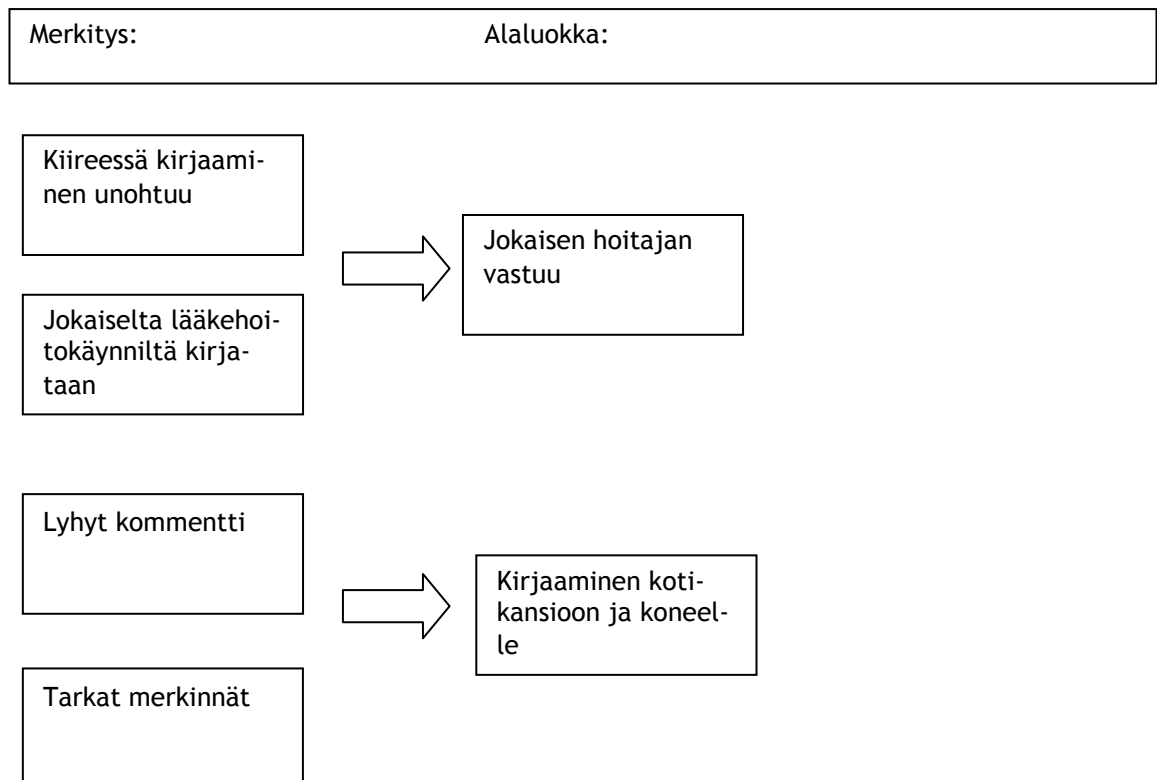
”Monenlaisia virheitä sattuu, ei voi sanoa että mikä on yleisin.”(Haastattelu 2.)

”.. eli jos esimerkiksi annos olisi 12,5 mg, tabletin vahvuus on 25 mg, niin annostele koko tabletin, eli puolta isomman annoksen”.(Haastattelu4.)

5.1.2 Lääkehoidon dokumentoinnin toteutuminen

Analyysin perusteella lääkehoidon dokumentoinnista muodostui kaksi alaluokkaa, jotka nimettiin jokaisen hoitajan vastuuksi ja kirjaamiseksi kotikansioon/ koneelle. Kuviossa kaksi on esitetty esimerkki lääkehoidon kirjaamiseen liittyvistä alaluokista.

Kuvio 2. Esimerkki lääkehoidon dokumentoinnin toteutumisen alaluokista



Kirjaaminen on asiakkaan luona käyvän jokaisen hoitajan vastuulla. Kuvauksista ilmeni, että hoitajan mennessä asiakkaan luokse, hän huolehtii kirjaamisesta kotikansioon ja toimistolla koneelle. Kiireessä joillakin on saattanut koneelle kirjaaminen kuitenkin unohtua. Yhtenä haasteena koettiin lääkärin osaamattomuus koneelle kirjaamisessa. Uutta ohjelmaa käyttäessä, lääkemuutosten yhteydessä lääkärit eivät välttämättä osanneet tehdä merkintöjä oikein. Kaikki lääkehoidossa tapahtuvat virheet kirjattiin koneelle ja niistä tehtiin lääkepoikkeamailmoitus. Kirjaamisessa käytettiin lyhyitä ja selkeitä kommentteja.

”Sitten käyntihoitajat, ihmiset jotka käyvät päivittäin asiakkaitten luona, ni heidän pitää kirjata näistä lääkepoikkeamista, mahdollisista sivuvaikutuksista, kaikesta mikä nyt on merkittävää niin ne pitää kirjata tonne asiakastietoihin.”(Haastattelu 6.)

”Me kirjataan kaikki, meidän tiimin työntekijät, sinne hoitotyön päivittäisiin merkintöihin.”(Haastattelu 1.)

”...ni mä kirjoitin siihe alle että norm kahdeksi viikoksi lj dosetteihin, joku tämmönen lyhyt kommentti.”(Haastattelu 5.)

”...jokainen laittaa nimensä tai puumerkkinsä päivämäärineen ja asiakkaan nimen että millon on jakanut lääkkeit sille asiakkaalle toimistolla.”(Haastattelu 4.)

