



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

LÄÄKITYSTURVALLISUUS LYHYTAIKAISEN OSASTOHOIDON TULO- JA KOTIUTUSVAI- HEESSA

Tarkistuslistaa hyödyntäen

Piia-Susanna Lappalainen

Susanna Sällilä

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

LAPPALAINEN PIIA-SUSANNA & SÄLLILÄ SUSANNA:
Lääkitysturvallisuus lyhytaikaisen osastohoidon tulo- ja kotiutusvaiheessa
Tarkistuslistaa hyödyntäen

Opinnäytetyö 98 sivua, joista liitteitä 21 sivua
Marraskuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella hoitajien kuvaaman lyhytaikaisen osastohoidon lääkehoidon toteutusta potilaiden tulo- ja kotiutusvaiheessa lääkitysturvallisuuden näkökulmasta. Tarkoituksena oli myös osallistaa hoitajia ideoimaan lääkitysturvallisuutta edistäviä käytänteitä sekä laatia koettuun tarpeeseen lääkehoidon tarkistuslista. Opinnäytetyön tavoitteena oli lääkitysturvallisuuden varmentuminen sekä yhtenäistyminen turvallisilla käytänteillä lyhytaikaisen osastohoidon tulo- ja kotiutusvaiheessa. Aineiston keruu toteutettiin kahtena ryhmämuotoisena temahaastatteluna hoitajilta viideltä perusterveydenhuollon osastolta. Aineiston keruun perusteella koettuun tarpeeseen laadittiin tutkimukseen osallistuneille osastoille lääkehoidon tarkistuslista sekä seurantalomake, joka kehitettiin apuvälineeksi selvitetessä jatkohoitoon osastohoitojaksolla tehtyjä lääkitysmuutoksia. Lääkehoidon tarkistuslistan sekä seurantalomakkeen tekemisessä hyödynnettiin tutkimuksellista kehittämistoimintaa.

Opinnäytetyön tulosten mukaan lääkityslistan ajantasaisuuden selvittäminen kuvautuu haasteelliseksi ja riskialttiina lääkityspoikkeamille liittyen tiedonsiirron sekä joillakin osastoilla työnjaon ongelmallisuuteen. Tuloksista nousee esille sairaanhoitajien kokema vastuu potilaan lääkityksestä ja siinä olevista mahdollisista virheistä, jonka myötä koettiin tarvetta lääkehoidon lisäkoulutukselle. Tulosten perusteella olisi tarvetta myös yhtenäisille toimintatavoille lääkehoidon vasteen seurantaan ja lääkehoidon arviointiin. Osaston farmaseutin tarjoama konsultointiapu lääkehoitoon koettiin tarpeelliseksi, mutta farmaseutin konsultointia käytettiin siitä huolimatta vähän. Tulosten mukaan potilaan kotiutusvaiheen haasteina olivat lääkitysmuutosten etsiminen potilastietojärjestelmästä ja lääkitystietojen siirtyminen oikein jatkohoitoon. Lääkityslistojen kaksoistarkistus lääkärin ja hoitajan tekemänä näyttäytyi tarpeelliseksi potilaan tulo- ja kotiutusvaiheessa. Erilaisten työnkuvien, kuten lääkehoitajan ja kotiutushoitajan, koettiin antavan aikaa lääkehoitoon keskittymiselle osastoilla.

Lääkehoidon tarkistuslista sekä seurantalomake varmentavat käytettyinä potilasturvallisuutta sekä yhtenäistävät hoidon laatua hoitoyksiköissä. Jatkotutkimusehdotuksena voisi arvioida niiden käyttöönottoa ja mahdollisesti kehittää niitä edelleen arvioinnin mukaisesti. Toivottavaa olisi, että tarkistuslistoja saataisiin myös tulevaisuudessa sähköiseen muotoon potilasasiakirjojen käsittelyn helpottamiseksi. Tulosten mukaan sairaanhoitajien koulutusta lääkehoidon toteuttamiseen tulisi lisätä ja potilastietojärjestelmien käytettävyyttä parantaa potilasturvallisuuden näkökulmasta.

Asiasanat: lääkitysturvallisuus, lyhytaikainen osastohoito, tulovaihe, kotiutus, tarkistuslista

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Practice Expertise

LAPPALAINEN, PIIA-SUSANNA & SÄLLILÄ, SUSANNA:
Medication Safety for the Arrival and Discharge Phase of a Patient in Short-Term Departmental Care -Using the Checklist

Master's thesis 98 pages, appendices 21 pages
October 2017

The purpose was to explore drug therapy in a patient's arrival and discharge phases in short-term departmental care from the nurses' point of view. The aim of this thesis was to improve medication safety and unification of safety workings on a patient's arrival and discharge phases.

The data were collected through two theme interviews at groups that included nurses from five primary health care departments. The data were analyzed through qualitative content analysis. The medication checklist and follow-up form were created by using research development activities.

The results revealed that checking out the punctuality of the medication list is challenging and risky to medication. Nurses also feel responsible for a patient's medication and possible errors. The department's pharmacist was considered necessary but the pharmacy consultancy was nevertheless slightly used.

Overall, the study suggests that the medication list will be checked out by a physician and a nurse on a patient's arrival and discharge. The medication checklist and follow-up form improve patient safety and integrate the quality of care in treatment units when used. Further studies are needed to evaluate their implementation phase and possibly developing them. It would be desirable if checklists would also be available in electronic form in the future to facilitate the processing of patient records.

Key words: medication safety, short-term departmental care, arrival, discharge, checklist

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE.....	8
3	LYHYTAIKAINEN OSASTOHOITO	9
4	TURVALLINEN LÄÄKEHOITO	10
4.1	Lääkitysturvallisuus	10
4.2	Lääkityspoikkeamat	10
5	LÄÄKEHOIDON TIEDON KERUU JA ARVIOIMINEN OSASTOHOIDON TULOVAIHEESSA	12
5.1	Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus	12
5.2	Lääkityksen tarkistus ja lääkehoidon arvioinnit	13
6	LÄÄKEHOIDON JATKUVUUDEN VARMISTAMINEN KOTIUTUSVAIHEESSA.....	17
6.1	Lääkehoidon ohjaus	17
6.2	Lääkehoitoon sitoutuminen.....	18
6.3	Lääkehoidon tiedonsiirto	19
7	TUTKIMUSMENETELMÄT JA TOTEUTUS.....	21
7.1	Aineiston keruu.....	21
7.1.1	Tieteellisen tutkimuksen lähtökohdat	21
7.1.2	Tutkimusjoukko ja tutkimusluvut	22
7.1.3	Haastattelurungon laatiminen ja esitestausta	23
7.1.4	Haastatteluiden toteutus	24
7.2	Aineiston analysointi	28
7.3	Lääkehoidon tarkistuslistan ja seurantalomakkeen laatiminen tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla	30
8	TULOKSET	36
8.1	Lääkehoidon toteutus potilaan tulovaiheessa hoitajien näkökulmasta	36
8.1.1	Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus	36
8.1.2	Lääkityksen tarkistus.....	39
8.1.3	Lääkehoidon osaamisen taso.....	40
8.1.4	Lääkehoidon vasteen seuranta.....	41
8.1.5	Lääkehoidon arviointi	42
8.1.6	Tiedonsiirto työntekijöiden välillä	43
8.1.7	Lääkehoidon toteuttamiseen suunnitellut työnkuvat.....	44
8.2	Lääkehoidon jatkuvuuden toteutuminen potilaan kotiutuessa hoitajien näkökulmasta	45
8.2.1	Lääkitys ja lääkehoidon seuranta kotiutuessa	45

8.2.2	Lääkehoidon ohjaus	46
8.2.3	Lääkkeiden saatavuuden varmistaminen.....	47
8.2.4	Lääkehoitoon sitoutuminen kotiutuessa.....	49
8.2.5	Lääkehoidon tiedonsiirto ja työnjako kotiutuessa.....	50
9	LÄÄKEHOIDON TARKISTUSLISTAN JA SEURANTALOMAKKEEN SISÄLTÖ.....	53
9.1	Lääkehoidon tarkistuslista	53
9.2	Lääkehoidon seurantalomake	57
10	POHDINTA.....	58
10.1	Eettiset näkökulmat.....	58
10.2	Luotettavuuden tarkastelu	59
10.3	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	63
10.4	Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset.....	68
	LÄHTEET	70
	LIITTEET	78
	Liite 1. Teemahaastattelun runko	78
	Liite 2. Saatekirje ja suostumus haastatteluun osallistuville	79
	Liite 3. Aineiston ryhmittely	80
	Liite 4. Lääkehoidon tarkistuslista: potilaan vastaanottaminen ja kotiutus.....	87
	Liite 5. Lääkehoidon seurantalomake.....	88
	Liite 6. Lääkehoidon seurantalomakkeen ohje	89
	Liite 7. Taulukko tutkimuksista.....	90

1 JOHDANTO

Lääkehoidon turvallisuus on noussut keskeiseksi tekijäksi potilasturvallisuudessa. Kaiken potilaan saaman hoidon haitoista merkittävä osa liittyy lääkehoitoon. (Kuisma 2010, 23; Kaila ym. 2011, 1036; Hakoinen, Inkinen & Volmanen 2016, 9.) Lääkityspoikkeamat ovat yleisiä niin Suomessa kuin kansainvälisestikin ja maksavat miljardeja terveydenhuoltojärjestelmille (Hoppu, Kuisma & Kuitunen 2008, 773; WHO 2008, 3; Collins, Gerdtz, Manias & Weiland 2009, 1762; Härkänen 2014, 2). Suomessa lääkityspoikkeamia tapahtuu jopa joka neljännellä hoitotaksolla (Härkänen 2014, 37). On tutkittu, että kaikista terveydenhuollon vaaratapahtumista neljäsosa liittyisi puutteisiin tiedonvälityksessä (Kaila ym. 2011, 1036). Yleisimpiä lääkityspoikkeamiakin ovat dokumentointipoikkeamat, joille on olemassa riski esimerkiksi potilasta siirrettäessä yksiköstä tai organisaatiosta toiseen (Suikkanen 2008, 36).

Opinnäytetyön tekijät ovat työskennelleet sairaanhoitajina perusterveydenhuollon osastoilla, joilla toteutetaan lyhytaikaista sairaalahoitoa. Työssään he ovat huomanneet vaihtelevia käytänteitä lääkehoidon toteutuksessa, mistä idea lääkehoidon turvallisuuden tarkasteluun ja kehittämiseen syntyi. Opinnäytetyön aihe rajattiin lääkitysturvallisuuteen lyhytaikaisen osastohoidon tulo- ja kotiutusvaiheessa. Osastohoidon tulo- ja kotiutusvaiheessa lääkitysturvallisuuteen huomiota kiinnittämällä voidaan varmentaa turvallisen ja oikeintoteutetun lääkehoidon toteutumista osastohoidossa sekä potilaan kotona. Opinnäytetyö toteutettiin yhteensä viidellä lyhytaikaista sairaalahoitoa toteuttavalla osastolla Kuopiossa ja Porissa. Opinnäytetyön tutkimukseen valittiin osastot, joissa opinnäytetyön tekijät työskentelivät ja muut osastot valikoituivat tutkimukseen osallistuvien organisaatioiden vaatimusten mukaisesti.

Opinnäytetyön tavoitteena on lääkitysturvallisuuden varmentuminen ja yhtenäistyminen turvallisilla käytänteillä lyhytaikaisen osastohoidon tulo- ja kotiutusvaiheessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella hoitajien kuvaaman lyhytaikaisen osastohoidon lääkehoidon toteutusta potilaiden tulo- ja kotiutusvaiheessa lääkitysturvallisuuden näkökulmasta. Tarkoituksena on myös osallistaa hoitajia ideoimaan lääkitysturvallisuutta edistäviä käytänteitä sekä laatia koettuun tarpeeseen lääkehoidon tarkistuslista potilaiden tulo- ja kotiutusvaiheeseen. Opinnäytetyön tekijät suunnittelivat tarkistuslistojen laatimista

lääkehoidon toteutuksen tarkastelun lisäksi yhtenäistämään ja varmentamaan lääkehoidon turvallista toteutusta osastoilla. Tarkistuslistan avulla voidaan varmistua siitä, että tarpeelliset toiminnot tulevat tehdyiksi eikä mitään tärkeää unohdeta (Schamel 2012).

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TA- VOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella hoitajien kuvaaman lyhytaikaisen osastohoidon lääkehoidon toteutusta potilaiden tulo- ja kotiutusvaiheessa lääkitysturvallisuuden näkökulmasta. Tarkoituksena on myös osallistaa hoitajia ideoimaan lääkitysturvallisuutta edistäviä käytänteitä sekä laatia koettuun tarpeeseen lääkehoidon tarkistuslista potilaiden tulo- ja kotiutusvaiheeseen.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten lääkehoito toteutuu osastolla potilaan tulovaiheessa hoitajien kuvaamana?
2. Miten hoitajien näkökulmasta lääkehoidon jatkuvuus toteutuu potilaan kotiutuessa osastolta?

Opinnäytetyön tavoitteena on lääkitysturvallisuuden varmentuminen sekä yhtenäistymisen turvallisilla käytänteillä lyhytaikaisen osastohoidon tulo- ja kotiutusvaiheessa.

3 LYHYTAIKAINEN OSASTOHOITO

Tässä opinnäytetyössä lyhytaikaisella osastohoidolla tarkoitetaan perusterveydenhuollon sairaalaosastolla toteutettavaa hoitoa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilaston mukaan vuonna 2015 keskimääräinen hoitojakson pituus perusterveydenhuollon sairaalaosastolla oli 18 päivää. Keskimääräinen ikä potilailla oli 77 vuotta. Yli 75-vuotiaiden hoitojaksot olivat hieman pidempiä, keskimäärin 21 päivää. Pääsääntöisesti hoitoajat perusterveydenhuollon sairaalaosastolla ovat lyhentyneet reilusti vuoden 2006 luvuista. Vuonna 2015 perusterveydenhuollon sairaalaosastolla hoidettujen potilaiden yleisin päädiagnoosi oli verenkiertoelinsairaus. Seuraavaksi yleisimpiä päädiagnooseja olivat hengityselinten sairaudet, psykiatriset sairaudet sekä vammat ja myrkytykset. (Saukkonen & Vuorio 2017, 2-3.)

Opinnäytetyö toteutettiin yhteensä viidellä perusterveydenhuollon lyhytaikaista sairaanhoitoa toteuttavalla sairaalaosastolla Kuopiossa ja Porissa. Osastot ovat kohdentuneet sisätauteja ja geriatria sairauksia sairastavien potilaiden hoitamiseen. Potilaat ovat yli 18-vuotiaita, painottuen kuitenkin ikääntyneisiin. (Kuopion kaupunki; Porin kaupunki.) Hoitajamitoitus osastoilla on 0,70-0,75 hoitajaa potilasta kohden (Porin perusturvakeskus 2015; Kouvalainen 2017). Potilaat tulevat osastoille jatkohoitoon päivystyksestä, erikoissairaanhoidon yksiköistä ja terveyskeskus- sekä kotihoidon lääkäreiden ohjaamina. Lyhytaikaisen osastohoidon tavoitteina ovat akuutin sairaustilanteen paraneminen ja kuntoutuminen kotikuntoiseksi. Potilaat kotiutuvat osastoilta kotiin ilman säännöllisiä hoivapalveluita, kotihoidon tai muiden tukipalveluiden turvin, palveluasumis- tai laitoshoidonyksiköihin. (Kuopion kaupunki; Porin kaupunki.)

4 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO

4.1 Lääkitysturvallisuus

Stakesin (2007, 8-9) määritelmän mukaan turvallinen lääkehoito koostuu lääke- ja lääkitysturvallisuudesta. Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta. Lääkitysturvallisuuteen kuuluu yksiköiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on suojata potilasta haitallisilta tapahtumilta. (Fimea 2012, 7.)