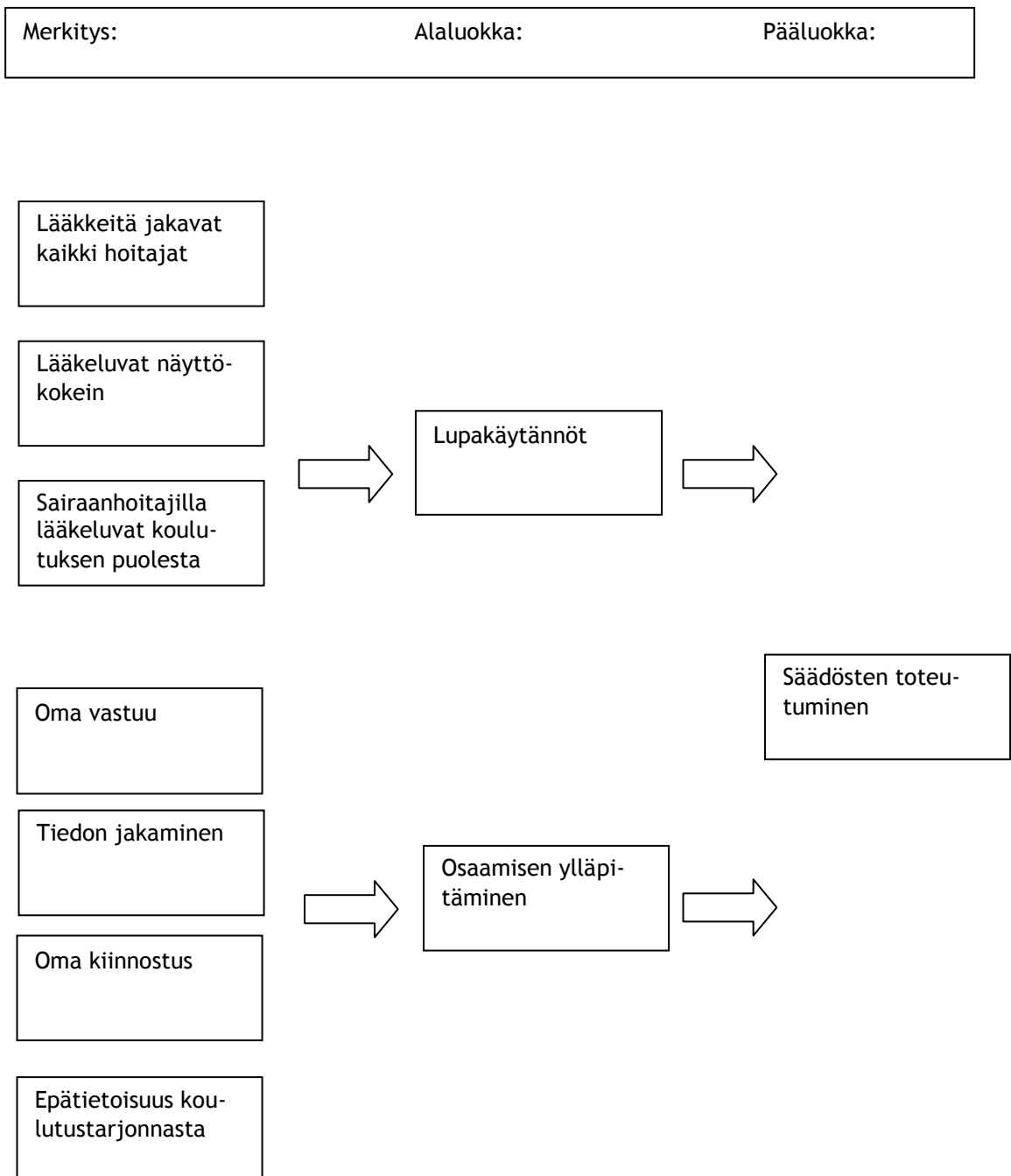
5.2 Lääkehoitoa ohjaavien lakien ja säädösten toteutuminen kotihoidossa

Tässä opinnäytetyössä lääkehoitoa ohjaavien lakien ja säädösten toteutumisella tarkoitetaan myös vastuiden ja velvollisuuksien jakautumista.

5.2.1 Lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutuminen

Analyysin perusteella lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutumisesta muodostui yksi pääluokka, joka nimettiin säädösten toteutumiseksi. Säädösten toteutumisen alaluokiksi muodostuivat lupakäytännöt ja osaamisen ylläpitäminen. Kuviossa kolme on esitetty esimerkki lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutumisen pääluokista ja niiden alaluokista.

Kuvio 3: Esimerkki lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutumisen ala- ja pääluokista



Lääkeluvat ovat kaikilla kotihoidon työntekijöillä lukuun ottamatta muutamaa kodinhoitajaa. Lääkkeitä jakavat kaikki lääkeluvan omaavat hoitajat. Lääkeluvat myönnettiin lähihoitajille ja kodinhoitajille näyttökokeilla, joita ennen oli sisäinen koulutus. Näyttökokeissa tarkistettiin, että lääkkeet oli jaettu oikein, aseptisesti ja huolellisesti tarkistaen. Insuliinipistoissa täytyi

näyttää kolme kertaa, että osasi pistää ja näistä oli myös kirjallinen tentti. Sairaanhoitajilla luvat olivat koulutuksen puolesta.

”... näyttää kolme kertaa esimerkiksi lääkkeenjaossa että on jakanut oikein ja tarkistanut ja tehnyt sen aseptisesti ja huolellisesti ja näin niinku sit sama juttu on täs insuliinipistossa ni kolme kertaa näyttää et osaa pistää ja siitäki on semmonen tentti...”
(Haastattelu 4.)

”...sairaanhoitajilla se tulee koulutuksen myötä...”(Haastattelu 2.)

”...meillä periaatteessa kaikki työntekijät, vakituiset työntekijät jakaa lääkkeitä mut meillä on ihmisiä joilla on kodinhoitajan koulutus, on perushoitajan koulutus, on lähihoitajan koulutus ja sit mä oon terveydenhoitaja. Eli hirveän monenlaisella koulutuksella ihmisiä on ja joillakin se osaaminen on hauraampaa kuin toisilla ja just tämmöset kriittiset tilanteet joissa tapahtuu et jollekin asiakkaalle lääkelista menee jonkun osastojakson takia uusiksi niin mä oon mieltänyt sen et mä mielellään pistän sen listan uusiksi et helpotan vähän sitä alkua.”(Haastattelu 3.)

Lääkehoidon osaamisen ylläpitäminen jäi pääasiassa hoitajien omalle vastuulle. Säännöllistä osaamisen tarkistamista ei kotihoidoissa ole järjestetty. Sairaanhoitaja informoi muita hoitajia lääkkeisiin liittyvissä asioissa ja tällä tavoin ylläpidettiin kaikkien osaamista. Lääkehoidon osaamisen varmistamiseen ei ollut säännöllistä koulutusta. Osaaminen oli tenttien jälkeen omalla vastuulla. Hoitajan omaa vastuuta lääkehoidon ylläpitämisessä pidettiin suurena. Hoitajia kannustettiin kysymään jos koki epävarmuutta tai tietonsa puutteelliseksi. Työaikana tiedon etsimiseen ei ollut kiireen vuoksi aikaa. Omaa vastuuta osaamisen ylläpitämisessä korostettiin.

”Kun on kerran saanut luvat, niin ne on ja pysyy.”(Haastattelu 4.)

”...eipä sitä kukaan tuolla sitte varmistele sitä että kuka osaa mitäki...” (Haastattelu 5.)

”Se on sit omalla vastuulla, omasta kiinnostuksesta.”

”Mä oon puhunu pharmaca fennicasta meillä tiimissä ja terveystoimistosta, mä oon huomannu sen että ihmisillä ei oo oikeesti energiaa tutkia niitä et sitte se et mä suullisesti kerron siitä ni se on niinku paljon helpommin sitten tavallaan omaksuttavissa.”(Haastattelu 3.)

Lääkehoidon täydennyskoulutusten tarjonnasta oltiin epätietoisia. Jos koulutuksia oli kuitenkin tarjolla, osallistuminen näihin oli aina hoitajien omasta kiinnostuksesta kiinni ja täysin vapaaehtoista.

”Koulutuksia tarjotaan, mutta harva niissä käy.”(Haastattelu 6.)

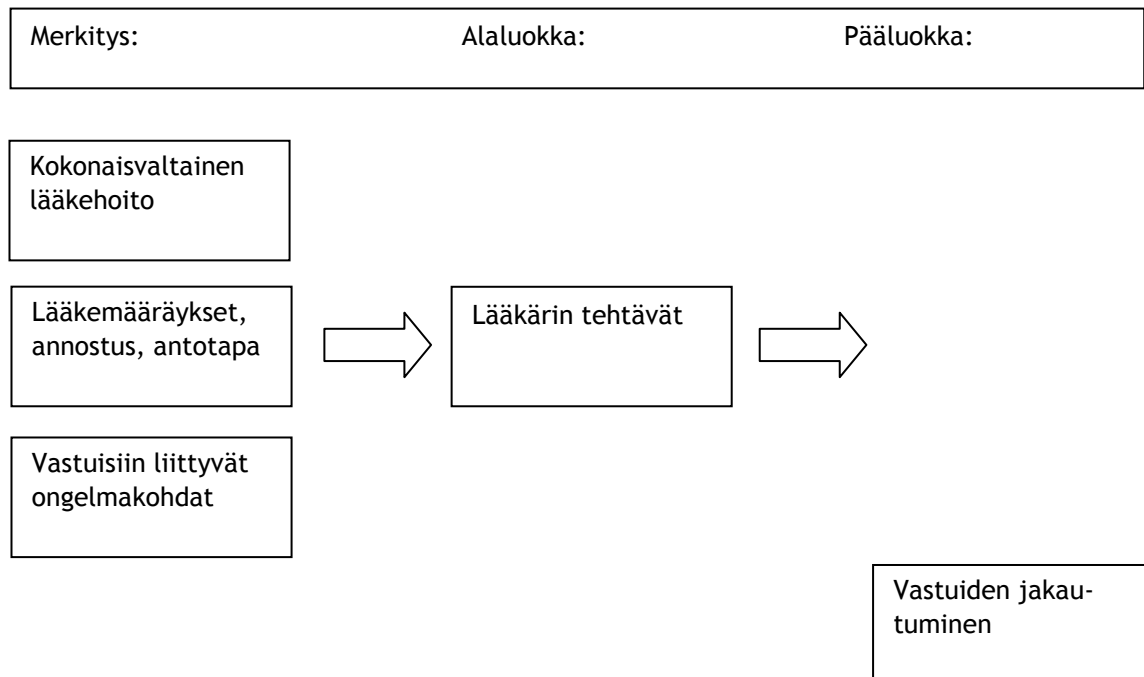
”Koulutuksia järjestetään, mutta ei ole tietoa kuka niissä käy.” (Haastattelu 1.)

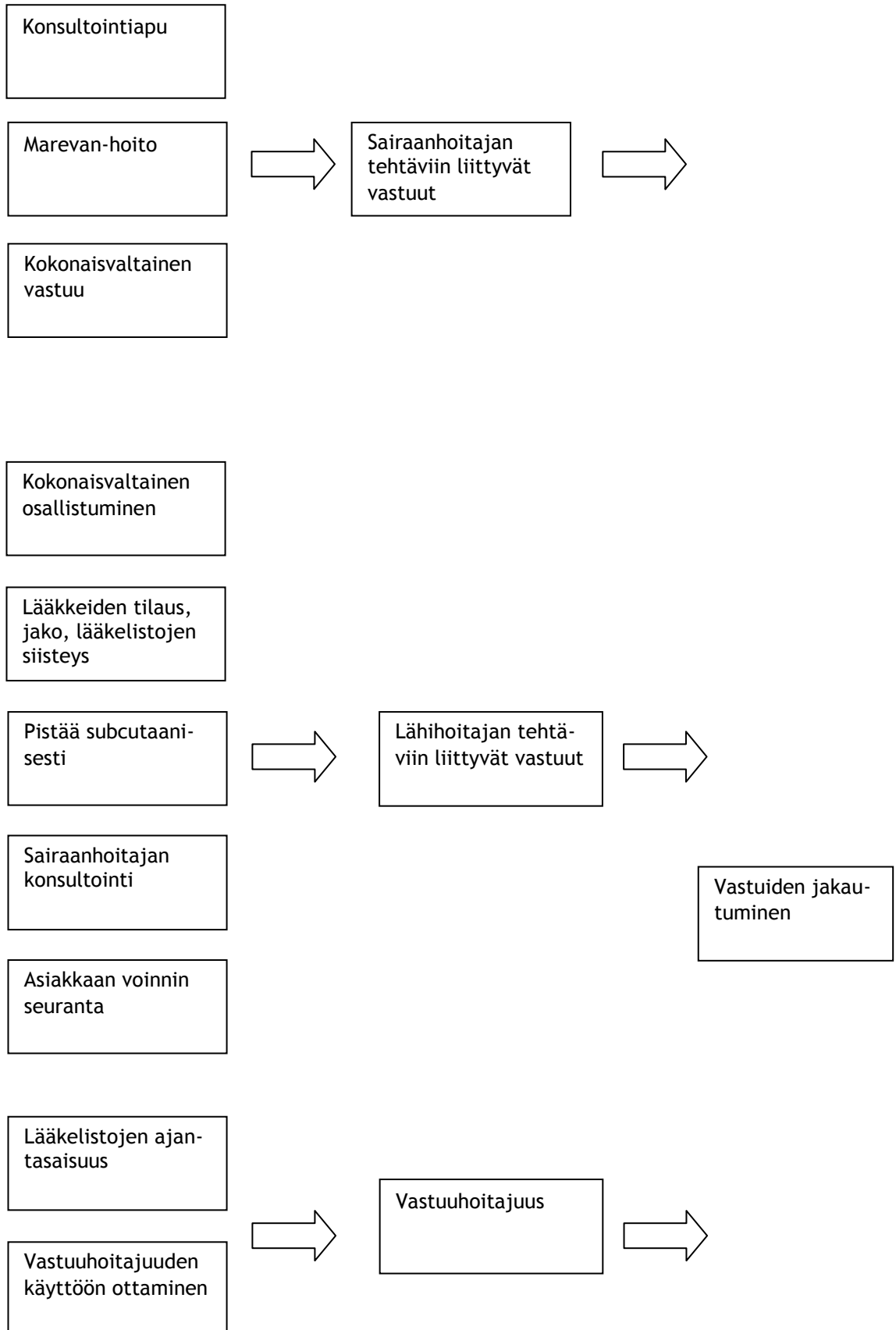
”Ei, et ne on lähinnä sit ite etit mihin haluaisit mennä et ainakaa ei oo sil-lai.”(Haastattelu 6.)

5.2.2 Vastuiden ja velvollisuuksien jakautuminen

Analyysin perusteella vastuiden ja velvollisuuksien jakautumisesta lääkehoidon osalta muodostui yksi pääluokka, joka nimettiin vastuiden jakautumiseksi. Vastuiden jakautumisen alaluokiksi muodostuivat lääkärin tehtävät, sairaanhoitajan tehtäviin liittyvät vastuut, lähihoitajan tehtäviin liittyvät vastuut ja vastuuhuoltoisuus. Kuviossa neljä on esitetty esimerkki vastuiden ja velvollisuuksien pääluokista ja niiden alaluokista.