4.2 Lääkityspoikkeamat

Haitallisia tapahtumia lääkehoidon toteutuksessa ovat lääkityspoikkeamat (Fimea 2012, 7). Lääkityspoikkeamalla tarkoitetaan lääkehoitoon liittyvää tapahtumaa, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojauksen pettämisestä. Poikkeama voi tapahtua potilaan lääkemääräyksen vastaanottamisessa, sen sisällön ymmärtämisessä tai potilasasiakirjoihin kirjaamisessa. (Stakes 2007, 6; Henttonen ym. 2014, 138-139.) Lääkityspoikkeamat voivat aiheuttaa emotionaalisia, fyysisiä ja taloudellisia haittoja potilaalle, perheelle, hoitolaitokselle ja yhteiskunnalle. Poikkeamien tuloksena voi syntyä väliaikaisia tai pysyviä haittoja, pahimmassa tapauksessa ne voivat johtaa kuolemaan. (Coombes 2012, 3826; Bereta Vilela & de Carvalho Jericó 2016, 124.) Riskiä haitallisille lääkityspoikkeamille lisääviä tekijöitä ovat ikääntyminen, monilääkitys, sairastavuus ja pitkäaikaiset sairaalahoitajaksot (Airaksinen, Käyhkö, Linden-Lahti & Pennanen 2009, 3430; Ahonen ym. 2015, 589).

Sahlströmin (2010, 46) tutkimustulosten mukaan noin 94% tutkimukseen osallistuneista piti sairaalahoitoa Suomessa turvallisenä. Verrattuna Yhdysvaltoihin, jossa 75% potilaista pitää terveydenhuoltoa vain kohtalaisen turvallisenä (Eurobarometri 2010, 327). Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan noin 95% luotti saavansa hoitolaitoksessa oikeat lääkkeet (Sahlström 2010, 65). EU-maiden asukkaista 42% pitää haittatapahtuman sattumista sairaalahoidossa epätodennäköisenä, kun sama luku on Suomessa jopa 72% (Eurobarometri 2010, 327).

Härkäsen, Turusen, Saanon & Vehviläinen-Julkusen (2013, 32-37) tutkimustulosten mukaan suurin osa (82,6%) lääkityspoikkeamista sattui sairaanhoitajille ja kaikista poikkeamista noin kaksi kolmasosaa ulottui potilaalle saakka. Toisaalta suurin osa lääkityspoikkeamista (65,7%) ei aiheuttanut haittaa potilaalle. Tutkimuksien mukaan suurin osa lääkityspoikkeamista tapahtuu dokumentoinnissa, mutta myös lääkkeiden käsittelyssä tapahtuu paljon virheitä. (Härkänen ym. 2013, 32-37; Onderwater, Smeulers, van Zwieten & Vermeulen 2014, 280; Härkänen ym 2015, 37-38.)

Arviolta noin puolet lääkityspoikkeamista olisi ennaltaehkäistävissä, usein yksinkertaisin keinoin (WHO 2008, 4). Keinojen periaatteena on hoidon varmistaminen suunnitellulla tavalla (Kinnunen, 2013, 100). Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä turvallista lääkehoitoa ohjataan lainsäädännöllä ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean määräyksillä sekä ohjeilla (Vallimies-Patomäki 2013, 39).

Tarkkaavaisuutta lääkehoidon toteuttamisessa parantaa riittävä ajankäyttö ja henkilökunta sekä keskeytymätön työskentely asianmukaisessa tilassa. Lääkitysturvallisuutta lisäävät yhtenevät toimintatavat, esimerkiksi kaksoistarkastukset, työnjako sekä lääkehoitoa toteuttavan henkilökunnan koulutus. Hoitohenkilökunnalla on oltava riittävä tuntemus lääkeaineista ja valmisteista luotettavan lääkityksen tarkistuksen toteutumiseksi. Merkittävä rooli lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisyssä on niiden raportoinnilla. (Härkänen ym. 2013, 32-37; Onderwater ym. 2014, 280; Härkänen ym 2015, 37-38.) Tietoisuus, ilmapiiri ja johdon kannustus turvallisten toimintatapojen noudattamiseen ovat ratkaisevia lääkepoikkeamien ennaltaehkäisyssä. Jos ilmapiiri on syyttelevä, ei virheitä myöskään raportoida riittävästi ennaltaehkäisevän toiminnan edistämiseksi. (Onderwater ym. 2014, 280; Bereta Vilela & de Carvalho Jericó 2016, 124.)

5 LÄÄKEHOIDON TIEDON KERUU JA ARVIOIMINEN OSASTOHOIDON TULOVAIHEESSA

5.1 Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus

Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksella tarkoitetaan potilaan, hänen omaisensa tai sosiaali- tai terveydenhuollon toimijan yhdessä potilaan tai hänen omaisensa kanssa tekemää tarkistusta. Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksessa varmistetaan, vastaako potilaan käyttämä lääkitys lääkityslistan tietoja. (Mäkelä-Bengs, Virkkunen & Vuokko 2015, 17.) Fimea käyttää ajantasaisen lääkityksen tarkistuksesta termiä ajantasaistaminen (Järvensivu, Kumpusalo-Vauhkonen. & Mäntylä 2016, 11). Ajantasaiseen lääkitystietoon kuuluvat käytössä olevat lääkkeet ja niiden tosiasiallinen käyttö. Lääkitykseen luetaan potilaalle määrätyt ja potilaan käyttämät toisille ihmisille määrätyt osastohoito- ja reseptilääkkeet sekä potilaan käyttämät itsehoitolääkkeet, rohdosvalmisteet, ravintolisät ja kaikki CE-merkityt valmisteet. (Hakoinen ym. 2016, 50; Järvensivu ym. 2016, 11.) Lain mukaisesti myös lääkitykseen liittyvät riskitiedot, kuten lääkeallergia, tulee tarkistaa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 13 §).

Lääkityslistalla tarkoitetaan luetteloja potilaan hoitoon liittyvistä lääkitystiedoista (Mäkelä-Bengs ym. 2015, 17). Potilaan lääkityslista voi olla paperinen, tulostettu esimerkiksi potilastietojärjestelmästä, tai käsin kirjoitettu lista. Lääkityslista voi olla myös sähköinen. Käytössä olevia sähköisiä lääkitystiedon hallintapalveluja ovat esimerkiksi lääkekortti.fi-palvelu ja mobiilisovelluksia esimerkiksi Lääkkeeni. Kanta-tiedonhallintapalvelussa on kehitteillä valtakunnallinen lääkityslista, joka siirtyy tulevaisuudessa palvelujärjestelmiin. Kuitenkaan tämä tuleva uudistus ei poista ammattilaisten vastuuta lääkitystietojen oikeellisuudesta tietojärjestelmissä. Sen vuoksi ammattilaisen on osattava tehdä oikeita kysymyksiä lääkityksen ja mahdollisesti siihen liittyvien ongelmien tunnistamiseksi. (Ahonen ym. 2013, 178; Mäkelä-Bengs ym. 2015, 17; Järvensivu ym. 2016, 11.)

Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus suoritetaan uuteen hoitoyksikköön saapumisen jälkeen ja tarpeen mukaan (Kwan, Lo, Sampson & Shojania 2013, 340; Järvensivu ym. 2016, 11). Merkityksellistä on potilaan sairaalahoidon alussa tehdä lääkityksen merkinnot oikein ja huolellisesti. Siirtovaiheessa tapahtuvat lääkityspoikkeamat voivat jatkaa

jopa usean vuorokauden ajan muiden ammattilaisten niitä kyseenalaistamatta. (Suikkanen 2008, 36.) Lääkityslistan ajantasaisuuden voi tarkistaa lääkärin lisäksi sairaanhoitaja, farmaseutti tai muu tehtävään määrätty henkilö, sillä ajantasaisuuden tarkistamiseen ei kuulu lääkehoidon tarpeen, indikaation tai tarkoituksenmukaisuuden arvioiminen. Kuitenkin hoitava lääkäri vastaa lääkityslistan vahvistamisesta potilastietojärjestelmiin. Lääkehoitosuunnitelmaan tulee kirjata työnjako potilaan saapuessa osastolle; kuka selvittää lääkityksen ja milloin. Lääkitystietoja voidaan kerätä potilaskertomuksesta, läheteestä, resepteistä sekä potilaan ja omaisen haastatteluista. (Hakoinen ym. 2016, 50; Järvensivu ym. 2016, 11.)

Ongelmana lääkityksen selvittämisessä voivat olla vanhentuneet tiedot, lääkityksen toteutumattomuus ja potilaiden muistamattomuus (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 284). Makkosen ja Vähälassin (2016, 58) tutkimustulosten mukaan yleisimmin potilaalla on yhdestä neljään ylimääräistä tai puuttuvaa valmistetta käytössä verrattuna potilastietojärjestelmän lääkityslistaan tai eReseptikeskuksen vuoden sisällä toimitettujen lääkkeiden listaan.

Potilastietojärjestelmien aiheuttamat vaaratilanteet lääkitystietojen siirtymisessä liittyvät useimmiten esimerkiksi järjestelmien yhteensopimattomuuteen. 2010-luvulla on esiintynyt edelleen potilastietojen kopiaimista manuaalisesti potilastietojärjestelmiin. Kopioimisessa riskien hallintakeinot perustuvat lähes ainoastaan työntekijän tarkkaavaisuuteen. (Inkinen, Pommelin, Tammela & Väyrynen 2012, 331; Jylhä 2017, 56.) On todettu myös, että tietojen löytäminen potilastietojärjestelmästä on haasteellista (Jylhä 2017, 53).

5.2 Lääkityksen tarkistus ja lääkehoidon arvioinnit

Lääkehoidon tarkistuksessa terveydenhuollon ammattilainen tarkistaa, että potilaan lääkkeiden antoajankohdat ja annostukset ovat yhtenevät hyväksytyin hoitokäytännön kanssa. Lääkityksestä kartoitetaan mahdolliset lääkkeiden päällekkäisyydet, kliinisesti merkittävät yhteensopimattomuudet, haittavaikutusriskit, suositusten vastaiset lääkkeet ja kapean terapeuttisen alueen lääkkeet. Lääkityksessä tulisi ottaa huomioon myös potilaan sairaudet ja ikä. Tarkistusta helpottamaan ja nopeuttamaan voidaan käyttää erilaisia sähköisiä työkaluja sekä tietokantoja. Näitä ovat esimerkiksi Duodecimin eri päätöksentekijärjestelmät ja tietokannat sekä Fimean Lääke75+ -tietokanta. Korjaukset lääkitykseen tekee

hoitava lääkäri. Lääkityksen tarkistus tehdään potilaan hoitoketjun erivaiheissa, esimerkiksi aina potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. (Mäkelä-Bengs ym. 2015, 17; Hakoinen ym. 2016, 52; Järvensivu ym. 2016, 11.) Lääketietoisuuden lisääntymisestä huolimatta esimerkiksi Makkosen ja Vähälassin (2016, 61) tutkimustulosten mukaan kliinisesti merkittäviä yhteisvaikutuksia ja iäkkäille sopimattomia lääkevalmisteita esiintyi tutkimukseen osallistuneilla potilailla.

Erityistä tarkkaavaisuutta vaativiksi lääkkeiksi eli riskilääkkeiksi kutsutaan lääkkeitä, joiden annosteluun, säilytykseen ja käsittelyyn liittyy turvallisuuden kannalta erityisiä riskejä tai mahdollisuus väärinkäyttöön. Työyksiköiden lääkehoitosuunnitelmiin on perusteltua sisältyä listaus omaan toimintaan liittyvistä suuren riskin lääkkeistä. (Hakoinen ym. 2016, 17, 19.) Akuuttihoiton suuren riskin lääkkeiksi on listattu muun muassa antitromboottiset lääkkeet, diabeteslääkkeet, solunsalpaajat, opioidit, antibiootit, sedaatioon ja anestesiaan käytettävät lääkkeet ja dialyysiliuokset. Myös laskimonsisäisesti annettavat inotrooppiset lääkkeet, rytmihäiriölääkkeet, adrenergiset agonistit ja antagonistit sekä kaliumia sisältävät lääkkeet on luokiteltu suuren riskin lääkkeiksi. (ISMP 2015a.) Avohoidon suuren riskin lääkkeisiin on kuuluvat muun muassa HIV-lääkkeet, solunsalpaajat, diabeteslääkkeet, immunosuppressantit ja opioidit (ISPM 2015b).

Lääkehoidon arvioinnin ja lääkehoidon kokonaisarvioinnin sisältöjen todellisia eroja on hankalaa käytännössä määritellä. Aikaisemmin nämä kaksi arviointitapaa on eroteltu niiden viemän ajan, laajuuden ja moniammatillisuuden perusteella. Lääkehoidon kokonaisarviointia on määritelty sisällöltään monipuolisemmaksi ja moniammatillisemmaksi tapahtumaksi, johon on suositeltu sisältyvän myös kotikäynnin. (Mäkelä-Bengs ym. 2015, 17; Hakoinen ym. 2016, 52; Järvensivu ym. 2016, 11.) Fimean kansallisessa selvityksessä ja suosituksissa halutaan korostaa moniammatillisuuden tärkeyttä ikäihmisten lääkehoidossa. Siksi Fimea suosittelee puhuttavan arvioinneista yhteisnimityksellä moniammatillinen lääkehoidon arviointi. (Järvensivu ym. 2016, 40.)

Kansainvälistenkin tutkimuksien mukaan moniammatillisen lääkehoidon arvioinnin avulla on mahdollista vähentää iäkkäillä haitallisten lääkkeiden käyttöä sekä lääkehoidon ongelmia. Tutkimuksissa korostetaan erityiskoulutetun farmasian ammattilaisen roolia arvioinnissa. (Leikola 2012, 132; Blalock ym. 2015, 85; Bell ym. 2016, 410; Chau ym. 2016, 50; Cortejoso ym. 2016, 1348.) Lääkehoidon arviointien vaikutusta lääkitykseen

liittyvään sairaalahoitoon on tutkittu jonkin verran ja tuloksia on saatu sen vähentävästä vaikutuksesta. Ainakin alle 80-vuotiailla lääkehoidon arviointien on todettu tuovan merkittäviä kustannussäästöjä. (Aranegui ym. 2016, 835; Benrimoj ym. 2016; Christensen & Lundh 2016, 2; Ghement ym. 2017.)

Lääkehoidon arviointi olisi hyödyllistä tehdä monilääkityille, ikääntyneille ja lääkehoidon toteutuksessa ongelmia kokeville potilaille sekä heille, jotka käyttävät huomattavasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Lääkehoitoon kannattaa kiinnittää huomiota myös potilailla, joilla on vaikea munuaisten vajaatoiminta, huimausta, kaatuilua tai ortostaattista hypotensiota sekä potilaan voinnin huonotessa äkillisesti. (Järvensivu, Kumpusalo-Vauhkonen & Mäntylä 2015; Aneese ym. 2016, 391; Aranegui ym. 2016, 835; Bueno-Cavanillas ym. 2016, 191; Järvensivu ym. 2016, 32.) Fimea (2017) suosittelee lääkehoidon arviointia, kun käytössä on yli kymmenen lääkevalmistetta.

Suomessa on vähintään 50 000 potilaan ryhmä, jolle kertyy erilaisia lääkitysongelmia ja jolla on huomattavat lääkekustannukset. Saastamoinen ja Verho (2013, 500) visioivat tulevaisuudessa Pohjoismaiden reseptirekisterien käyttöä lääkehoidon arvioinnin kohdentamiseen ja monilääkitykseen liittyvien riskien kartoittamiseen. Kustannustehokas tapo voisi olla sähköiseen potilastietojärjestelmään rakennettu muistutepalvelu arviointia tarvitsevan potilaan kohdalla. (Saastamoinen & Verho 2013, 500.)

Lääkehoidon arvioinnin toimintamalleissa moniammatillisuus ei tähän saakka ole välttämättä toiminut yhteistyönä. Esimerkiksi farmasian ammattilainen on voinut tuottaa oman osuutensa erillisenä konsultatiivisesti toimitettuna raporttina, jota ei ole käsitelty yhdessä muiden lääkehoidon arviointiin osallistuvien ammattilaisten kanssa. Fimea on julkaissut vuonna 2016 ohjeistuksen moniammatillisen lääkehoidon arvioinnin tarpeesta, sisällöstä ja määritellyt eri ammattiryhmien tehtävät siinä (Järvensivu ym. 2016, 34). Fimean ohjeistus perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön (2011) Lääkehoitopolitiikka 2020-asiakirjan toimenpide-ehdotukseen. Lääkehoidon moniammatillinen arviointi on lääkärin moniammatillisen tiimin kanssa yhteistyössä tekemä potilaan lääkehoidon tarpeen sekä taroituksenmukaisuuden arviointi. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat lääkärin lisäksi potilaan hoitoon osallistuva hoitaja, joka voi olla sairaanhoitaja tai lähihoitaja sekä erityiskoulutettu farmaseutti tai proviisori. Tarvittaessa myös muu sosiaali- ja terveydenhuollon

ammattilainen, kuten ravitsemusterapeutti ja fysioterapeutti, voi osallistua tiimin työskentelyyn. Geriatriin osaamista kannattaa hyödyntää arvioinneissa. Arvioinnin laajuus sekä eri ammattilaisten osallistuminen arviointiin päätetään potilaskohtaisesti. Arvioiminen tapahtuu hyvässä yhteistyössä potilaan kanssa, mikä helpottaa potilaan sitoutumista sovittuun hoitoon ja tavoitteisiin. Keskusteluun tulisi kutsua mahdollisuuksien mukaan myös potilas ja hänen omaisensa. (Järvensivu ym. 2016, 35.)

Ennen lääkehoidon arviointia tiedonkeruu potilaalta hänen lääkehoidostaan on luotettava toteuttaa haastattelemalla, kun kyseessä on yli 65-vuotias. Myös potilaan täyttämän kysymyslomakkeen käyttäminen on vartenotettava tiedonkerukeino huomioiden potilaan terveydentilan asettamat rajoitteet. (Elders ym. 2016, 385.) Lääkehoitoa arvioitaessa moniammatillisesti selvitetään käytössä oleva lääkitys ja sen toteutuminen, lääkkeenotto-kyky sekä sitoutuminen lääkehoitoon. Lääkekustannukset ja lääkkeiden korvattavuuteen liittyvät asiat tulee huomioida etenkin niiden potilaiden kohdalla, joilla on korkeat lääkekustannukset. Lääkekustannusten huomioimisella voidaan parantaa myös potilaan sitoutumista lääkehoitoonsa. Lääkehoidon arvioinnissa huomioidaan mittaustulokset, potilaan voinnin seuranta ja niistä tehdyt potilaskertomusmerkinnät. (Hakoinen 2016, 52; Järvensivu ym. 2016, 34.) Mittaustulosten huomioonottaminen lääkehoidon tarpeen tai lääkkeen vasteen arvioimisessa on tärkeää (Onderwater ym. 2014, 281). Hoitomerkinnoistä voi myös tarkistaa potilaan voinnin muutokset lääkehoidon aloittamisen tai muutoksen jälkeen (Hakoinen 2016, 52; Järvensivu ym. 2016, 35). Mikäli lääkitykseen tehdään arvioinneissa muutoksia, tulee potilasta, hänen omaistaan tai muuta potilaan lääkehoidosta vastaavaa henkilöä informoida käyttöohjeista ja mahdollisista vaikutuksista (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010, 8 §). Lääkehoidon tarkistamisesta ja arvioimisesta tehdään potilasasiakirjamerkintä (Hakoinen ym. 2016, 52).

6 LÄÄKEHOIDON JATKUVUUDEN VARMISTAMINEN KOTIUTUSVAIHEESSA

6.1 Lääkehoidon ohjaus

Moniammatillisella lääkehoidon ohjauksella tarkoitetaan potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien yhteistyönä toteuttamaa luotettavan, näyttöön perustuvan, tiedon välittämistä potilaalle. Ohjaukseen kuuluu myös hoidon eri vaiheissa tapahtuva hoitoon motivoiminen ja kannustaminen. Lääkehoidon ohjaus kuuluu kaikille potilaiden hoitoon osallistuville. (Heikkinen 2013, 112-113.) Laissa ei varsinaisesti viivata potilasohjaukseen. Kuitenkin Suomen perustuslaki, kuntalaki, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista ohjaavat myös potilasohjausta. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista esitetään potilaan oikeus tietoon hoidostaan (785/1992, 5 §).

Iäkkäiden potilaiden ohjaukseen ja kotiutukseen liittyviä tutkimuksia on tehty vähän. Tutkimusten mukaan ohjaamiseen liittyy puutteita. Ohjaamiseen liittyviä puutteita on havaittu esimerkiksi ohjaamisen riittävydessä, vuorovaikutuksessa, näyttöön perustuvan tiedon käyttämisessä ohjauksessa ja lisätiedon lähteille opastamisessa (Alanko ym. 2013 32-49; Palonen 2016, 52). Sahlströmin (2010, 42) tutkimustulosten mukaan potilaista vain noin 20% sai uusista lääkkeistään kirjallista tietoa ja vain 11% sai uusista lääkkeistä suullista tietoa. Tutkimuksessa lääkkeiden sivuvaikutuksista koki saavansa tietoa vain 19%. Downesin ym. (2015, 63) tutkimustulosten mukaan lääkehoidon ohjauksen puutteellisuus siirtovaiheessa johti lääkityspoikkeamiin kahdessa kolmesta tapauksesta, esimerkiksi virheeseen annosteluvälissä. Boxerin, Copelandin, Ruggieron ja Smithin (2015, 169) tutkimustuloksissa todettiin tarkistuslistan käyttämisen ohjauksen perustana kotiutustilanteessa varmentaneen lääkehoidon oikeintoteutusta kotona. Tarkistuslistassa oli käsitelty lääkityslistan oikeellisuutta ja lääkehoidon jatkuvuutta (Boxer ym. 2015, 169). Palosen (2016) tutkimustulosten mukaan iäkkään potilaan kotiutumistilanteessa ohjaaminen ja omaisten huomioiminen ohjauksessa lisäsivät kotiutumisvalmiutta. Omaisten ohjaaminen lisäsi heidän luottamustaan kotiutumisen onnistumisesta (Palonen 2016, 52).

Lääkehoidon ohjauksen tavoitteena on lääkkeiden oikea, turvallinen ja tarkoituksenmukainen käyttö. Lääkehoidon ohjauksessa korostuu runsaan informaatiomäärän jäsentäminen potilaan tarpeisiin sopivaksi. Ohjausprosessi on sidoksissa potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja kognitiivisiin kykyihin. Tärkeää onkin varmistua, että potilas ymmärtää ohjauksen. (Heikkinen 2013, 112-113.) Ohjausta toteuttavan tulee pyrkiä ymmärrettävään, selkeään ja motivoivaan otteeseen ohjauksessaan. Suullinen ohjaus ilman lääketieteellisiä termejä helpottaa ymmärtämään ohjeet paremmin, myös kirjalliset ohjeet tulee aina antaa mukaan. Lääkehoidon ohjauksessa tulee myös kerrata perusasiat, kuten lääkehoidon indikaatiot ja toivottu vaikutus. Potilaalle olisi annettava riittävästi aikaa kertoa omasta lääkehoidon toteutuksestaan. Mikäli ohjaus ei ole vaikuttavaa, on tarkasteltava ohjauksen toimintatapoja. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 188-189.)

6.2 Lääkehoitoon sitoutuminen

Lääkehoitoon sitoutuminen on potilaan aktiivista osallistumista hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Lääkehoidon laiminlyönti aiheuttaa hoitotulosten sekä potilaan elämänlaadun heikkenemistä lisäten terveydenhuollon kustannuksia. (Heikkinen 2013, 116.) Iäkkäiden kohdalla lääkehoidon toteutuminen on tutkimusten mukaan puutteellista ja iän karttuessa puutteellisuus lisääntyy. Tutkimuksista käy ilmi, että vain noin 33% yli 65-vuotiaista toteuttaa lääkehoitoaan ohjeiden mukaisesti. Iäkkään mielipiteen kuunteleminen ja huomioiminen ovat erittäin tärkeitä lääkitysmuutoksia tehdessä. Erityisesti lääkityksen vähentäminen tai lopettaminen, vastoin iäkkään omaa tahtoa, on koettu vaikeaksi. Muutosvaiheessa iäkkään lääkehoitoonsa sitoutumista voivat parantaa läheisten, lääkärin sekä hoitohenkilökunnan tuki, lääkehoidon ja sen mahdollisten sivuvaikutusten seuranta, palaute lääkehoidon hyödyistä sekä itsemääräämisoikeuden huomioiminen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 188; Kelo ym. 2015, 186-187.) Gautério-Abreu ym. (2016) tutkimustulosten mukaan iäkkäiden lääkehoitoon sitoutumista heikentävää merkittävimmin iäkkään sairastama osteoporoosi tai masennus. Iäkkään terveystietoisuus ja pitkäaikaissairauksien seuranta taas lisäsivät lääkehoitoon sitoutumista (Gautério-Abreu ym. 2016, 208).

Lääkehoitoon sitoutumista voidaan edesauttaa yksilöllisellä ja oikea-aikaisella ohjauksella, seurannalla sekä kirjallisilla omahoito-ohjeilla (Koskinen ym. 2012, 166; Ahonen

ym. 2013, 179). Sitoutumisen edistää salliva ja avoin ympäristö sekä lääkehoidoin yksinkertaistaminen. Keinoina yksinkertaistamisessa voidaan käyttää esimerkiksi annosten määrän ja lääkkeenottoaikojen mukauttamista yksilöllisesti, lääkelaskureja, ottamismuistutuksia ja älykkäitä lääkepakkauksia. (Heikkinen 2013, 117.)

6.3 Lääkehoidon tiedonsiirto

Lääkehoidon toteutukseen sisältyy terveydenhuollon palveluissa monia vaiheita. Terveydenhuollon palveluissa lääkehoitoa toteuttaa useita terveydenhuollon ammattilaisia ja tämä tekee lääkehoidon toteutumisesta haavoittuvan. (Koskinen ym 2012, 31-33; Kinnunen 2013, 103.) Tiedonhallintaan liittyviä lääkityspoikkeamia tapahtuu lääkehoidon joka vaiheessa. Suurin osa tiedonhallintaan liittyvistä lääkityspoikkeamista liittyy dokumentaatioon, tietojen kopioimiseen tai lääkemääräyksiin. (Bates, Jylhä & Saranto 2011, 194.)

Turvallisen lääkehoidon riskinä on, ettei ajantasainen lääkitystieto siirry potilaan mukana hoitoyksiköstä toiseen tai kotihoitoon (Coleman, Jackson, Kripalani & Schnipper 2007, 319). Lehnbomin, Maniaksen, Stewartin ja Westbrookin (2014, 1308) kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan lääkitystietojen ajantasaisuus kotiutuessa vaihteli 3,4 prosentin ja 98,2 prosentin välillä. Lääketietojen siirtymiseen hoitoyksiköstä toiseen voivat vaikuttaa kiire ja tehokkuus, etenkin päivystys siirroissa. Tiedonsiirron huomioiminen korostuu potilassiirroissa, joissa potilas on monisairas ja kognitiivisesti heikentynyt. Ennaltaehkäiseviä keinoja ovat toimiva viestintä ja lääkehoidon järjestäytynyt toteutus. (Dooley, Gerdtz, Manias & Williams 2015, 65.)

Potilaan kotiutuessa osastolta on huolehdittava lääkehoidon jatkuvuudesta. Yleensä potilas saa kotiutuessaan mukaansa päivitetyn lääkityslistan. Kotiutuessa osastolta on tärkeää huomioida lääkitykseen tehdyt muutokset ja varmistaa lääkkeiden saatavuus potilaan asuimassa apteekissa. (Koskinen ym. 2012, 31-33.) Kotiutusvaiheessa tulee huolehtia myös siitä, että potilastietojärjestelmästä lopetetaan tarpeettomat lääkkeet ja loppumispäivämäärät kuuriluontoisille lääkkeille merkitään selkeästi (Hakoinen ym. 2016, 53).

Tietotekniikka on sivuuttanut paljon käsin kirjaamista, mutta tiedonsiirtoa on edelleen runsaasti (Koskinen ym. 2012, 31). Sähköisellä rakenteellisella kirjaamisella on pyritty estämään päällekkäistä kirjausta ja turvaamaan tiedonsiirtoa. Potilasturvallisuutta edistää

myös rakenteisen kirjaamisen päätöksenteon turvaavat tukijärjestelmät, kuten interaktio- ja allergiavaroitukset. (Erkko & Johansson 2013, 147-148; Hahtela ym. 2013, 180.) Kuitenkin 32 sairaalasta 2009-2010 kerättyjen tutkimustietojen mukaan käsinkirjoitettujen sekä suullisten potilastietojen ja määräysten käyttäminen on ollut edelleen runsasta. Tutkimuksen mukaan potilastietojen dokumentointi ei ole tapahtunut reaaliajassa, jolloin suurin osa hoitajista on kokenut unohtavansa dokumentoida asioita. Dokumentoimisen unohtuminen tai epätarkkuus on taas johtanut siihen, että saatavilla on ollut väärää tietoa tai tieto on jäänyt saamatta vuoronvaihdon tai potilassiirron yhteydessä. Tutkimuksessa koettiin, että puuttuvat tai epätäsmälliset potilastiedot aiheuttivat lääkityspoikkeamia jopa viikoittain. Tutkimukseen osallistuneista yksiköistä joka viidennessä tiedonhallinnan työkäytännöt perustuivat pääosin kirjoittamattomiin sääntöihin. (Jylhä 2017, 47, 54-57.)

7 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TOTEUTUS

7.1 Aineiston keruu

7.1.1 Tieteellisen tutkimuksen lähtökohdat

Crossmanin (2017) mukaan määrällisellä tutkimuksella voidaan tunnistaa muuttujien väliset suhteet, kuten yhteyksiä lääkevirheiden ja eri olosuhteiden välillä, mutta laadullinen tutkimus voi valaista miksi tämä yhteys on olemassa kysymällä sitä näiden asioiden keskellä työskenteleviltä ihmisiltä. Laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä huomioimalla kulttuurin ja tutkimuksen toteuttamisen olosuhteet. Lisäksi laadullinen tutkimus voi olla määrällisen tutkimuksen edellytys aihe-alueilla, joista on vähän aiempaa tutkimusta. (Al-Busaidi 2008, 17-19.)

Opinnäytetyön tavoitteena on lääkitysturvallisuuden varmentuminen sekä yhtenäistymisen turvallisilla käytänteillä hoitoyksiköissä, missä avainasemassa ovat lääkehoitoa toteuttava henkilökunta. Sarajärven ja Tuomen (2009, 85) mukaan laadullisessa tutkimuksessa ei tilastollisiin yleistyksiin pyritä. Tämänkään opinnäytetyön tuloksilla ei pyritä yleistämään, vaikka tutkimusaihe käsittelee yleistä aihetta ja sitä voivat hyödyntää muutkin lääkehoitoa toteuttavat hoitoyksiköt. Laadullisen tutkimuksen valintaa puoltaa myös se, että tässä tutkimuksessa tiedonantajien valinta on harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Kuten Sarajärvi ja Tuomikin (2009, 86) toteavat, henkilöt, joilta tietoa kerätään, tulisivat tietää tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä tulisi olla kokemusta asiasta. Tutkimusjoukoksi siis valittiin lääkehoitoa toteuttava henkilökunta, johon kuuluu sairaanhoitajia ja lähihoitajia.

Aineiston keruumenetelmäksi valittiin haastattelu, sillä kun halutaan tietää mitä joku ajattelee jostakin asiasta, on yksinkertaisinta ja tehokkainta kysyä sitä häneltä Eskolaa ja Vastamäkeä (2010, 26) mukailten. Haastattelun hyviin puoliin lukeutuu syvällisen tiedon tavoittaminen tiedonantajilta, yleensä parempi vastausprosentti tai vastausaktiivisuus sekä haastatteluilla saatavan otoksen hyvä edustavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 126). Tiedossa on kuitenkin myös haastattelun puutteet, joita ovat Kankkunen ja

Vehviläinen-Julkusen (2013, 126) mukaan niiden viemä aika ja siten kallis toteutus sekä työläys joka rajoittaa aineiston kokoa ja aiheuttaa luotettavuus-ongelmia.