Kuvio 4: Esimerkki vastuiden ja velvollisuuksien jakautumisen ala- ja pääluokista





Tutkimushenkilöiden kuvaukset vastuiden ja velvollisuuksien jakautumisesta määräytyivät ammattiryhmäkohtaisesti. Lääkärin pääasialliseksi tehtäväksi lääkehoidon osalta ilmeni vastuu asiakkaan kokonaisvaltaisesta lääkehoidosta. Vastuut jakautuivat konsultaatioapuun, lääkkeen määräämiseen, annostus- ja antotapaohjeisiin. Lääkärin tehtäviin liittyi ongelmakohtia. Lääkärin osalta lääkehoito jäi lähinnä reseptien mekaaniseksi uusimiseksi, eikä esimerkiksi yhteensopivuuksia tai allergioita aktiivisesti seurattu. Syyksi lääkäriin puutteellisessa osallistumisessa lääkehoidon toteuttamiseen pidettiin heikkoa lääkäritilannetta ja terveyskeskuksen jatkuvaa lääkärivaihtuvuutta. Lääkäripulan vuoksi konsultaatiot jäivät vähäisiksi, mutta konsultaatioapua pyydettiin lääkelisäyksiin tai vähennyksiin liittyvissä asioissa. Myös asiakkaan poikkeavista oirehtimisista otettiin yhteys lääkäriin. Ongelmana esille nousi myös lääkäreiden kielitaidottomuus.

”Näkeehän sen siitä usein jo itsekin, mutta lääkärihän se viime kädessä kuiteski päättää.”(Haastattelu 4.)

”No lääkäriin tehtävänä mä näkisin et keskeinen tehtävä on se, että ku se lääkelista on sielä olemassa tuola meidän järjestelmässä, niin lääkäri katsoo sitä kokonaisuutta.”(Haastattelu 3.)

Sairaanhoitajien vastuisiin kuului pitää lääkelistat ajan tasalla, olla konsultointiapuna, huolehtia Marevan hoidoista, ja olla päävastuussa asiakkaiden lääkehoidosta. Sairaanhoitajat määrittävät asiakkaiden Marevan annokset, jos INR arvo on viitearvojen sisäpuolella. Sairaanhoitajilla oli lääkehoidon toteutumisessa kokonaisvaltainen vastuu, eli he huolehtivat siitä, että asiakkaalle meni oikea lääke, oikeaan aikaan, oikealla annostuksella ja oikein annettuna. Sairaanhoitajien vastuun suuruutta painotettiin.

”No sehän on se että se koko lääkehoito kokonaisuudessaan toteutuu, eli asiakas saa sen lääkkeen oikeeseen aikaan, oikean lääkkeen, oikealla annostuksella ja oikein annettuna.” (Haastattelu 2.)

”Sairaanhoitajan vastuut lääkehoidossa. Voi hyvänen aika.. kaikki.”(Haastattelu 1.)

Lähihoitajat osallistuivat kokonaisvaltaisesti lääkehoidon toteuttamiseen. Heille kuului lääkkeiden tilaaminen, lääkkeiden jakaminen, lääkelistojen siisteydestä huolehtiminen, voinnin seuranta ja lääkkeiden pistäminen subcutaanisesti. Lähihoitajat hoitivat hyvin pitkälti samoja lääkehoitoon liittyviä asioita kuin sairaanhoitaja, mutta päävastuun koettiin kuitenkin olevan sairaanhoitajilla. Lähihoitaja konsultoivat sairaanhoitajia, mutta ottivat myös yhteyttä suoraan lääkäriin. Lähihoitajat seurasivat asiakkaan vointia mm. verenpainetta, pulssia ja verensokeria seuraten. Kodinhoitajat osallistuivat lääkehoitoon lähihoitajien tavoin.

”Ni ne niinku käytäntönä pitäis olla se että he hoitavat itse sitten sen ja totta kai konsultoivat sitte vaikka sairaanhoitajaa tai lääkäriä jos on epäselvää tai muuta tiimin jäsentä.”(Haastattelu 5.)

Tärkeimmäksi vastuuhoidajan tehtäväksi lääkehoidon osalta miellettiin lääkelistojen ajan tasalla pitäminen. Mikäli vastuuhoidajana oli lähihoitaja tai kodinhoitaja, kokonaisvastuu lääkehoidosta ei voinut olla hänellä, vaan päävastuu kuului sairaanhoitajalle. Vastuuhoidajuus ei täysipainoisesti ollut käytössä missään kotihoidon yksikössä.

”Mä sanoinkin sillon ihan suoraan, et ku lääkehuoltoasiakkaat kummiski varsinkin ne joilla on pelkkä lääkehuolto vaan et kuuluis niinku väkisinki sairaanhoitajalle. Et en mä pysty ottaa vastuuta sellasesta jos siel käy joku ja mulle vaan tuodaan jotain papereita tai sanotaan et tällä on nää ja näin.”(Haastattelu 1.)

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön tulosten vertailu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Vantaan kotihoidon lääkehoidon nykytilannetta ja löytää kehittämiskohteita. Seuraavaksi opinnäytetyön keskeiset tulokset ja vertailu aiempiin tutkimuksiin esitellään teemoittain.

Farmakologiset taidot

Tulosten perusteella asiakkaan voinnin seuranta lääkehoidon yhteydessä kuului jokaiselle kotihoidon työntekijälle, päävastuun koettiin kuitenkin olevan sairaanhoitajalla. Lääkevirheitä tuli eniten lääkkeiden jakamisessa. Virheet ilmenevät väärinä annoskokoina, sekaannuksina rinnakkaisvalmisteiden kanssa tai lääkkeen puuttumisena dosetista. Myös Pasternackan (2006, 2463) esittelemässä tutkimuksessa tuli esille se, että lääkevahingot syntyvät pääasiassa virheellisten ja väärän lääkkeen annon pohjalta. Opinnäytetyön tulosten mukaan kotihoidossa tapahtuvien lääkevirheiden ajateltiin johtuvan kiireestä ja henkilöstöpulasta. Myös Koivusen, Kankkusen & Suomisen (2007, 14) tutkimuksessa, hoitohenkilöstö arvioi tärkeimmiksi syiksi hoitovirheisiin kiireen ja liian vähäisen henkilökuntamäärän. Veräjänkorvan (2003, 19) tutkimustulosten mukaan kuitenkin myös heikoilla tiedoilla ja taidoilla on osuutta lääkehoidon virheisiin. Lääkkeiden tunnistaminen oli kotihoidon työntekijöillä heikkoa ja uusista rinnakkaisvalmisteista ei oltu tietoisia. Kotihoidon sairaanhoitajat olivat kuitenkin aktiivisia tutustumaan uusiin lääkkeisiin ja informoimaan muita hoitajia.

Opinnäytetyön tuloksista nousi esille se, että haitan vakavuuden kartoittaminen oli ensisijaisena tehtävänä lääkepoikkeamatilanteessa ja lääkepoikkeamailmoitus pyrittiin täyttämään jokaisen lääkepoikkeamatilanteen jälkeen. Huonon henkilöstötilanteen ja kiireen vuoksi ilmoitusten tekeminen saattoi kuitenkin jäädä tekemättä, eikä ilmoituksen täyttämistä koettu erityisen tärkeäksi. Myös Koivusen ym.(2007,13) mukaan hoitovirheilmoituksia jäi eniten tekemättä kiireestä johtuvan unohduksen vuoksi. Kotihoidon sairaanhoitajat kokivat työntekijöiden kanssa läpi käytävät lääkepoikkeamatilanteet oppimistilanteina. Koivusen ym.(2007, 14-15) tutkimuksessa koettiin, että virheiden käsittely oli hyvää, koska hoitohenkilökunta puhui virheistä avoimesti, oppivat virheistä ja tukivat virheen tehnyttä henkilöä.