Opinnäytetyössä on laajat tutkimuskysymykset, eivätkä opinnäytetyön tekijät pystyneet etukäteen määrittelemään kaikkea niihin liittyviä asioita määritellyn viitekehyksenkään pohjalta. Tämän vuoksi teemahaastattelu valittiin tutkimusmenetelmäksi. Teemahaastattelu on niin sanottu puolistrukturoitu haastattelu, jossa on määritelty aihepiiri eli teema-alueet, mutta kysymyksillä ei ole haastattelussa tarkkaa muotoa eikä järjestystä (Kananen, 2008, 74; Eskola & Vastamäki 2010, 28; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125; Vilka 2015, 124; Hyvärinen 2017, 21). Haastattelurunkoon valittiin kaksi strukturoitua kysymystä poiketen teemahaastattelumenetelmästä. Strukturoidut kysymykset päädyttiin esittämään siksi, että opinnäytetyön tekijät halusivat varmistua tarkistuslistojen tarpeesta tiedustelemalla sitä hoitajilta.

Haastattelut toteutettiin ryhmämuotoisina. Pietilän (2010, 217), Kankkunen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 124) sekä Crossmanin (2017) mukaan ryhmähaastattelu soveltuu hyvin aineiston keruumenetelmäksi silloin, kun tutkimukseen osallistujat edustavat kaikki samaa ammattiryhmää, tässä opinnäytetyössä hoitoalan ammattilaisia, sekä aihealue on yleinen ja tätä ammattiryhmää koskeva, lääkehoito. Pietilää (2017, 217) mukailien ryhmähaastattelussa muodostuu jaettua ymmärrystä, vertailua ja neuvottelua aiheesta. Täten ryhmässä haastattelemisen hyödyttää opinnäytetyön kehittämistarkoitusta haastateltavien yhteistyönä. Aineistonkeruumenetelmää valitessa pohdittiin haastateltavien määrää tutkimuksen luotettavuuden ja haastatteluiden järjestämisen kannalta. Ryhmähaastatteluiden etuna on, että haastattelukertoja tarvitaan vähemmän kuin yksilöhaastatteluja käytettäessä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124). Haastatteluita voidaan kuvata tässä tutkimuksessa täsmäryhmä-haastatteluiksi, sillä henkilöt kutsuttiin haastatteluun asiantuntemuksensa perusteella. Täsmäryhmä-haastatteluissa voidaan odottaa, että kutsutuilla on vaikutusta tarkasteltavaan asiaan ja kyky saada aikaan muutoksia. (Vilka 2015, 125.)

7.1.2 Tutkimusjoukko ja tutkimusluvut

Laadullisessa tutkimuksessa valitaan haastateltavat, joilta saadaan ilmiön kannalta parasta tietoa (Kananen 2008, 76). Haastateltaviksi Kuopiosta ja Porista kutsuttiin peruster-

veydenhuollon lyhytaikaisilla sairaalaosastoilla työskenteleviä sairaanhoitajia sekä kotiutushoitajan tehtävää toteuttavia lähihoitajia. Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien ja lähihoitajien tuli toteuttaa työssään lääkehoitoa. Sairaanhoitajien osallistumista tutkimukseen puolsi laajempi lääkehoidon koulutus ja siten vastuu lääkehoidon toteutumisesta osastohoidossa. Kuitenkin yhden tutkimukseen osallistuneen osaston kotiutusasioita olivat hoitaneet enemmän kotiutushoitajan tehtävään perehtyneet lähihoitajat, joten heidän osallistumisensa oli tärkeää toisen tutkimuskysymyksen koskiessa potilaan kotiutumista osastolta. Muita kriteereitä haastatteluihin osallistuville olivat osaston toimintatapojen tuntemus ja hyvä suomen kielen taito. Haastatteluihin osallistuneilta hoitajilta ei kerätty esitietoja, sillä opinnäytetyössä ei ollut tarkoitus mitata ja vertailla esimerkiksi osaamista vaan kartoittaa yksiköiden käytänteitä ja niiden toteutumista. Tähän tarkoitukseen haastateltaville asetetut kriteerit koettiin riittäviksi. Kriteerit haastateltaville on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Kriteerit haastateltaville

NYKYINEN TYÖPAIKKA	Perusterveydenhuollon lyhytaikainen sairaalaosasto Kuopiossa tai Porissa
KOULUTUS	Sairanhoitaja tai kotiutushoitajan tehtävää toteuttava lähihoitaja
TYÖTEHTÄVÄ	Lääkehoito
TYÖKOKEMUS	Tuntee osaston toimintatavat
KIELITAITO	Hyvä suomen kielen taito

Työntekijöiden haastattelemiseen haettiin tutkimusluvut Kuopion ja Porin kaupungin ohjeistusten mukaisesti. Tutkimusluvut saatiin Tampereen ammattikorkeakoulun ohjaajan sekä työelämän ohjaajan hyväksymällä opinnäytetyön suunnitelmalla huhtikuussa 2017. Tutkimuslupien saamisen jälkeen tehtiin vielä sopimukset opinnäytetyön tekemisestä opinnäytetyön tekijöiden, Kuopion ja Porin kaupungin sekä Tampereen ammattikorkeakoulun välillä.

7.1.3 Haastattelurungon laatiminen ja esitestaus

Teemojen luomisessa tutkimukseen käytettiin aiheeseen sopivia teorioita ja aikaisempia tutkimuksia Eskolaa ja Vastamäkeä (2010, 35) mukailleen. Teemahaastatteluun laadittiin luettelomainen haastattelun runko (liite 1). Haastattelurungon sisällössä huomioitiin neut-

raalien ilmausten käyttäminen, ettei runko ohjailisi ja vaikuttaisi todenmukaisiin vastauksiin. Tutkimuskysymysten tavoin teemoista muodostettiin kaksi isoa teema-aluetta; potilaan vastaanottaminen ja lääkehoidon huomioiminen sekä potilaan kotiuttaminen ja lääkehoidon huomioiminen. Pääteemoja selvennettiin haastattelua varten erittelemällä niihin liittyviä aiheita. Varauduttiin myös siihen, että tutkittavat eivät välttämättä tuota tarpeeksi laajasti aiheeseen liittyvää tietoa pelkkien pääteemojen ja niihin liittyvien aiheiden perusteella. Siksi haastatteluja varten oli valmiina myös apukysymyksiä teemoista, joita voisi tarvittaessa esittää Eskolan ja Vastamäen (2010, 36) suosituksen mukaisesti. Haastattelurunkoon valituissa strukturoiduissa kysymyksissä taas päädyttiin tiedustelemaan haastateltavilta tarkistuslistojen laatimiseen liittyen, onko osastoilla käytössä tai kokevatko hoitajat tarvetta lääkehoidon tarkistuslistoille potilaan tulo- ja kotiutusvaiheessa.

Toisaalta teemahaastatteluissa tulee huomioida sekin, että haastateltava ei välttämättä koe jotakin ennalta valituista teemoista niin tärkeäksi kuin esimerkiksi jonkin muun itsensä esiin nostaman asian (Hyvärinen 2017, 22). Haastattelussa tämä huomioitiin Kvalea (2007, 51) ja Josselssonin (2013, 116) mukailleen siten, että haastattelu pidettiin joustavana reagoiden haastateltavien puheeseen ja heidän esille tuomiinsa teemoihin. Tätä varten haastattelurunkoon lisättiin molempiin pääteemoihin liittyen kohta ”muuta?”.

Ennen varsinaisia haastatteluja tehtiin kaksi esihaastattelua. Esihaastattelussa haastattelurungon mahdolliset ongelmakohdat voivat paljastua ajoissa ja haastattelurunkoa voidaan vielä hioa ennen varsinaisia haastatteluja (Eskola & Vastamäki 2010, 40–41). Esihaastattelut tehtiin haastattelijana toimineen kollegalle yksilöhaastatteluina. Koska haastattelija ja haastateltava tunsivat toisensa ennen haastatteluja, päätettiin, ettei esihaastatteluja käytettäisi eettisyyden ja luotettavuuden vuoksi tutkimuksessa. Esihaastatteluissa saatiin varmistus haastattelurungon toimivuudelle ja niiden myötä päädyttiin lisäämään myös haastattelurunkoon ”tiedonsiirto työntekijöiden välillä” ensimmäiseen pääteemaan liittyen.

7.1.4 Haastatteluiden toteutus

Haastatteluiden lukumäärä määräytyy usein käytännöllisin perustein (Baker & Edwards 2012, 18). Haastatteluiden määrää ohjaa opinnäytetyössä esimerkiksi työn ohjaajan käsitys haastatteluiden määrästä sekä käytössä oleva aika ja raha (Hyvärinen 2017, 35-36).

Haastatteluita varten organisaatioilta saatiin käytettäväksi tunti haastateltavien työaika. Haastatteluihin käytettäväksi annettu työaika oli varsin riittävä; haastattelujen kestot olivat 70 minuuttia ja 45 minuuttia. Ryhmähaastattelut toteutettiin 5.5.2017 Porissa ja 9.5.2017 Kuopiossa. Toisesta organisaatiosta haastatteluun osallistui neljä osastoa ja toisesta yksi.

Ryhmähaastatteluissa on yleensä osanottajia Heikkilän (2008, 293) mukaan 5-10, Crossmanin (2017) mukaan jopa 15. Viiden osallistujan ajateltiin saavan riittävästi aikaan vuorovaikutusta ja toisaalta jokaiselle oli aikaa tarpeeksi osallistua haastatteluajan puitteissa. Molempiin ryhmähaastatteluihin osallistui kutsuttuina viisi hoitajaa. Haastatteluihin osallistujat valikoituivat tutkimusjoukolle laadittujen kriteerien (taulukko 1), sovitun ajan kohdan mukaisen työvuorosunnittelun ja esimiesten valikoimana.

Ryhmähaastatteluiden koostumukset olivat erilaiset. Toiseen ryhmähaastatteluun osallistui yhteensä neljältä osastolta hoitajia; yhdeltä osastolta kaksi osanottajaa ja muilta osastoilta yksi. Toisessa ryhmähaastattelussa kaikki viisi osanottajaa työskentelivät samalla osastolla. Alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukaan tarkoituksena oli haastatella molemmista organisaatioista vain yhden osaston hoitajia. Tutkimussuunnitelma muuttui kuitenkin seitsemän päivää ennen ryhmähaastatteluiden toteutusta, siksi ryhmähaastattelut olivat koostumukseltaan lopulta erilaiset. Tutkimussuunnitelma muuttui toisen opinnäytetyöhön osallistuneen organisaation vaatimuksesta kutsua kaikilta sen lyhytaikaisilta sairaalaoastoilta osanottajia tutkimukseen. Kaikilta kutsuilla osastoilta osallistui hoitajia haastatteluun.

Haastateltavat saivat ennen haastattelua saatekirjeen ja allekirjoittivat suostumuksen haastateltavaksi (liite 2). Saatekirjeessä perusteltiin tutkimuksen hyötyä; omaan työhön vaikuttamista ja siten toivottiin sen motivoivan osallistumaan mukailleen Eskolaa ja Vastamäkeä (2010, 39). Haastateltavat kutsuttiin ryhmähaastatteluihin keskustelemaan lääkehoidon käytänteistä osastohoidossa. Aiheesta ei kerrottu enempää, ettei vastausten etukäteen miettiminen vaikuttaisi tuloksiin. Kvalen (2007, 51) ja Josselssonin (2013, 116) mukaan tutkimuskysymyksiin valmistautuminen ennen haastattelua tekee reagoivan ja keskustelemaan haastattelumallin toteutumisesta mahdotonta, jos haastateltava tuottaa vain vastaukset valmiisiin kysymyksiin.

Haastatteluiden tallennustapaan tulee kiinnittää huomiota, että vuorovaikutus on mahdollista analysoida tutkijan haluamalla tarkkuudella (Pietilä 2017, 126). Tarkkuustason määräävät sekä tutkimuskysymykset että analyysitapa Nikanderia ja Ruusuvuorta (2017, 427) mukaillen. Ajateltiin, että äänen tallentaminen olisi riittävää; tutkimuksessa tutkimuskohteenä ei ollut vastaaja vaan hänen kertomansa haastattelun aiheisiin liittyen ja tarkoituksena ei ollut puheen lisäksi käyttää muita elementtejä itsensä ilmaisuun. Tallennettaessa ääntä on kuitenkin mahdollista analysoida myös ääntelyä ja äänen painoa oikean tulkinnan tekemiseksi. Haastattelut nauhoitettiin käyttäen kahta sanelinta haastatteluiden nauhoittamisen varmistamiseksi. Ryhmähaastattelu on hälyäänien vuoksi hankalampi nauhoittaa yksilöhaastatteluun verrattuna, nauhoituslaitteen sijainti tulee miettiä sen vuoksi tarkasti (Pietilä 2017, 124). Sanelinten toimivuus ja sijoittelu testattiin ennen haastatteluita.

Opinnäytetyön tekijät toimivat haastattelijan roolissa ryhmähaastatteluissa. Molemmissa haastatteluissa oli yksi haastattelija. Opinnäytetyöhön osallistuivat myös hoitoyksiköt, joissa opinnäytetyön tekijät työskentelivät opinnäytetyöprosessin aikana. Tilanteessa, jossa haastatellaan lähipiiriä, voi rooli helposti sekoittua, puhuuko haastattelija tutkijana, asianomaisena vai ystävänä (Juvonen 2017, 405). Vilkan (2015, 125) mukaan haastatteluiden vetäjä on mieluiten ulkopuolinen organisaatioon nähden, etteivät mahdolliset vuorovaikutusongelmat vaikuta tutkimukseen. Täten haastattelut toteutettiin niin, ettei haastattelija työskennellyt haastateltavien työyksikössä, eli opinnäytetyön tekijät matkustivat toistensa organisaatioihin haastattelemaan.

Haastattelut toteutettiin sairaaloiden kokoustiloissa. Ennen haastatteluiden aloittamista opinnäytetyön tekijät esiteltiin ja tarjoiltiin opinnäytetyön tekijöiden puolesta kahvia leivonnaisten kera. Luontevaksi aloitukseksi ryhmäkeskustelulle valittiin kahvittelu sen jännitystä hälventävän vaikutuksen vuoksi Pietilää (2017, 126) mukaillen. Kahvitarjoilusta ei kuitenkaan kerrottu haastateltaville etukäteen, ettei se ollut haastatteluun osallistumiselle motivoiva tekijä. Kahvitarjoilu toteutettiin ennen haastattelun aloittamista mahdollisten hälyäänien vuoksi, jotka voisivat haitata haastatteluiden nauhoittamista.

Huomioitavaa haastatteluissa oli ryhmän vaikutus saatavaan tietoon, joka voi olla Kanasen (2008, 75) ja Pietilän (2017, 115) mukaan ryhmädynamiikan ansiosta tietoa lisäävä tai vähentävä. Ryhmän koostumusta suunniteltaessa on huomioitava myös tuntevatko

osallistujat toisensa entuudestaan. Ryhmähaastattelussa ennalta tuntemattomien kanssa puheenvuorot aloitetaan yleensä varovaisesti, kun taas tunnettujen haastateltavien seurassa ilmaisuun sisältyy helposti ääneen lausumatonta viestintää, jolloin haastattelijan on esitettävä tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. (Pietilä 2017, 120.) Toisessa ryhmähaastattelussa kaikki haastateltavat tunsivat toisensa ja toisessa eivät. Ryhmien vetämisessä haastattelijaa huomasi eroavaisuuden teoriaan viitaten. Ryhmähaastattelussa, jossa kaikki työskentelivät samalla osastolla, ryhmätilanne oli haastattelumaisempi; haastattelijat kysyi ja osallistujat vastasivat vuorotellen. Kun taas ryhmähaastattelussa, jossa kaikki osanottajat eivät tunteneet toisiaan, oli haastattelutilanne keskustelempampi; osanottajat kysyivät kysymyksiä myös toisiltaan. Haastatteluissa esiintyi päällekkäistä puhetta, mutta vain vähän. Se minimoitiin ohjeistamalla puheenvuoroista ennen haastattelun aloittamista.