Lääkehoidon dokumentointi

Tulosten perusteella kirjaaminen oli jokaisen hoitajan vastuulla. Lääkehoitokäyntien jälkeen kirjaaminen tapahtui koneelle ja asiakkaan kotikansioon. Kirjaamisessa kotikansioon oli kuitenkin puutteita ja kiireessä kirjaaminen jäi vähäiseksi. Kokko (2009, 61-65) painotti tutkimuksessaan asianmukaisen ja huolellisen kirjaamisen sekä tehokkaan tiedonkulun tärkeyttä.

Lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutuminen

Tulosten perusteella lupakäytännöistä oltiin pääasiassa tietoisia. Osaamisen ylläpitäminen oli jokaisen hoitajan omalla vastuulla, eikä säännöllistä osaamisen tarkistamista ollut järjestetty. Niemisen & Rätyn (2009, 34) tekemästä opinnäytetyöstä löytyi samansuuntaisia tuloksia. Mäntynummen kotihoidossa lääkehoidon osaamista ei tarkistettu mitenkään. Uusia työntekijöitä ei perehdytetty lääkehoitoon ja heillä käytäntönä oli, että uudet asiat tulivat pikkuhiljaa esille ja jäivät omalle vastuulle. Täydennyskoulutuksia ei ollut saatavilla. Grandell-Niemen (2005, 4, 14-15) mukaan sairaanhoitajien taidot olisi hyvä tarkistaa säännöllisin väliajoin, jotta mahdollinen lisäkoulutustarve sekä ammatillinen pätevyys pystyttäisiin toteamaan.

Vastuiden ja velvollisuuksien jakautuminen

Vastuut ja velvollisuudet jakautuivat koulutuksen sekä lakien ja säädösten mukaisesti. Kokonaisvastuu lääkehoidon toteutumisesta oli lääkärillä, mutta myös sairaanhoitajan suurta vastuuta painotettiin. Lääkäripula ja lääkäreiden jatkuva vaihtuvuus koettiin ongelmana vastuiden ja velvollisuuksien jakautumisen toteutumisessa. Myös Saarion (2004, 30.) kokoamassa kartoituksessa tämä nostettiin ongelmaksi.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen kriteerein. Arviointi kohdistuu opinnäytetyön aineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja raportointiin.(Nieminen 1997, 216.) Opinnäytetyön eettisyyttä tarkastellaan vahingoittumattomuuden, hyö-

ty-haitta suhteen, vapaaehtoisuuden ja vastuullisuuden näkökulmista. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.)

Aineisto kerättiin haastattelemalla kuutta Myyrmäen ja Martinlaakson kotihoidon sairaanhoitajaa. Aineistonkeruu tapahtui joulukuun 2009 - tammikuun 2010 välisenä aikana. Haastattelut valittiin arpomalla Martinlaakson ja Myyrmäen kotihoidoista. Aineiston valitsemisessa noudatettiin tarkoituksenmukaisuusperiaatetta. Haastateltaville lähetettiin etukäteen tutkimuskysymykset ja teemat (Liite2). Opinnäytetyön aineistonkeruun menetelmänä käytimme teemahaastattelua. Vaikka haastattelukysymykset oli etukäteen suunniteltuja, niin pyrimme siihen, että haastateltavalle jäi tilaa tuoda omat näkemyksensä esiin. (Ks. Nieminen 1997, 216-217.) Kaikki haastattelut nauhoitettiin, nauhoitukset olivat selvästi kuunneltavissa ja haastattelut litteroitiin sanatarkasti välittömästi haastatteluiden jälkeen. Litteroinnissa noudatettiin samoja sääntöjä läpi koko litterointiprosessin. Nämä seikat ovat lisäämässä haastateluaineiston luotettavuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185.)

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan lisätä valitsemalla asianmukainen aineiston analyysimenetelmä. (Helle-Kuusjoki 2005, 72.) Analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällön analyysiä, millä pyrittiin saamaan kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysiprosessissa edettiin induktiivisen sisällön analyysin mukaisessa järjestyksessä. Aineisto pelkistettiin, ryhmiteltiin ja abstrahoitettiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-7.) Täsmällinen analyysiprosessissa eteneminen on osaltaan lisäämässä aineiston luotettavuutta.

Opinnäytetyön tulosten tarkastelussa on pohdittava, onko aineisto analysoitu niin, että se vastaa alkuperäisen aineiston sisältöä. Sisällön analyysi on tutkijan subjektiivinen näkemys ja tulkinta asiasta. Laadullinen tutkimus pyrkii tuottamaan tutkittavasta ilmiöstä monipuolista tietoa, jolloin tutkimuksen toistettavuuden vaatimus ei ole tarkoituksenmukainen. Luotettavuutta tarkastellaan raportin arvioitavuudella. Lukijalle tulisi olla mahdollista seurata raportista tutkijan päättelyä ja arvioida sitä. Tutkijan tulee kyetä osoittamaan aineiston ja tutkimustulosten välinen yhteys. (Helle-Kuusjoki 2006, 72).

Haastateltavien anonymiteetti taattiin, yksittäistä osallistujaa ei voi opinnäytetyössä tunnistaa, eikä yksityisiä tutkittavia koskevia tietoja voida käyttää heidän vahingokseen. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 29.) Haastattelujen nauhoituksia säilytimme haastattelijoiden kotona, eikä niitä päässyt kuuntelemaan kukaan ulkopuolinen. Haastattelunauhut hävitimme litteroinnin jälkeen. Opinnäytetyön hyödyn oletetaan olevan suurempi suhteessa haitan määrään. Haastattelutilanteet perustuivat vapaaehtoisuuteen ja haastateltavalla oli mahdollisuus vaikuttaa haastattelun kestoan sekä tarvittaessa keskeyttää haastattelutilanne. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27-30.)

Opinnäytetyötä varten haimme tutkimusluvan Vantaan kaupungin Sosiaali- ja terveystoimen/ Vanhus- ja vammaispalvelun johtajalta Matti Lyytikäiseltä. (Liite 1). Tutkimuslupa edellyttää tutkittaessa jonkin organisaation, yrityksen, yhdistyksen tai vastaavan toimintaa tai jäseniä. Lupaa haetaan yksikön johtajalta tai johtavalta elimeltä, jonka alaisuudessa olevia palveluja/toimintaa tutkitaan. (Vehviläinen-Julkunen 1997,28.)

6.3 Kehittämiskohteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Vantaan kotihoidon lääkehoidon nykytilannetta ja löytää kehittämiskohteita. Opinnäytetyö toteutettiin Vantaan kaupungin toimeksiannosta. Lääkehoidon osaamista lähestyttiin seuraavista näkökulmista: kotihoidon henkilökunnan kuvaus farmakologisista taidoista, lääkehoidon dokumentoinnin toteutuminen, lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutuminen sekä vastuiden ja velvollisuuksien jakautuminen lääkehoidon osalta kotihoidossa.