Haastattelijan rooli haastatteluissa oli olla aktiivinen kuuntelija. Ryhmähaastattelussa haastattelijat ohjaa keskustelua eri teemoihin, mutta antaa myös tilaa ryhmän vuorovaikutukselle (Heikkilä 2008, 293). Haastattelijan tehtävänä oli erikeinoin aktivoida osallistujia vaihtamaan mielipiteitä haastattelun aiheista, jotta erilaiset näkökulmat tulisivat monipuolisesti edustetuiksi Pietilää (2010, 216) mukailleen. Haastatteluissa käytettiin useampia apukysymyksiä haastattelurungosta (liite 1) aiheisiin pääsemiseksi. Osa aiheista taas tuli esille haastatteluissa kysymättä. Haastattelurungon sisältöön lisättiin myös ensimmäisestä haastattelusta esille tullut lääkehoidon osaamisen taso, jonka haastattelijat kykeni erottamaan haastattelusta uutena aiheena. Siten lääkehoidon osaamisen tasoa käsiteltiin myös toisessa haastattelussa. Toisessa haastattelussa haastattelijat ei erottanut enää puheenvuoroista uusia tutkimuskysymyksiin liittyviä aiheita.

Haastattelun aiheisiin kuuluva aika haastatteluissa vaihteli. Toisessa haastattelussa ensimmäinen pääteema ja etenkin sen ensimmäinen aihe, lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus, aiheutti runsaasti keskustelua, tunteikastakin, mutta asiallista. Ylipäätään aiheet, joissa koettiin olevan ongelmia tai onnistuvan erityisen hyvin, kirvoittivat pidempiä puheenvuoroja ja keskustelua. Toisessa haastatteluista oli myös tilanne, että haastattelijan tuli selventää keskustelun aihetta enemmän, lääkehoidon vasteen seuranta, sillä haastateltavat eivät heti yhdistäneet aihetta osaston päivittäisiin toimintoihin. Lääkitysvirheistä kerrottiin ja keskusteltiin vähän, mutta lääkitysvirheiden riskitekijöitä ja seurauksia nousi ilmi haastatteluiden aiheista.

Vastuu haastattelutilanteen etenemisestä oli haastattelijalla, joka haastattelua johtamalla mahdollisti jokaisen haastateltavan osallistumisen haastatteluun ohjaamalla puheenvuoroja haastattelun aikana. Ajoittain haastatteluiden aikana haastattelijan täytyi huomioida, että keskustelu alkoi toistaa itseään ja tällöin haastattelija odotti sopivan hetken johdatella haastateltavat seuraavaan aiheeseen. Kuitenkin molemmissa ryhmähaastatteluissa oli myös enemmän kuuntelijan roolissa olevia osanottajia. Haastattelut päättyivät yksimielisyyteen siitä, että kaikki olivat saaneet sanottua sanottavansa aiheista.

7.2 Aineiston analysointi

Haastatteluaineisto käsiteltiin sisällönanalyysin menetelmin. Sisällönanalyysissa aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108). Ennen analysointia nauhoitettu aineisto auki kirjoitettiin eli litteroitiin puheen sisältöön keskittyvästi. Litterointi toteutettiin kuukauden aikana haastatteluiden toteutuksesta. Opinnäytetyön tekijät litteroivat vetämänsä haastattelun. Haastattelijat kokivat litteroidessaan, että muistivat vielä haastattelutapah-tuman hyvin ja toisaalta nauhoitukset olivat hyvälaatuisia, eikä aineistokatoa tullut.

Litteroidun haastatteluaineiston määrä oli tekstinkäsittelyohjelmassa 26 sivua. Kuopiossa toteutetusta haastattelusta litteroitua haastatteluaineistoa oli 11 sivua ja Porissa toteute-tusta 15 sivua käytettäessä Times New Roman -fonttia rivivälillä 1, fontin kokoa 11 ja riviväliä 1. Puheenvuorot erotettiin luettelomerkeillä.

Aineisto tallennettiin kahdella sanelimella. Pelkän puheen sisällön litteroimiseen ja ana-lysoimiseen päädyttiin, koska haastateltavat keskustelivat asiallisesti. Puheesta ei ollut tulkittavissa kaksoismerkityksellisyyksiä äänien ja äänen painotuksen perusteella.

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on puheen sisältöön keskittyvä analyysimenetelmä (Nikander & Ruusuvoori 2017, 430). Täten se oli tutkimuksen analy-sointiin sopiva. Sisällönanalyysi toteutettiin teorialähtöisellä teemoittelulla mukailien Puusniekkaa ja Saaranen-Kaupista (2006) sekä Sarajärveä ja Tuomea (2009, 93). Teo-rialähtöiseen teemoitteluun analysoimisessa päädyttiin teemahaastattelu-menetelmän käyttämisen myötä. Teemahaastattelun aiheet ryhmittelivät aineistoa ja käyttämällä tee-mahaastattelun aiheita teemoittelussa teemoina myös kaikki teemahaastattelun aiheet

huomioitiin analyysissä, eikä aineistosta jäänyt siten oleellista pois. Teemoittelu oli teorialähtöistä eli deduktiivista, sillä teemahaastattelun aiheita oli koottu tutkimuksen teoreettisesta viitekehystä tai siihen liittyen esihaastatteluista sekä ensimmäisestä ryhmähaastattelusta.

Aineisto järjesteltiin litteroinnin jälkeen teemahaastattelun aiheiden mukaisesti, jotka olivat määritelty pääteemojen alle haastattelurungossa (liite 1); esimerkiksi lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus ja lääkehoidon ohjaus. Näistä aiheista muodostuivat teemoittelun teemat. Kunkin teeman alle koottiin tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmaan molemmista haastatteluaineistoista ne kohdat, joissa puhuttiin kyseisestä teemasta. Tarkistuslistoihin liittyvistä strukturoiduista kysymyksistä koottiin perusteluja teemoihin, joihin ne liittyivät; esimerkiksi tiedonsiirtoon työntekijöiden välillä. Näin päädyttiin menettelemään tutkimuskysymyksiin aineistolla vastaamiseksi. Analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuutta, eli poimittiin teemoihin liittyen puheenvuoroista myös yksittäisiä lauseita ja lauseiden osia, niin että niiden merkitys ei muuttunut.

Aineistosta löytyi myös uusia teemoja haastattelurungon aiheiden lisäksi, jotka kuitenkin vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymyksiin liittyen haastateltavat nostivat esille asioita liittyen lääkehoidon osaamisen tasoon, joka lisättiin haastattelurunkoon ensimmäisen haastattelun jälkeen. Analysointivaiheessa aineistosta nousi esille vielä lääkeyksityksen tarkistaminen kotiutuessa sekä eroavat työnkuvat ja työnjako yksiköittäin painotuitvat haastatteluaineistossa. Näistä muodostui lisää teemoja.

Opinnäytetyön tekijät suorittivat teemoittelun ensin yksin molemmille haastatteluaineistoille. Sen jälkeen he vertailivat muodostamia teemoja ja niiden sisältöjä siten, että aineisto saatiin teemoiteltua yksimielisesti. Aineiston teemoittain järjestelemisen jälkeen alkuperäiset ilmaukset redusoitiin eli pelkistettiin, jolloin turhat täytesanat poistettiin alkuperäisistä ilmauksista säilyttäen niiden ajatuskokonaisuudet, mutta helpottaen niiden ymmärtämistä. Opinnäytetyön tekijät pelkistivät aineiston yhdessä.

Pelkistämisen jälkeen teemojen sisältö klusteroitiin eli ryhmiteltiin samankaltaisuuden perusteella. Samaan näkökulmaan liittyvät asiat, esimerkiksi toteutukseen tai toimivuuteen liittyvät, ryhmiteltiin alaluokiksi ja nimettiin sisältöä kuvaavasti; esimerkiksi Lääke-

hoidon arviointi osastoilla. Toisaalta pienemmiksi asiasisällöltään jääviä alaluokkia yhdisteltiin mahdollisuuksien mukaan isompaan kokonaisuuteen. Teemoista muodostettiin yläluokat, joiden nimet mukailivat teemoja tai muuttuivat sisällönmukaisesti hieman; esimerkiksi lääkehoidon vasteen mittaamisesta muodostui Lääkehoidon vasteen seuranta - yläluokka, sillä sen sisältö käsitti muutakin kuin mitattavaa seurantaa. Joitakin teemoja päädyttiin lopulta yhdistämään yläluokittelussa, sillä niiden sisältö oli huomattavasti pienempi; Lääkitys ja lääkehoidon seuranta kotiutuessa liittyen lääkityksen tarkistamiseen kotiutusvaiheessa ja lääkehoidon seurannan jatkuvuuteen sekä Lääkehoidon tiedonsiirto ja työnjako kotiutuessa. Pääluokat ryhmittelyyn muodostuivat muuttamalla tutkimuskysymykset otsikoiksi; Lääkehoidon toteutus potilaan tulovaiheessa hoitajien näkökulmasta ja Lääkehoidon jatkuvuuden toteutuminen potilaan kotiutuessa hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyön tekijät suorittivat ryhmittelyn ensin yksin ja sitten yhdessä he päätyivät lopulliseen ryhmittelyyn. Ryhmittely on kuvattu liitteessä 3.

Raportin tyylin tulee olla yhtenevä (Puusniikka & Saaranen-Kauppinen 2006). Neutraaliin ryhmittelyyn päädyttiin asiakokonaisuuksien hallinnan selkeyden vuoksi. Tuloksien esittäminen teemojen mukaan aiheittain helpottaa tuloksien ymmärtämistä liittyen oikeisiin asiayhteyksiin. Lisäksi aiheisiin liittyvät erilaiset toimintamallit ja näkökulmat nousivat esille tuloksissa rinnakkain. Ryhmittelyn mukaan tulokset raportoitiin pelkistystä apuna käyttäen. Tuloksien raportoinnissa esitetään aineistoa havainnollistavia alkuperäisilmauksia, jotka opinnäytetyön tekijät kokivat merkityksellisiksi tutkimuksessa ja tutkittavaa aihetta hyvin kuvaaviksi.

7.3 Lääkehoidon tarkistuslistan ja seurantalomakkeen laatiminen tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta voidaan ymmärtää väljänä yleiskäsitteenä; siinä yhdistyvät projektitoiminta sekä tutkimuksellinen lähestymistapa. Kehittämistoiminta voi sisältää sekä uusien ideoiden keksimisen, että niiden levittämisen ja vakiinnuttamisen. Kehittämistoiminnassa voidaan myös pyrkiä esimerkiksi tuottamaan tutkimuksellisin menetelmin tietoa siitä, voidaanko jotain työmenetelmää pitää hyvänä. Kehittäminen tarkoittaa käytännöllistä asioiden korjaamista, parantamista sekä edistämistä. Organisaatioiden sisäinen kehittäminen saattaa onnistuessaan levitä laajemminkin myös muiden organisaati-

tioiden ja toimijoiden käyttöön. Lähtökohtana kehittämistoiminnassa voivat olla ongelmat nykytilanteessa tai näky jostakin uudesta. (Rantanen & Toikko 2009, 16, 19, 21-22, 33.)

Kehittämistoiminnan tulee perustua tavoitteeseen. Opinnäytetyön tavoitteena on lääkitysturvallisuuden varmentuminen sekä yhtenäistyminen turvallisilla käytänteillä lyhytaikaisen osastohoidon tulo- ja kotiutusvaiheessa. Tavoitteeseen pääsemiseksi opinnäytetyössä oli tarkoitus tarkastella lääkehoidon toteutusta lääkitysturvallisuuden näkökulmasta sekä laatia lääkehoidon tarkistuslistat potilaan tulo- ja kotiutusvaiheeseen, mikäli hoitajat kokisivat tarvetta sellaisille. Tarkistuslistan kehittämisen tulisikin aina lähteä tarpeesta ja sen kohteeksi tulisi valita työtehtävä, joka on virheille altis (Hales, Terblanche, Fowler & Sibbald 2008, 24-28; Blomgren & Pauniahho 2014). Lääkehoitoon liittyvät työtehtävät ovat virheille alttiita (Hoppu ym. 2008, 773; WHO 2008, 3; Collins ym. 2009, 1762; Härkänen 2014, 2). Kehittämistyö siis kohdistui muutokseen työnteon tavassa; lääkehoidon toteuttamiseen tarkistuslistaa apuna käyttäen potilaan tulo- ja kotiutusvaiheessa. Kehittämistoiminta oli organisaatioiden sisäistä kehittämistä kohdistuen kahden organisaation viiteen hoitoyksikköön, jotka toteuttavat perusterveydenhuollon lyhytaikaista sairaalahoitoa.

Kehittämistoimintaprosessin suunnitteluvaiheessa opinnäytetyön tekijät tutustuivat laajasti uusimpaan tietoon liittyen lääkehoidon toteutukseen osastohoidon tulo- ja kotiutusvaiheessa. Kun opinnäytetyön suunnitelmalla saatiin tutkimusluvut opinnäytetyöhön osallistuvilta organisaatioilta, toteutettiin aineiston keruu. Lääkehoidon toteutuksesta kerättiin tietoa ryhmämuotoisilla teemahaastatteluilla hoitajilta, ja tätä menetelmää käytettiin samalla kehittämistoiminnassa selvittämään kehittämisen tarvetta sekä kehitettävän tarkistuslistan sisällön ideoimiseksi. Haastattelurunkoon sisältyi kaksi strukturoitua kysymystä koskien hoitajien kokemusta tarkistuslistojen laatimisen tarpeellisuudesta (liite 5). Kehittämistoiminnan suunnitteluvaiheessa kehittämismenetelmiä voidaankin jäsentää sen mukaisesti, mihin niillä pyritään (Rantanen & Toikko 2009, 18). Tarkistuslistojen laatimista opinnäytetyössä perusteellaan hoitajien kokemalla tarpeella, opinnäytetyön tekijöiden huomioimilla asioilla turvallisuuden näkökulmasta haastatteluaineiston sekä teoreettisen viitekehyksen pohjalta ja myös potilaan näkökulmasta, hänen hoitonsa turvallisuuden varmentamiseksi.

Kehittämisen keskeisiä toimijoita opinnäytetyössä olivat työntekijät. Kehittämistoiminnan avulla työntekijöillä oli mahdollisuus vaikuttaa omaa työtään koskeviin ratkaisuihin. Koska kehitystyö koskee työntekijöitä, heidän osallistumisensa varmentaa heidän tarpeidensa huomioimista sekä lisää sitoutumista kehittämiseen. Käyttäjäkeskeisessä suunnittelussa korostetaan käyttäjien osallistumista suunnitteluprosessiin, vaikka päävastuu onkin kehittäjillä. (Hyysalo 2006, 86-97.) Kehittäjiä tässä opinnäytetyössä olivat opinnäytetyön tekijät. Käyttäjäkeskeisellä suunnittelulla voidaan saada aikaan käyttäjälähtöisiä palveluita tai tuotteita, joka edistää niiden leviämistä käyttöön (Rantanen & Toikko 2009, 97).

Koettuun tarpeeseen laadittiin kehittämistoimintaprosessin toteutusvaiheessa lääkehoidon tarkistuslista, jossa on osiot sekä potilaan vastaanottamiseen, että kotiutukseen opinnäytetyön tavoitteeseen pohjautuen (liite 4) sekä lääkehoidon seurantalomake (liite 5). Hoitotyön tarkistuslista on työkalu, jossa on listattuna toimintoja tai kriteereitä, joiden toteutuminen tarkistetaan joka kerta samalla tavalla. Tarkistuslistan tarkoituksena on yhdenmukaistaa prosesseja sekä helpottaa työtä, kun työntekijöiden ei tarvitse muistaa tarkistuslistan sisältöä ulkoa. Tarkistuslistan tavoitteena on lisätä turvallisuutta, parantaa laatua ja vähentää virheitä. (Blomgren & Pauniahho 2014.)

Tarkistuslista voi olla paperinen tai elektroninen. Paperisen version etuna on luotettavuus, sillä paperinen tarkistuslista ei ole riippuvainen sähköstä eikä tekniikan toiminnasta. Paperinen versio on myös edullinen ja helppo kuljettaa mukana. Elektronisessa tarkistuslistassa taas voi olla turvallisuutta varmentavina ominaisuuksina esimerkiksi käyttäjää huomauttava toiminto, jos jokin listan kohdista on jäänyt suorittamatta. Elektroninen tarkistuslista voi automaattisesti päivittää itsensä sekä lähettää tai vastaanottaa tietoa muista yhteensopivista laitteista tai sovelluksista. Elektronisten tarkistuslistojen huonoihin puoliin lukeutuu niiden hankintakustannukset ja mahdolliset toimintahäiriöt. (Verdaasdonk, Stassen, Widhiasmara & Dankelman 2009, 719, 721.) Opinnäytetyön tekijöiden budjetin, osaamisen sekä opinnäytetyöprosessin ajan rajallisuuden vuoksi laadittiin paperinen lääkehoidon tarkistuslista.

Tarkistuslistan tulisi sisältää vain oleellisia asioita turvallisuuden kannalta (Blomgren & Pauniahho 2014). Oleelliset asiat opinnäytetyön tekijät valikoivat sekä teoreettisen viitekehyksen että haastatteluaineiston pohjalta. Haastatteluaineistosta haettiin mahdollisia

riskitekijöitä lääkehoidon oikeintoteutumiselle. Suositeltavaa onkin, että tarkistuslista perustuisi ensisijaisesti kirjallisuuslähteisiin, vertaisarvioituihin ohjeistuksiin ja tarkistuslistan aihe-alueen kanssa työskentelevien tietoihin (Hales ym 2008, 24-28). Tarkistuslistan sisällön laatiminen on kuvattu luvussa 9.1.

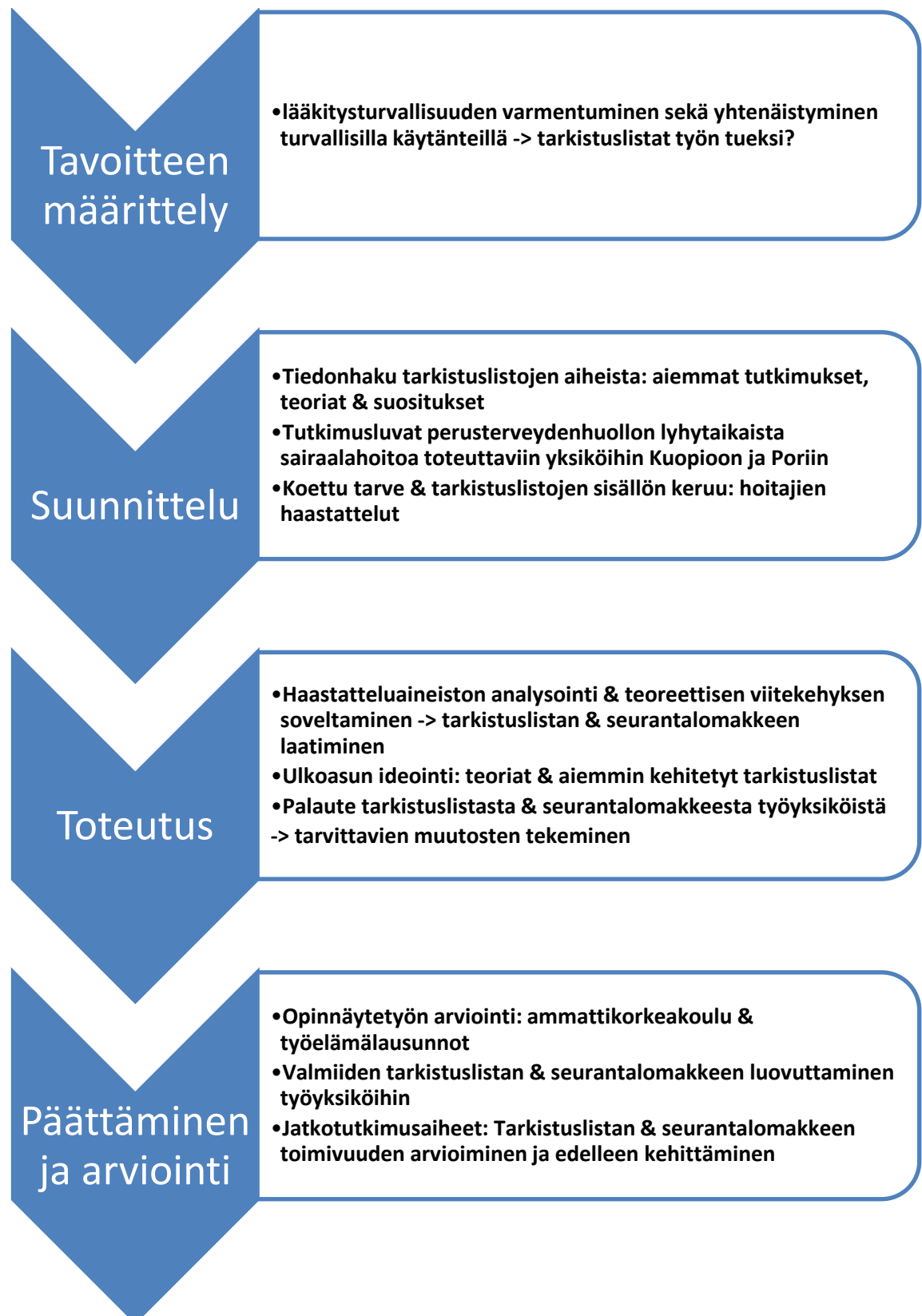
Tarkistuslistaa laadittaessa tulee kiinnittää huomiota sen käytettävyyteen (Winters ym. 2009, 210; Helovuori ym. 2011, 208; Blomgren & Pauniahon 2014). Tarkistuslista toteutettiin tekstinkäsittelyohjelman tarkistuslistan laatimisen työkaluilla. Tarkistuslistan rakenteeseen ja ulkoasuun haettiin ideoita aiemmin tehdyistä opinnäytetöistä. Suunnittelussa esimerkkinä käytettiin muita tarkistuslistoja, joissa on selkeästi kaksi aihe-aluetta. Tarkistuslistan aiheet päädyttiin toteuttamaan samaan listaan, jakamalla tilan listassa kahteen osaan, jotta käyttö olisi mahdollisimman yksinkertaista. Halesin ym. (2008, 24-28) ja Verdaasdonkin ym. (2009, 720) mukaan tarkistuslistan tulisi olla helppolukuinen, jota tuettiin listan selkeällä kirjasintyypillä, korostamisella lihavoinein sekä sen selkiyttämällä luettelomerkein. Tarkistuslista sisältää sekä täydennettäviä kohtia, että pelkistään tehdyiksi merkittäviä kohtia. Tarkistuslistaa on mahdollista käyttää käsin kirjattavana versiona tai muistilistana. Käytettiinpä tarkistuslistaa käsin kirjattavana versiona tai muistilistana, tarpeelliset asiat tulisi kirjata myös potilaan tietoihin potilastietojärjestelmään; esimerkiksi lääkehoidon vasteen seuranta ja mahdolliset vielä tekemättömät toiminnot. Vaikka suositeltavampaa olisi käyttää ammattisanaston sijaan yleisesti tiedossa olevia termejä Verdaasdonkin ym. (2009, 720) ja Halesinkin ym. (2008, 24-28) mukaan, päädyttiin ammattisanastoa kuitenkin käyttämään pitkältä listalta välttymiseksi. Osa ammattisanaston sanoista on selvennettävissä yleisin termein monisanaisemmin. Käytettyjen ammattisanojen tulisi olla terveydenhuollon ammattilaiselle tunnettuja, mikäli eivät, sen ohjaa hakemaan tietoa.

Haastattelussa esille nousi myös tarve apuvälineelle selvitettäessä osastohoidon aikana tehtyjä lääkitysmuutoksia jatkohoitoon. Apuvälineeksi laadittiin lääkehoidon seurantalomake ja se luotiin tekstinkäsittelyohjelman taulukkotyökalulla mahdollisimman yksinkertaiseksi. Lääkehoidon seurantalomake on käsin tai tekstinkäsittelyohjelmalla täytettävä lomake. Lääkehoidon seurantalomakkeen sisällön laatimista käsitellään luvussa 9.2.

Blomgrenia ja Pauniahon (2014) mukaillen laadittaessa esimerkiksi tarkistuslistaa, tulee pohtia, miten siitä saisi mahdollisimman toimivan siinä yksikössä tai yksiköissä, jossa

sitä on tarkoitus käyttää. Lääkehoidon tarkistuslistan ja seurantalomakkeen laatimisen jälkeen ne tarjottiin opinnäytetyöhön osallistuneisiin hoitoyksiköihin tarkasteltaviksi. Opinnäytetyön tekijät esittelivät tarkistuslistan ja seurantalomakkeen käyttöä ja pyysivät hoitajilta palautetta niistä. Esittely tehtiin osastoille joko läsnäolokontaktilla tai sähköpostitse esimiesten välityksellä. Esittelyvaiheessa vietiin eteenpäin hoitoyksiköiden esimiehille myös hoitajien kokemus, että potilastietojärjestelmästä on vaikea selvittää osastohoidon aikana tehtyjä lääkitysmuutoksia. Tämän kokemuksenhan myötä opinnäytetyön tekijät laativatkin lääkehoidon seurantalomakkeen. Yhdessä hoitoyksiköistä päädyttiin viemään asiaa eteenpäin potilastietojärjestelmän vastuuhenkilöille. Osa hoitoyksiköistä antoi palautetta lääkehoidon tarkistuslistasta ja seurantalomakkeesta sähköpostitse opinnäytetyön tekijöille. Kaikki osastot eivät antaneet palautetta edes muistutuksesta huolimatta. Saadun palautteen mukaan tarkistuslistan ja seurantalomakkeen koettiin sisältävän kaiken oleellisen. Palautteessa mainittiin myös, että tarkistuslista ja seurantalomake otettaisiin kokeilukäyttöön yhdellä osastoista.

Palautteen perusteella lääkehoidon tarkistuslistaan ja seurantalomakkeeseen ei tehty muutoksia. Opinnäytetyön tekijät muotoilivat kuitenkin vielä selkeyttäviä rakennemuutoksia lääkehoidon tarkistuslistaan. Opinnäytetyön valmistuttua lääkehoidon tarkistuslista ja seurantalomake luovutetaan opinnäytetyöhön osallistuneisiin hoitoyksiköihin. Kehittämistoimintaprosessi päättyy opinnäytetyön osalta lääkehoidon tarkistuslistan ja seurantalomakkeen arviointiin ammattikorkeakoulun ja työelämän lausunnoilla. Kehittämistoiminnan jatkumisen suhteen jatkotutkimusideointia on esitetty luvussa 10.4. Kehittämistoimintaprosessi on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1. Lääkehoidon tarkistuslistan ja seurantalomakkeen laatimisen prosessi mukailen Pelinin (1999,77) projektityön lineaarista mallia

8 TULOKSET

8.1 Lääkehoidon toteutus potilaan tulovaiheessa hoitajien näkökulmasta

8.1.1 Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus

Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus osastoilla

Haastatteluista ilmeni, että yhdellä osastoista lääkäri laatii potilaan lääkityslistan ja toisilla osastoilla lääkityslistan päivitys on hoitajan vastuulla. Vaikka lääkäri laatisi lääkityslistan, kerrotaan hänen pyytävän epäselvissä tilanteissa sairaanhoitajaa selvittämään lääkitystä. Hoitaja voi puolestaan myös kysyä lääkäriä tarkistamaan lääkityslistaa, sillä lääkityksissä koettiin olevan usein epäselvyyksiä. Mikäli hoitaja laatii lääkityslistan, lääkäri vielä varmistaa lääkityksen. Osa haastateltavista korosti sairaanhoitajan vastuuta lääkityslistan päivittämisessä.

Päivystysaikaan osastolle saapuvien potilaiden lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistamisessa oli eriäviä käytänteitä. Osastolla, jolla lääkäri tarkistaa lääkityslistan ajantasaisuuden, hoitajat ilmoittavat päivystävälle lääkärille potilaan saapumisesta osastolle. Päivystysaikaan päivystävä lääkäri tulee katsomaan potilaan ja laatii lääkityslistan. Lääkärin kerrottiin hoitavan osastolle tulevia potilaita kiireellisyysjärjestyksessä, mutta ilta-aikaan osastolle tulevilla potilailla on saattanut lääkityslistan laatiminen viivästyä. Esimerkkinä mainittiin antibiootihoidon viivästyminen, koska lääkäriä ei haluttu häiritä hänen ollessa kiireinen. Toisena esimerkkinä mainittiin potilaan kiputilanne, jolloin lääkäriä on voitu tarvittaessa pyytää osastolle välittömästi katsomaan potilasta. Yöaikaan päivystyksestä osastolle saapuvilla potilailla pitäisi olla haastattelun perusteella yön ajaksi mukanaan ajantasainen lääkityslista. Toisilla osastoilla, joilla hoitajat tarkistavat lääkityslistan ajantasaisuuden, lääkitys voidaan varmentaa vasta seuraavana päivänä lääkäriltä, mikäli lääkityksessä ei ole oleellisia epäselvyyksiä.

Lääkityslistojen ajantasaisuuden tarkistamisen koettiin hoitajien työtehtävänä aikaa vieväksi. Lääkitystä ja esimerkiksi injektoiden antoaikoja joutuu selvittämään monesta eri lähteestä. Esimerkkinä mainittiin iltavuoro, jolloin hoitajia on vain kaksi ja toinen joutuu huolehtimaan potilaiden välittömistä tarpeista yksin toisen keskittyessä uuden potilaan

lääkityslistan tarkistamiseen. Kiireestä huolimatta avun pyytämistä päivystävältä lääkäriltä lääkityslistan tarkistamiseen pidettiin jopa vaikeana, hoitajat pohtivat uskaltaako lääkärille soittaa. Lääkityslistan päivittämisestä mainittiin vain, että haastateltavan mukaan lääkkeet on lisättävä yksitellen lääkityslistalle, mikäli ne eivät löydy Kanta-arkistosta.

Lähteet lääkityksen selvittämisessä

Lääkityksen selvittäminen ja lääkityslistan laatiminen koettiin alttiiksi virheille. Usein lääkitystä on selvitettävä haastateltavien mukaan monesta eri lähteestä, kuten kotihoidosta, omaisilta sekä erikoissairaanhoidon potilasasiakirjoista tai kotona olleista vanhoista lääkityslistoista. Haastattelussa mainittiin myös avohoidon lääkitys, joka saattaa kuitenkin poiketa käytetystä lääkityksestä. Omaisilta voidaan tiedustella ajantasaista lääkitystä, mikäli he jakavat potilaan lääkkeitä kotona. Omaisten tietoja potilaan lääkityksestä pidettiin luotettavana. Toisaalta erään haastateltavan mukaan Kanta-arkisto on luotettavin lähde lääkityslistan laatimisessa. Lääkitys löytyy hänen mukaansa Kanta-arkistosta, mikäli potilas on käyttänyt terveystietopalveluita viimeisen neljän vuoden aikana.

”-- joka paikast niitä (lääkitystietoja) joutuu niinku hakemaan et kyl siin suuri vaara on et siihen tulee niitä virheitä.”

Toisinaan potilaiden mainittiin tietävän itse lääkityksensä tai he olettavat lääkityksensä löytyvän tietokoneelta. Mikäli potilas tietää itse lääkityksensä, lääkitys selvitettiin potilaan kanssa osastohoitoon saapuessa. Haastattelusta nousi esille myös potilaiden saattavan ottaa lääkkeitään erilaisilla annoksilla määräyksiin nähden tai säätelevän mahdollisesti annosta itse vasteen mukaan. Toisinaan potilaat eivät muistamattomuuden vuoksi muista, kuinka ovat käyttäneet lääkkeitään.

Lääkityslistan ajantasaisuuden hallinta

Haastattelussa kerrottiin potilaan lääkityslistan löytyvän potilastietojärjestelmästä. Ongelmiksi mainittiin vanhentuneet lääkityslistat sekä eri potilastietojärjestelmät ja niiden virheet. Yksityislääkärin määräämiä lääkkeitä ei haastateltavan mukaan näy julkisen sektorin potilastietojärjestelmissä. Kotihoidossa, päivystyksessä sekä sairaalaosastoilla todettiin myös olevan käytössä eri potilastietojärjestelmiä. Päivystyksessä ei näin ollen välttämättä saada kotihoidon sähköisiä potilasasiakirjoja nähtäväksi lääkityksen tarkistamista varten ja lääkityslistoissa epäiltiin olevan sen vuoksi virheitä. Haastattelussa kerrottiin

myös virhetapahtumasta, jossa potilastietojärjestelmä lisäsi potilaan aiemmin käyttämiä lääkkeitä lääkityslistoille ja poisti käytössä olevia lääkityksiä. Tällaisen virheen koettiin vaativan erityistä tarkkuutta lääkäreiltä.