Lääkehoidon virheet ilmenivät väärinä annoskokoina, sekaannuksina rinnakkaisvalmisteiden kanssa tai lääkkeen puuttumisena dosetista. Sairaanhoitajat mielsivät syyksi kiireen ja henkilöstöpulan. Veräjänkorvan (2003,19) tutkimustulosten mukaan kuitenkin myös heikoilla tiedoilla ja taidoilla on osuutta lääkehoidon virheisiin. Olisiko kotihoidonkin hyvä miettiä, voitaisiinko virheiden syntyä olla minimoimassa tietoja ja taitoja kartuttamalla? Myös lääkkeiden heikko tunteminen aiheutti sekaannusta, minkä parantamiseen säännöllisistä lääkehoidon koulutuksista olisi hyötyä. Koulutustarjonnasta ei oltu hyvin tietoisia, eikä koulutuksissa käyminen ollut säännöllistä ja osaamisen ylläpitäminen jäi jokaisen hoitajan omalle vastuulle. Näin ollen koulutuksista informoiminen henkilöstölle olisi erityisen tärkeää. Valtioneuvoston tekemän periaatepäätöksen mukaan täydennyskoulutuksia tulisi järjestää 3-10 koulutuspäivää vuodessa. Henkilökuntaa tulisi velvoittaa koulutuksissa käymiseen. Vastuiden ja velvollisuuksien hoitamisen osalta ongelmana kotihoidoissa oli lääkärripula ja jatkuva lääkäreiden vaihtuvuus. Kotihoitoon olisi tärkeää saada oma lääkäri, jotta lääkärin kanssa asiointi selkeytyisi, eikä sairaanhoitajan resursseja tarvitsisi käyttää lääkärin tavoittamiseen.

Lääkehoidon dokumentoinnista tuli esille se, että kiireessä kirjaaminen saattoi jäädä vähäiseksi. Säännölliseen lääkevaikutuksista kirjaamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota, kun kuitenkin tutkimustulosten mukaan hyvä kirjaaminen on edellytyksenä hyvälle hoitotyön tuloksille (Voutilainen 2004, 25). Jatkotutkimuskohteena voisikin olla lääkkeiden vaikutusten seuranta ja niistä kirjaaminen kotihoidossa. Lääkepoikkeamailmoitusten täyttämistä ei koettu erityisen tärkeäksi. Pidettäisiinkö lääkepoikkeamailmoituksen täyttämistä tärkeämpänä, jos rutiinikäytännöksi otettaisiin lääkepoikkeaman reflektiivinen läpi käyminen henkilökunnan kesken?

LÄHTEET

Airaksinen, M. 2005. Hoitona lääke. Helsinki: Edita.

Annamäki, L., Heinonen, T., Linna, N., Palomaa, U-S., Ränkimies, P. & Vainikka, S. Päivitetty 2009. Kotihoidon ja palvelutalojen lääkehoitosuunnitelma. Vantaan kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi.

Autere, K., Kilkku, N., Paavola, M. & Selander, M. 2009. Tavoitteet esiin hoitotyön kirjaamisessa. Sairaanhoitaja 2/2009, 24.

Calenius, J. 2009. Vantaa, Vantaan väestöraportit. Vantaan väestö 2008/2009. Pdf-dokumentti. Viitattu 3.3.2010.

<http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;2075;6962;16187>

Eskola, J & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Grandell-Niemi, H. 2005. The Medication Calculation Skills on Nursing Students and Nurses. Developing a Medication Calculation Skills Test. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja 682. Turku: Painosalama Oy,

Haapala, T. & Hyvönen, K. 2001. Omahoitajan toiminnan itsearviointikriteerien laatiminen ja niiden arviointi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helle- Kuusjoki, T. 2005. Tehtäväsiirroista hoitajavastaanottoon. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Hilden, R. 1999. Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Kasvatustieteiden laitos. Acta Universitatis Tamperensis; 706. Tampere University Press.

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Kaksinen, M-S. 2005. Henkilöstökoulutus vanhusten hoitotyön kehittämisessä. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kartikainen, S. & Linjakumpu, T. 2004. Suomen lääkärilehti. 3. 169-171. Iäkkäiden lääkehoidon salakareja.

Kivelä, S. 2004. Vanhusten lääkehoito. Tammi.

Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R. & Idänpää- Heikkilä, J-E. 2006. Suomen lääkärilehti. 42. 4352-5354. Miten arvioin iäkkään lääkitystä.

Koivunen, E., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. Tutkiva hoitotyö 3, 10–15.

Kokko, P-L. 2009. Iäkkäiden pitkäaikaishoidossa tarvittavien annettavien lääkkeiden käyttö Espoossa- Analyysi kirjaamisesta. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol.11, no 1/-99.

- Lahti, A. 2006. Sairaanhoidajan ammattipätevyys kotihoidossa. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Laki: Huumausainelaki 1993/1289
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785. 17.9.2009
- Lauri Sirkka. 2006. Ydinosaaminen ja oppiminen. WSOY.
- Lehtonen, H. 2007. Sairaanhoidajaopiskelijoiden lääkelaskentataidot. Pro gradu - tutkielma. Helsingin yliopisto. Matematiikan ja tilastotieteen laitos.
- Lumme-Sandt, K. 2002. Ikäihmiset ja lääkkeiden moninaiset maailmat. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.
- Neuvonen, P., Himberg, J.-J., Huupponen, R., Kivistö, K. & Ylitalo, P. 2002. Kliininen farmakologia ja lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus.
- Nieminen, S. & Rätty, S. 2009. Lääkehoidon toteuttamisen kartoittaminen Mäntynummen kotihoidossa. Laurea-ammattikorkeakoulu. Lohja.
- Nurminen M-L. 2002. Lääkehoidon ABC. Porvoo: WSOY
- Nurminen M-L. 2006. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.
- Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä., 2006:24. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon.
- Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 122, 2459-2465.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Puolakka, K. 2002. Omahoitajatyöskentelystä yksilövastuiseen hoitotyöhön. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Saario, A. 2004. Asiakkaan kotiutuminen ja kotihoito Kotkassa osana Palko-projektia. Projektin loppuraportti. Sosiaali- ja terveysviraston julkaisu 6/2004. Pdf-tiedosto.
- Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. 2008. Toim. Veräjänkorva, O. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print, Tampere.
- Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet. Viitattu 23.9.2009.
<http://www.edu.fi/julkaisut/maaraykset/ops/sosiaali_korjattu14062001.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2003:18. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Helsinki 2003. Viitattu 12.10.2009.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4038.pdf&title=Terveyttä_ ja_hyvinvointia_nayttoon_perustuvalla_hoitotyolla__fi.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 23.9.2009.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1139565646410/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedotteet. Kuntainfo 19/2003. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 25.9.2009.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1242251>

Spanow, I. Tirranen, A. 2002. Dokumentation as the aim of good nursing: He personal opinions of nurses. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Stakesin työpapereita 28/2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. STAKES ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Viitattu 19.2009. <http://rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. 2001. Geriatria. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Turvallinen lääkehoito- valtakunnallinen opas. Viitattu 18.9.2009.
http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/uutiset_ja_tiedotteet/Turvallinen_laakehoito.pdf

Tokola, E. 2006. Lääkehoito kotona - Opas lähihoitajille. Helsinki: Tammi.

Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Stakesin julkaisuja. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004):5. pdf-tiedosto.
<http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/5BEE2012-4866-42AB-A79B-1B96312C2E23/0/504andersson.pdf>

Vantaa-Kotihoito. Viitattu 20.1.2010.
http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4722;4770&voucher=D722133F-EADE-402D-9B0D-7FC0FBCF6923

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoidajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutuksen kehittäminen. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja. Hoitotieteen laitos. Turku: Painosalama Oy.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. STAKES. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

KUVIOLUETTELO

- Kuvio 1: Esimerkki kotihoidon henkilökunnan farmakologisten taitojen kuvauksen ala- ja pääluokista.....**Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**
- Kuvio 2: Esimerkki lääkehodon dokumentoinnin toteutumisen alaluokista 27
- Kuvio 3: Esimerkki lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutumisen ala- pääluokista 29
- Kuvio 4: Esimerkki vastuiden ja velvollisuuksien jakautumisen ala- pääluokista 31

LIITTEET

Liite 1: Tutkimuslupa


VANTAAN KAUPUNKI
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 59 /2009

Dno SOSTER 4698/2009/092

Sosiaali- ja terveystoimi/Vanhus- ja vammaispalvelut

23.10.2009

Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Matti Lyytikäinen

Tutkimuslupa/Lääkehoidon nykytilanne Vantaan kotihoidossa/Siiri Carlson, Annastiina Koponen, Johanna Lyytikäinen ja Saila Rinne

Laurea-ammattikorkeakoulussa Tikkurilassa hoitotyön- ja terveydenhoitotyön koulutusohjelmassa opiskelevat Siiri Carlson, Annastiina Koponen, Johanna Lyytikäinen ja Saila Rinne anovat lupaa Lääkehoidon nykytilanne Vantaan kotihoidossa -työn tekemiseen. Tutkimus on hakijoiden opinnäytetyö.

Tutkimuksen tarkoitus

Tarkoituksena on kartoittaa Vantaan kotihoidossa tapahtuvan lääkehoidon nykytilanne henkilökunnan näkökulmasta. Kartoituksen tuloksia voidaan hyödyntää arvioitaessa lääkehoidon tuloksellisuutta.

Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksessa on haastattelu, joka suoritetaan joulukuussa 2009.

Ohjaava opettaja

Anne Vesterinen, Tikkurilan Laurean yliopettaja

Kotihoidon päällikkö va. Pia Sallinen puoltaa hakemusta.

Päätös

Myönnän tutkimusluvan Siiri Carlsonille, Annastiina Kuposelle, Johanna Lyytikäiselle ja Saila Rinteelle sillä edellytyksellä, että huomioon otetaan yleiset salassapitosäännökset kyselyitä, haastatteluja ja raporttia tehtäessä.

Tutkijoille ei luovuteta salassa pidettäviä asiakirjoja. Tutkijat ovat lain mukaan salassapitovelvollisia tutkimuksessa tietoon saamiensa yksilöä ja perhettä koskevissa asioissa. Heidän tulee huolehtia siitä, että yksittäistä henkilöä tai perhettä ei tutkimuksessa voida yksilöidä. Tutkimuksessa kerättyä tietoa saa käyttää vain tutkimustarkoituksiin.

Tutkimustyön valmistuttua siitä toimitetaan 1 kpl vanhus- ja vammaispalvelujen tulosalueelle.

Otteet:

Siiri Carlson
 Annastiina Koponen
 Johanna Lyytikäinen
 Saila Rinne

Tiedoksi:

Ulla-Stina Palomaa
Pia Sallinen
Sosiaali- ja terveyslautakunta

Päiväys Vantaa 23.10.2009

Allekirjoitus

Nimen selvennys Matti Lyytikäinen

Virka-asema Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja

Oikaisuvaatimusosoitus

Päätökseen tyytymätön, jonka oikeutta, etua tai velvollisuutta (asianosainen) asia koskee, saa hakea siihen muutosta oikaisuvaatimuksin. Myös kunnan jäsen voi tehdä oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksessa on mainittava vaatimus ja perustelut ja siihen on liitettävä muutoksenhakijan tarpeelliseksi katsomat asiakirjat.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivässä sosiaali- ja terveyslautakunnalle. Määräaika alkaa asianosaiselle siitä, kun hän on saanut päätöksen tiedoksi, ja kunnan jäsenelle siitä, kun päätös on asetettu yleisesti nähtäville. Jollei asianosainen tai viranomainen muuta näytä, viranhaltijan päätöksen katsotaan saapuneen asianosaisen tiedoksi seitsemäntenä päivänä siitä, kun päätös on annettu postilaitoksen kuljetettavaksi. Tiedoksisaantipäivää ei lueta määräaikaan.

Oikaisuvaatimus on muutoksenhakijan vastuulla toimitettava sosiaali- ja terveyslautakunnan kirjaamoon osoitteeseen Peltolantie 2 D, 01300 Vantaa tai sähköpostitse osoitteella: kirjaamo.sosiaali-terveystoimi@vantaa.fi, viimeistään määräajan viimeisenä päivänä ennen viraston aukioloajan päättymistä. Oikaisuvaatimukseen on liitettävä päätös sekä myös selvitys tiedoksisaantipäivästä, jos muutoksenhakija katsoo tämän tarpeelliseksi. Oikaisuvaatimus on allekirjoitettava ja siinä on ilmoitettava osoite, minne oikaisuvaatimuksen johdosta annettava päätös lähetetään.

Sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjistä eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä.

Asianosainen saa esittää päätöksen tehneelle/esitellelle viranhaltijalle päätöksen muuttamista, jos hän katsoo, että päätöksessä on asia- tai kirjoitusvirhe - hallintolaki, 50§ ja 51§(434/2003). Vain valmistelua, täytäntöönpanoa, virkaehtosopimuslain tai virkaehtosopimuksen soveltamista tai muuta erikseen laissa määriteltävä vastaavaa asiaa koskevin osin päätökseen ei saa tehdä oikaisuvaatimusta tai valitusta - kuntalaki 91 § (365/1995), kunnallinen virkaehtosopimuslaki, 26 § (691/1970). Päätöksen tehnyt/esitellyt viranhaltija antaa lisätietoja asiasta - hallintolaki, 44 § (434/2003).