Lääkekuurien loppumispäivämäärien koettiin aiheuttavan ajantasaisuuden hallinnassa ongelmia. Loppumispäivämääriä on jäänyt merkitsemättä, ja haastateltavat mainitsivat useita tilanteita, joissa olivat huomanneet lääkekuurin lääkkeiden jakamisen jatkuneen tahattomasti vielä kuurin päättymisen jälkeenkin. Myös harvoin annosteltavien lääkkeiden antamisajankohtien selvittäminen koettiin haastavaksi. Haastateltavat mainitsivat selvittelyä vaativiksi tilanteiksi myös lääkityslistalle aiemmilta hoitajaksoilta jääneet vanhat lääkitykset.

Virheitä kerrottiin aiheutuvan avoterveydenhuollossa tehtävistä lääkitysmuutoksista, joita ei ole päivitetty lääkityslistalle. Haastateltava kertoi joskus lääkitysmuutoksen löytyneen vain yleislääketieteen lehdeltä potilastietojärjestelmästä. Avoterveydenhuollon lääkityksien kerrottiin sisältäneen myös puutteellisia ohjeita, lääkkeen antoajankohta on saatettu jättää merkitsemättä tai annostukset ovat olleet epäselviä. Ratkaisuksi ehdotettiin, että avoterveydenhuollon lääkärit voisivat ylläpitää lääkityslistojen ajantasaisuutta.

Haastattelussa nousi esille toive, että potilailla olisi osastolle tullessaan mukanaan ajantasainen lääkityslista, jolloin säästyisi työntekijöiden aikaa. Lääkityksen selvittäminen monesta lähteestä koettiin myös lisäävän virheiden riskiä. Potilaiden lääkehoidon hallintaa heikentää myös epäsäännöllinen lääkkeiden käyttö. Haastateltava toi esille potilaat, jotka saattavat käyttää esimerkiksi verenpaineen mukaan säädelyä lääkitystä. Ohjeen kerrottiin olevan lääkärin suullisesti antama. Potilaan lisäksi omaisetkin saattavat olla mukana lääkkeiden annostuksien määrittelemisessä. Omainen on saattanut lopettaa lääkityksiä tai epäillä lääkityksen tarpeellisuutta. Esimerkkinä mainittiin puntarointi nesteenpoistolääkityksen tarpeellisuuden ja lisääntyneen virtsaamistarpeen välillä. Palvelukotien asukkaiden lääkityslistojen koettiin olevan melko ajantasaisia.

8.1.2 Lääkityksen tarkistus

Lääkityksen tarkistus osastoilla

Haastateltavat kertoivat, että yhdellä osastoista lääkäri sekä tarkistaa lääkityslistan ajantasaisuuden, että tarkistaa lääkityksen. Toisaalla taas lääkityslistan laatiminen on hoitajan vastuulla, jolloin lääkäri vain varmentaa lääkityslistan ja tarkistaa lääkityksen. Mikäli potilas tulee edellä mainittua työnjakoa toteuttavalle osastolle ilta-aikaan, tarkistaa lääkäri lääkityksen vasta aamulla. Haastattelussa nousi esille näkemys, että kun lääkkeen määrääminen ja sopivuuden tarkistaminen ovat lääkärin tehtäviä, ei hoitaja kiinnitä siten huomiota potilaan lääkitykseen. Haastattelussa kerrottiin myös käytänteestä eräällä osastolla, että lääkäri konsultoi usein osaston farmaseuttia lääkityksistä ja konsultoimisen ajateltiin kuuluvan lääkärin velvollisuudeksi. Toisaalta hoitajan kerrottiin voivan lääkärin lisäksi konsultoida osaston farmaseuttia tai viestittää lääkärille mahdollisesta konsultoinnin tarpeesta. Lääkärin suhtautumisen osaston farmaseutin konsultoimiseen lääkityksen tarkistamisessa kerrottiin olevan vaihtelevaa. Lääkityksen tarkistamisen apuvälineinä kerrottiin käytettävän lääketietokantoja, esimerkiksi Sfinxia ja Fimean Lääke75+:a.

Lääkityksen tarkistuksen toimivuus

Haastatteluissa hoitajat luottivat paljon lääkityksen tarkistukseen lääkärin suorittamana, mutta kokivat vastuuta silti lääkityksen oikeellisuudesta. Esille nousi tilanteita, joissa hoitaja on huomionnut lääkityksessä päällekkäisyyksiä tai virheitä. Esimerkiksi kerrottiin hoitajan huomanneen potilaan lääkeaineallergian, jolloin hoitaja on lopettanut määrätyn allergisoivan lääkkeen antamisen ja ilmoittanut lääkärille asiasta. Esille haastattelussa nousi myös, että lääkäriä joutuu muistuttelemaan Marevan-lääkityksen annostuksista. Tilanteista keskusteleminen lääkärin kanssa kuvautuu pääosin luontevaksi ja lääkityksiin liittyvien asioiden ilmoittaminen lääkärille koetaankin hoitajan velvollisuudeksi. Lääkärin kierrolla mukana olevan sairaanhoitajan koettiin uskaltavan kyseenalaistaa lääkityksiä.

”-- sairaanhoitajan on skarppina oltava ja se vaikei sille kuuluis periaattees niinku se katella niitä lääkkeitä, niinkun totta kai et potilaalla mitä menee, mut että nyt menee tätä ja tätä --”

Haastateltavat kokivat sairaanhoitajan vastuulle jäävän paljon jatkuvaa lääkityksen tarkistamista. Lääkkeitä jaettaessa oli huomioitu esimerkiksi virheellisesti liian korkeaksi jäänyt kortisonilääkityksen annostus. Mainittuna oli myös usean kipulääkkeen annostelu sekä virtsatieinfektion estolääkityksen käyttäminen antibiootin kanssa samanaikaisesti. Erään haastateltavan kokemus oli, että sairaanhoitajan on nykyään valvottava enemmän potilaiden lääkityksiä kuin ennen.

8.1.3 Lääkehoidon osaamisen taso

Näkemykset ja kokemukset lääkehoidon osaamisesta

Vastavalmistuneiden sairaanhoitajien ei koettu tietävän riittävästi lääkkeitä. Esimerkkinä mainittiin kokemattoman hoitajan olevan kykenemätön kyseenalaistamaan lääkityksiä ja niiden annostuksia. Toisaalta haastattelussa pohdittiin, että sairaanhoitajan ei kuuluisikaan tietää kaikkia lääkkeitä. Työn ohessa oppiminen on haastatteluiden mukaan tapahtunut erehdystenkin kautta. Kokemus on tuonut varmuutta ja tietämystä esimerkiksi lääkkeiden annosteluun ja vuorokauden enimmäisannostuksiin, koska lääkehoidon osaamista ei koettu tutkintoon johtavasta koulutuksesta saatavan riittävästi.

”Ja vastavalmistunu, jos aattelee itteki joskus ollu ni, eihän sitä tienny et kui paljo sitä annettiin tai kuinka paljo. Ei ollu mitään käsitystä. Voin sanoo ihan suoraan.”

Haastattelussa mainittiin osaston lääkehoitosuunnitelma, johon on tulossa luettelo riskilääkkeistä. Toisaalla lääkehoitosuunnitelman mainittiin sisältävän jo riskilääkkeitä kuten huumausaineiksi luokiteltavat lääkkeet. Lääkehoidon suunnitelmaa oli hyödynnetty työntekijöiden perehdytyksessä.

Lääkehoidon koulutukset

Haastateltavat toivoivat lisää koulutusta lääkehoidon osaamisen varmentamiseksi etenkin vastavalmistuneille sairaanhoitajille sekä opiskelijoille. Erityisesti insuliinihoitoon, lääkkeiden yhteisvaikutuksiin sekä antoaikoihin toivottiin lisää koulutusta. Haastateltavat ovat olleet tyytyväisiä osaston farmaseutin pitämiin lisäkoulutuksiin, joita on ollut muun muassa silmätippojen antojärjestyksistä ja hengityslääkkeistä.

8.1.4 Lääkehoidon vasteen seuranta

Lääkehoidon vasteen seuranta osastoilla

Lääkehoidon vastetta seurataan haastateltavien mukaan vaihtelevasti. Säännöllisesti annettavien lääkkeiden vastetta ei kaikilla osastoilla systemaattisesti seurattu. Tarvittaessa annettavien lääkkeiden vastetta taas kerrottiin arvioitavan ja arvioita on kirjattu potilas-tietojärjestelmään. Vasteen seurannan vaikuttavuudesta kerrottiin esimerkkinä potilaan tarvittaessa otettavan kipulääkkeen käytön määrän kasvaessa mahdollinen säännöllisen kipulääkkeen annostuksen nostaminen. Haastattelussa kerrottiin kokemuksen myötä osat-tavan keskittyä potilaan sairauden kannalta olennaisiin mittauksiin. Jos hoitaja ei ole jos-tain syystä aloittanut potilaan hoitoon vaikuttavia fysiologisia seurantoja, luotettiin lää-kärin määräävän niitä. Lääkehoidon vastetta arvioitaessa osattiin mahdollisesti huomi-oida myös muita potilaan fyysisiä oireita kivun lisäksi kuten levottomuutta. Eräs haasta-teltava arvioi lääkkeiden vastetta seurattavan nykyään paremmin kuin ennen.

”-- et vähä niinku mietitään mikä on se tulosyy ja mitä meidän pitää, mitkä ovat niinkun semmosia mittareit ja lukemii mistä hyötyy, hyötyy niinkun sen potilaan hoidossa.”

Lääkehoidon seurannassa käytetyt mittaukset

Osastohoidon tulovaiheessa tehdään erilaisia fysiologisia mittauksia. Haastatteluissa kerrottiin, että rutiinisti tehtäviä mittauksia ovat verenpaineen, pulssin, verensokerin, läm-mön ja painon mittaukset. Näitä arvoja voidaan vertailla osastojakson myöhempiin mit-taustuloksiin. Nykyään suunnitellaan fysiologisia mittauksia tarkoituksenmukaisemmin potilaan tulosityn mukaan, jota haastateltavat pitivät tärkeänä. Näin mahdollisilta turhilta mittauksilta aikaa vapautuu muihin työtehtäviin. Tarkoituksenmukaisuudesta esimerk-kinä kerrottiin, että jos potilaalla on sydämen vajaatoimintaa tai rytmihäiriöitä, otetaan tulovaiheessa myös sydänfilmi. Aiemmin kaikista potilaista saatettiin ottaa sydänfilmi, esimerkiksi tähytystä varten suoliston tyhjennykseen tulleista potilaista. Haastateltavat kertoivat tulosityn vaikuttavan myös fysiologisten mittausten jatko seurantaan osastolla. Fysiologisten mittausten lisäksi voidaan seurata esimerkiksi lääkeainepitoisuuksia veri-kokein. Haastateltavien mukaan kuitenkin erityisesti kokemattomat lääkärit saattavat

määrätä seurattavaksi turhaan mittauksia, jotka eivät ole potilaan hoidon kannalta oleellisia. Esimerkiksi lääkäri oli määrännyt verensokeriarvoja seurattavan useita kertoja vuorokaudessa, vaikka potilas ei sairastanut diabetesta.

8.1.5 Lääkehoidon arviointi

Lääkehoidon arviointi osastoilla

Lääkehoidon arviointiin on mahdollisuus osastoilla ja siihen on mahdollista saada farmasian konsultointiapua eri tahoilta, vaikka läkehoidon arviointeja ei säännönmukaisesti haastateltavien mukaan osastoilla tehtykään. Eräs haastateltavista kertoi lääkekeskuksen tarjoamasta lääkityksen kartoituksesta, jota pyytämällä voidaan saada ehdotuksia lääkitysmuutoksista. Palvelun arveltiin olevan kuitenkin kallista. Taas toisen haastateltavan mukaan osaston farmaseutti tekee heidän osastollaan epäsäännöllisesti läkehoidon arviointeja. Lääkäriin kerrottiin tekevän tarpeen ja oman harkinnan mukaan muutoksia potilaan lääkitykseen osaston farmaseutin suositusten mukaan.

Lääkäreillä on mahdollisuus saada tukea työhönsä kollegoiltaan ja erikoislääkäreiltä, mutta toisinaan koettiin heidän silti olevan turhankin epävarmoja karsimaan runsasta lääkitystä. Todettiin, että osastoilla vierailevat erikois- ja ylilääkärit tekevät helpommin karsintaa potilaiden lääkityksiin. Kuitenkaan lääkäreiden ei koettu aina ottavan kantaa lääkityksiin, vaikka useilla potilailla on suuria määriä lääkkeitä käytössään. Farmaseutin konsultoinnista läkehoidon arvioinnissa pidettiin erittäin hyödyllisenä ja farmaseutin toivottiin toimivan enemmän lääkärin tukena, mutta farmaseutin tarjoamaa palvelua käytettiin haastateltavien mukaan liian vähän.

”No aika huonosti meillä on kyl niinku farmaseuttia käytetty et se vois olla kyl hyvä et ottais. Sit joillaki on niin pitkä se lääkelista, semmonen et sitku niitä jakaa dosettiin niin se on ihan niinku iha täynnä.”

Lääkehoidon arvioinnin kriteereitä

Haastateltavan mukaan joskus potilaat tai heidän omaisensa toivovat lääkityksen arviointia. Hoitajat olettivat lääkityksen arviointia lääkekeskuksesta saatavan vain, jos potilaalla on useita lääkkeitä käytössä. Hoitajat toivat esille, että korkea ikäkin tulisi huomioida

lääkityksissä. Hoitajat kertoivat myös tilanteista, joissa potilaalla on ollut runsas verenpainelääkitys matalista verenpaineista huolimatta. Haastateltavat kokivat, että lääkeyksitykseen puututaan vasta silloin, kun potilaan voinnissa tapahtuu jokin merkittävä muutos kuten akuutti tajunnan menetys.

8.1.6 Tiedonsiirto työntekijöiden välillä

Työntekijöiden välisen tiedonsiirron menetelmät ja toteutus osastoilla

Haastateltavien osastoilla oli vaihtelevia tiedonsiirron käytäntöjä. Raportointia tapahtuu haastateltavien mukaan kirjallisesti sekä suullisesti. Osastoilla oli käytössä paperiset hoitolistat, joiden mukaan tehdään päivittäisiä mittauksia, hoitotoimenpiteitä ja keskeneräiset työtehtävät siirtyvät työntekijöiden välillä. Hoitolistan päivittämisessä saattaa kuitenkin ilmetä ajoittain tietokatkoksia haastatteluiden mukaan, vaikka hoitolistaa pidetään toimivana työkaluna ja päivitetään vähintään kerran vuorokaudessa. Yhdellä osastolla hoitolistaa päivitetään vain yövuorossa. Yhdellä osastoista kerrottiin täytettävän lääkärin kierrolle listausta, mitä tulisi muistaa kysyä lääkäriltä. Hoitajien kerrotaan myös usein suullisesti varmistavan, että seuraavan päivän lääkärin kierrolle tarvittava tieto siirtyy kierrolle menevälle hoitajalle, mikäli se on mahdollista.

”Kyllähän me monesti sit niinku jos oltas vaikka tänään aamussa huomataan jostain potilaasta jottain ja meil on huomen lääkärinkierto ni me sitte sanotaan iltahoitajalle. Tai sille ku on seuraavana päivänä aamussa, että huomioittehan sen vaikka se nyt on sinne kirjattu. Mutta monestihan me tehään sitä kiertolistaa sitte.”