Päätöspöytäkirja yleisesti nähtävänä

Aika ja paikka

3.11.2009 klo 12-14, Sosiaali- ja terveystoimi, Pel-
tolantie 2 D, 01300 Vantaa

Todistaja

Tiina Töyrylä

Päätöspöytäkirjan oikeaksi todistaminen

Allekirjoitetun ja edeltäksin ilmoitettuna aikana nähtävänä olleen päätöspöy-
täkirjan oikeaksi todistaa:

Päiväys

Vantaa

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Virka-asema

Tiedoksianto asianosaiselle:

Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §)

Asianosainen:

Annettu postin kuljetettavaksi

Tiedoksiantaja:

Liite 2. Opinnäytetyön aineistonkeruun perusta

Tutkimuskysymykset	Teemat
Millaisena lääkehoidon osaaminen ilmenee kotihoidossa?	<ul style="list-style-type: none">• Kotihoidon henkilökunnan kuvaus farmakologisista taidoista• Lääkehoidon dokumentoinnin toteutuminen kotihoidossa
Kuinka hyvin kotihoidon henkilöstö noudattaa lääkehoitoa ohjaavia lakeja ja säädöksiä?	<ul style="list-style-type: none">• Lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutuminen kotihoidossa• Vastuiden ja velvollisuuksien jakautuminen lääkehoidon osalta kotihoidossa

Liite 3: Lääkehoidon osaamisen ilmeneminen kotihoidossa

<u>Analyysiyksikkö:</u>	<u>Merkitys:</u>	<u>Alaluokka:</u>	<u>Pääluokka:</u>
"... sairaanhoitajan vastuullahan ne viime kädessä on."	Päävastuu sairaanhoitajalla	Asiakkaan voinnin seuranta	Seuranta
"...se joka siellä käy ni hän sitä kysyy ja arvioi, katsoo kuntoa ja muutenki..."	Voinnin seuranta jokaisen käyntihoitajan vastuulla		
"...niin siinä sitten lähdetään siitä kun huomataan näitä vaikutuksia niin ollaan yhteydessä lääkäriin..."	Haittavaikutusten seuranta	Lääkkeiden vaikutusten seuranta	
"Jos hän on enemmän läsnä siinä omassa lääkeshoidossansa niin hän sitoutuu siihen paremmin...yritetään motivoida sitä asiakasta siihen."	Lääkehoitoon sitouttaminen		
"...työntekijät ovat väsyneitä tekemään ilmoituksia..."	Täytetään lääkepoikkeamailmoitus	Haitan vakavuuden kartoittaminen	
"Lääkepoikkeamatilanteissa tietenkin tehdään se lääkepoikkeamailmoitus..."			
"Lääkkeenjaossa on ainakin meillä tullu ihan hirveesti virheitä."	Virheitä lääkkeiden jaossa		

”Monenlaisia virheitä sattuu, ei voi sanoa että mikä on yleisin.”

”.. eli jos esimerkiksi annos olisi 12,5 mg, tabletin vahvuus on 25 mg, niin annostelee koko tabletin, eli puolta isomman annoksen”.

”...et sillä ei oo tarkoitus hakee sitä syyllistä vaan se että katsoa sitä et missä meidän prosessissa on vika kun näitä pääsee syntymään...”

Lääkepoikkeamatilanteet
oppimistilanteina

Liite 4: Lääkehoidon dokumentoinnin toteutuminen kotihoidossa

<u>Analyysiyksikkö:</u>	<u>Merkitys:</u>	<u>Alaluokka:</u>	<u>Pääloukka:</u>
"...sinne ei ihan sitä määrää ehdi kirjata mikä ois tarpeellista."	Kiireessä kirjaaminen unohtuu	Jokaisen hoitajan vastuu	
"Me kirjataan kaikki, meiän tiimin työntekijät, sinne hoitotyön päivittäisiin merkintöihin."	Jokaiselta lääkehoito-käynniltä kirjataan		
"...kahdeksi viikoksi lj dosetteihin..."	Lyhyt kommentti	Kirjaaminen kotikansioon/koneelle	
"...jokainen laittaa nimensä tai puumerkinsä päivämäärineen ja asiakkaan nimen..."	Tarkat merkinnät		

Liite 5: Lääkehoitoa ohjaavien säädösten toteutuminen kotihoidossa

<u>Analyysiyksikkö:</u>	<u>Merkitys:</u>	<u>Alaluokka:</u>	<u>Pääloukka:</u>
"...meillä periaatteessa kaikki työntekijät, vakituiset työntekijät jakaa lääkkeitä..."	Lääkkeitä jakavat kaikki hoitajat	Lupakäytännöt	Säädösten toteutuminen
"... näyttää kolme kertaa esimerkiksi lääkkeenjaossa että on jakanut oikein ja tarkistanut ja tehnyt sen aseptisesti ja huolellisesti..."	Läakeluvat näyttökokein		
"...sairaanhoitajilla se tulee koulutuksen myötä..."	Sairaanhoitajilla lääkeluvat koulutuksen puolesta		
"...eipä sitä kukaan tuolla sitte varmistelee sitä että kuka osaa mitäki..."	Oma vastuu	Osaamisen ylläpitäminen	
"...et mä suullisesti kerron siitä ni se on niinku paljon helpommin sitten tavallaan omaksuttavissa."	Tiedon jakaminen		
"... omasta kiinnostuksesta."	Oma kiinnostus		
"Ei, et ne on lähinnä sit ite etit..."	Epätietoisuus koulutustarjonnasta		

Liite 6: Vastuiden ja velvollisuuksien jakautuminen kotihoidossa

<u>Analyysiyksikkö:</u>	<u>Pelkistetty ilmaisu:</u>	<u>Alaluokka:</u>	<u>Pääluokka:</u>
"...niin sitten pitää lääkäriltä kysyä..."	Kokonaisvaltainen lääkehoito	Lääkärin tehtävät	Vastuiden jakautuminen
"...niin lääkäri katsoo sitä kokonaisuutta."			
"... kertoo sitte että miten sitä otetaan tai niinku että hän sen määrää.."	Lääkemääräykset, annostus, antotapa		
"...kauheen mekaanista reseptien uusintaa..."	Vastuisiin liittyvät ongelmakohdat		
"Joittenkin lääkäreitten kielitaito on niin heikko... ni ei millään meinaa niinkun tulla sitä yhteyttä."			
"...meillä ei oo läheskään kaikilla omaa lääkäriä."			
"...konsultoivat sitte vaikka sairaanhoitajaa..."	Konsultointiapu	Sairaanhoitajan tehtäviin liittyvät vastuut	
"...Marevan hoito sairaanhoitajan vastuulla..."	Marevan hoito		
"Voi hyvänen aika.. kaikki."	Kokonaisvaltainen vastuu		

”Kyllä ne kaikki tavoin meillä tekee...”	Kokonaisvaltainen osallistuminen	Lähihoitajan tehtäviin liittyvät vastuut
”...jakaa lääkkeitä dosettiin...lääkkeiden tilaaminen...reseptit pannaan uusittavaksi...jos huomataan, että lääkelista on epäsiisti...”	Lääkkeiden tilaus, jako, lääkelistojen siisteys	
”...inskan pistoluvat ja klexanen tai fragminin pistoluvat.”	Pistää subcutaanisesti	
”... konsultoivat sitte vaikka sairaanhoitajaa...”	Sairaanhoitajien konsultointi	
”...seuraa myös verenpaineet verensokerit, kaikki...”	Asiakkaan voinnin seuranta	
”Listat ajantasalle...”	Läakelistöjen ajantasaisuus	Vastuuhoitajuus
”Se on vielä siellä alkutekijöissä, valitettavasti. ”	Vastuuhoitajuuden käyttöön ottaminen	