Suullista raportointia kerrottiin käytettävän joissain tilanteissa. Tieto osastolle saapuneen uuden potilaan saamista lääkkeistä on kulkenut haastateltavan mukaan vuorojen välillä suullisesti. Lääkehoidon vasteesta kirjaamisen kerrottiin haastattelussa jäävän välillä tekemättä, tällöin tieto siirtyy vain suullisesti hoitajalta toiselle. Suullista raportointia ei kuitenkaan ollut välttämättä vuorojen välillä lainkaan; esimerkiksi iltavuoroon tulevan hoitajan kerrottiin lukevan potilastietojärjestelmästä lääkärin määräykset, päivittäiset kirjaukset sekä uuden potilaan kertomuksen. Eräällä osastoista kerrottiin yöhoitajan tarkastavan vielä uusien potilaan asiakirjat, sillä useamman hoitajan tarkistamana hoitotietojen koettiin olevan luotettavampia.

”Mut sitte taas en tiedä kuinka paljon sitä kirjataan (lääkehoidon vastetta). Et onks se vaan sellasta et me toistemme kanssa puhutaan ja sitte sanotaan lääkärille joka sitte nostaa sitä annosta.”

Työntekijöiden välisen tiedonsiirron toimivuus

Työvuorojen välisessä raportoinnissa tarjoutui joka osastolla virheen mahdollisuus. Usea haastateltava koki silti tiedonsiirron toimineen hyvin työntekijöiden välillä. Tiedonsiirron katkeamisesta kuitenkin kerrottiin esimerkkinä injektion jääneen antamatta potilaalle. Työvuoron vaihtuessa tieto potilaan saamien lääkkeiden ajankohdista ei ollut siirtynyt. Toisena esimerkkinä nousi esille suorittamatta jäänyt sydänfilmi tai jokin jatkuvaksi tahattomasti jäänyt fysiologinen mittaus. Tietokatkoksien syntyyn arveltiin vaikuttavan si- jaistyöntekijöiden perehtymättömyys esimerkiksi hoitolistojen päivittämiseen.

Haastateltavat pitivät haastattelijan esittämää ideaa lääkehoidon tarkistuslistasta hyvänä ajatuksena, osastoilla ei ollut käytössä sellaisia. Tilanteessa, jossa ei tunne potilaita sijaisena, uutena työntekijänä tai toisessa hoitotiimissä, arveltiin tarkastuslistasta olevan hyötyä. Tarkastuslistan ajateltiin palvelevan niin kokeneemmankin työntekijän muistilistana kuin myös perehdytyksen tukena uudelle työntekijälle.

8.1.7 Lääkehoidon toteuttamiseen suunnitellut työnkuvat

Lääkehoidon työnjako osastoilla

Haastateltavien osastoilla on käytössä erilaisia kohdennettuja työnkuvia kuten lääkehoitaja ja kirjaamishoitaja. Lääkehoitajan kerrottiin työskentelevän ilta- ja aamuvuoroissa. Hänen työtehtäviinsä kuuluu koko osaston potilaiden lääkkeiden jakaminen ja lääkitysmuutosten toteuttaminen. Kirjaamishoitajan kerrottiin työskentelevän ilta-aikaan. Kirjaamishoitajan työtehtäviin kuuluu uusien potilaiden vastaanottaminen ja potilasasiakirjojen sekä lääkityslistojen laatiminen. Eräällä osastolla toivottiin lääkehoitajan työnkuvaa, mutta työntekijäresurssit eivät riitä siihen. Lääkehoitajan puuttuessa valitaan hoitotiimeistä muuhunkin hoitotyöhön vuorossaan osallistuva hoitaja jakamaan lääkkeitä. Lähihoitajien osallistumisessa lääkkeiden jakamiseen oli eroja osastoittain.

”Ja sit tietyst siin lääkkeenjakamises -- siin sää näät ne -- kaikki lääkkeet, sää käyt ne kaikki lääkelistat läpi ku sä jaat ne koko osaston potilaiden lääkkeet. Ni sit sää siin niinku

-- mont kertaa tulee sit semmosia huomaa et hei et kuis tääl menee niinku näit ja et siin niinku tulee koska et sää niit lääkelistoi muuten et jos sä tuut aamuunki töihi ja oot vaik lääkärin kierrol tai siä hoitotyös ni ethä sä niit millää kerkii niit kaikkii lääkkeit ruveta kattelemmaan.”

Lääkehoidon työnjaon toimivuus

Kohdennetut työnkuvat on koettu hyvinä ja potilasturvallisuutta tukevinä ratkaisuinä. Lääkehoitajan työnkuvaa pidettiin lääkitysturvallisuutta edistävänä, sillä lääkehoitaja voi keskittyä lääkehuoneessa työtehtäviinsä rauhassa ja huomaa usein epäselvyydet lääkityksissä. Lääkehoitaja oli esimerkiksi huomionut, että potilaalta oli jäänyt saamatta injektio viikon ajalta. Lääkehoitajan toimenkuvan on ajateltu helpottavan myös välitöntä potilastyötä tekevien hoitajien kiirettä. Lääkehoitajan voi soittaa esimerkiksi kanyloimaan potilaan. Keskustelua herätti lääkehoitajan toimenkuvan soveltuminen eri kokoisille osastoille. Erään osaston potilasmäärän ajateltiin olevan liian iso yhden henkilön toteuttamalle lääkkeiden jakamiselle.

8.2 Lääkehoidon jatkuvuuden toteutuminen potilaan kotiutuessa hoitajien näkökulmasta

8.2.1 Lääkitys ja lääkehoidon seuranta kotiutuessa

Lääkityksen tarkistaminen kotiutuessa

Lääkäri päivittää avolääkityksen potilaan kotiutuessa. Vaikka lääkäri päivittääkin lääkityslistan, kerrottiin hoitajan vielä tarkistavan sen ennen potilaan kotiuttamista. Haastattelun mukaan hoitajan on usein muistuteltava lääkäriä lääkelistan päivittämisestä. Esimerkiksi antibioottikuurien loppumispäivämäärät ovat saattaneet unohtua merkittä lääkityslistaan.

”Sit me yritetään sit ain tarkistaa ja kattoo ja sit men sanomaan et täst puuttuu nyt tämä ja tuo, pistäs päivämäärät siihen joku antibioottiki ni pistäs nyt päivämäärät ja kui kaua hän sitä syö ja kui kauan siel se menee.”

Lääkehoidon seurannan jatkuvuus

Osastojakson päättymisen jälkeen määrättyjen laboratoriokokeiden lähetteet pyritään tekemään valmiiksi ja ajankohta sekä ohjeet kerrotaan potilaalle kotiutustilanteessa. Jos potilas ei kykene itse huolehtimaan tulevista tutkimuksista, ilmoitetaan niistä omaiselle, kotihoitoon tai jatkohoitopaikkaan. Osastohoidon loppuarviointiin pyritään myös merkitsemään tulevat tutkimukset. Hoidon jatkuvuutta turvataan esimerkiksi Marevan-hoitoa saavien potilaiden verikokein määritettävän lääkeannostuksen määräämisellä ennen kotiutusta. Haastateltavien mukaan osastolta ei kuitenkaan soiteta enää potilaille tai muuten selvitetä pärjäämistä kotiutumisen jälkeen. Mikäli potilaalla on kotiutuessa hoitosuhde kotihoitoon, luotettiin huolehtivan lääkehoidon seurannasta.

” --ei me enää sitten ite soitella jälkikäteen perään ja sitte kysytä että... sitte monesti seviää tänne tullessa et siellä on aikasemmin ollu tämmönen, et pitää jotain tehdä. Et jos vaikka ite potilas hoitanu sen lääkehoidon ni sitte omainen halua et kotisairaanhoido ottaa sen haltuun.”

8.2.2 Lääkehoidon ohjaus

Lääkehoidon ohjaus osastoilla

Lääkityslistan läpikäyminen kotiutuessa on haastateltavien osastoilla pääsääntöisesti hoitajan tehtävä. Hoitaja voi olla koulutukseltaan sairaanhoitaja tai lähihoitaja, hoitotiimi sopii yhdessä ohjausta antavan hoitajan. Lääkäri saattaa antaa myös lääkehoidon ohjausta potilaalle lääkärin kierron yhteydessä. Lääkehoidon ohjausta voidaan haastateltavien mukaan antaa potilaalle, kotihoodolle ja omaiselle. Ohjausta voidaan antaa kasvotusten tai puhelimitse. Yhden osaston kerrottiin tekevän yhteistyötä diabeteshoitajan kanssa, joka voidaan kutsua osastolle ohjaamaan esimerkiksi insuliinin monipistoshoitoa.

Lääkehoidon ohjauksessa kerrottiin läpikäytävän usein reseptit sekä jopa yksitellen jokainen potilaan lääke ja sen indikaatio. Ohjauksessa on haastateltavan kokemuksen mukaan ollut myös syytä kehottaa potilasta heittämään vanhat lääkityslistat pois ja ottamaan osastolta saatu ajantasainen lääkityslista käyttöönsä. Haastateltavien mukaan potilaan lääkkeenottotekniikka huomioidaan jo osastojakson aikana, sitä ei enää varmisteta kotiutustilanteessa. Haastatteluiden mukaan riskilääkkeisiin ei kiinnitetä erityistä huomiota ohjauksessa.

Näkemykset lääkehoidon ohjauksen antamisesta

Ohjausta annetaan potilaan terveydentila huomioon ottaen toisille potilaille vähemmän tai lainkaan. Haastatteluiden mukaan esimerkiksi potilaan vireystaso vaikutti siihen, antoiko hoitaja potilaalle lääkehoidon ohjausta. Virkeälle ja omatoimiselle potilaalle kerrotaan annettavan yleensä ohjausta. Toisaalta potilaan saama ohjaus ei edes välttämättä riippunut hänen terveydentilastaan; haastateltavan mukaan kaikki hoitajat eivät ohjaa potilaita. Haastattelussa lääkehoidon ohjauksen antamista perusteltiin potilaan oikeudella tietää lääkehoidostaan. Lääkehoidon ohjauksen ajatellaan myös ennaltaehkäisevän kotiutuneiden potilaiden yhteydenottoja osastolle lääkitykseen liittyvissä asioissa.

”Niin sitte kun se potilas lähtee osastolta, aina sen potilaan kanssa lääkelistaa ei voida käydä läpi. Joskus on virkee ja pystyy käymään, sillä on kenties omainen vireellä, ni sitte käydään läpi lääke lääkkeeltä tai katotaan uudet reseptit tai joskus se on kotiutushoitaja tai sen tiimin hoitaja.”

8.2.3 Lääkkeiden saatavuuden varmistaminen

Lääkkeitä mukaan osastolta

Haastatteluissa kerrottiin osastoilta jaettavan mukaan potilaille lääkkeitä tarvittaessa. Esimerkiksi antibioottikuurin päättyessä pian kotiutumisen jälkeen, voidaan antibioottia jakaa loppukuurin verran mukaan. Haastattelusta kävi ilmi myös, että lääkkeitä saatettiin jakaa mukaan, ettei potilaan tai hänen omaisensa tarvitsisi heti kotiutumisen jälkeen käydä apteekissa. Toisaalta osastolta saatetaan myös ohjata potilaat suoraan apteekin kautta kotiin. Erityisesti lääkkeitä jouduttiin jakamaan mukaan palvelutaloihin tai muihin laitoksiin siirtyville potilaille, sillä jatkohoitopaikassa lääkkeitä ei välttämättä ole heti saatavilla. Haastatteluiden mukaan osastoilla tehtyjen lääkitysmuutosten vuoksi on useimmiten jaettu vuorokauden lääkkeet potilaan mukaan. Lääkkeitä on kuitenkin saatettu jakaa potilaan mukaan jopa useaksi vuorokaudeksi, ettei lääkehoidon jatkuvuus olisi este kotiutumiselle. Haastattelussa kerrottiin myös annettavan osaston kustantamat henkilökohtaiset lääkepakkaukset, kuten insuliinikynät ja inhalaatiolääkkeet, potilaan mukaan kotiutusvaiheessa.

”--voidaan jakaa puolen viikonki lääkkeet, pistetään sitte iha viikkodosettiin, jaetaan ne et niinku sillai et se jos pyydetään ni kyl me ollaan laitettu et se jatkuu et se ei oo niinku ongelma et se lääkehoito jatkus sitten.”

Ongelmatilanteita kerrotaan syntyvän, jos kotisairaanhoito ei ole tunnistanut osastolta mukaan jaettuja lääkkeitä. Osastolta on saatettu jakaa mukaan esimerkiksi rinnakkaisvalmisteita, eikä niistä ole ollut erillistä mainintaa. Epäselvissä tilanteissa kotisairaanhoitosta on soitettu osastolle. Haastateltavan mukaan kotihoidolta on kuitenkin saatu hyvää palautetta lääkkeiden mukaan jakamisesta. Toisinaan mukaan jaetut lääkkeet ovat saattaneet tahattomasti jäädä antamatta mukaan.

Lääkkeiden annosjakelun käynnistäminen ja lääkitysmuutosten hallinta

Haastattelun mukaan annosjakelun piirissä olevan potilaan lääkityslista faksataan apteekkiin ennen kotiutusta tai kotiutuspäivänä. Hoitokotiin siirtyvän potilaan lääkityslista voidaan faksata sinne jo aiemminkin, mikäli annosjakelusta toimitetaan lääkkeet esimerkiksi vain kahden viikon välein. Tällöin lääkkeitä ei tarvitse jakaa useammaksi vuorokaudeksi mukaan. Osastolla kerrotaan kirjattavan potilasasiakirjoihin annosjakelusta, jolloin lääkäri osaa toimia annosjakelun vaatimalla tavalla reseptejä laatiessaan. Haastattelussa kerrotaan kotisairaanhoidon tai omaisten voivan käynnistää annosjakelun ja suuri osa potilaista onkin annosjakelun piirissä. Kotisairaanhoidon tehtävänä on annosjakelun käynnistämisen lisäksi myös lääkeannospussien tarkistaminen, mikäli osastojaksolla on tehty lääkitysmuutoksia. Kotisairaanhoidon kerrotaan myös jakavan potilaiden lääkkeitä, mikäli potilaalla on lääkkeitä vain vähän käytössä. Lääkkeiden jako kotona on haastateltavan mukaan kuitenkin aikaa vievää ja kotihoidon ehtona ajatellaan olevan nykyään annosjakelun käyttäminen. Haastattelun mukaan lääkkeiden annosjakelu on yleensä toimivaa. Lääkkeiden annosjakelun ongelmiksi kerrottiin resepteissä esiintyvät virheet. Esimerkkinä mainittiin lääkevalmisteiden puolittaminen. Reseptissä olisi oltava lääkevalmiste kokonaisena. Kotihoito on kuitenkin saattanut huolehtia puolitettavista lääkkeistä erikseen.

Annosjakelun käyttämisestä tulisi olla merkintä potilastietojärjestelmässä. Haastattelun mukaan maininta lääkelistan faksaamisesta apteekkiin on saattanut kuitenkin jäädä tekemättä potilastietojärjestelmään. Tällöin tieto on saattanut siirtyä vain käsin kirjoitetun

muistiolehtisen mukana lääkärille tai useimmiten suullisesti osaston sihteerille. Haastattelussa kerrottiin yhdellä osastolla käytössä olevasta kotiutuksen muistilistasta, johon voidaan myös merkitä annosjakelu sekä lääkityslistan huomioiminen.

8.2.4 Lääkehoitoon sitoutuminen kotiutuessa

Näkemykset ja kokemukset lääkehoitoon sitoutumisesta

Haastateltavat kuvailivat potilaiden lääkehoitoon sitoutumiseen haitallisesti vaikuttavia tekijöitä. Esimerkiksi lääkkeen kallis hinta tai alkoholiin ja tupakkaan mieluummin käytetyt rahat saattoivat olla esteenä lääkkeen hankkimiselle. Eräs haastateltavista piti järkevänä lääkärinä, joka oli tiedustellut potilaalta riittäkö hänen varallisuutensa lääkkeeseen.

”--oli minusta niinku tosi fiksumä et lääkäri oli heti kysynyt, että tää on vähä kalliimpi lääke kuin Marevan esimerkiksi, mutta onko sulla varaa tähän. Et mun mielestä se on iha kauheen fiksumä. Ei kyl monesti tuu mietittyä, et jos osastolla alotetaan joku lääkitys, niin ei sitä monesti mietitä et tää onki aika kallis.”

Haastattelusta kävi ilmi, että potilas saattaa lääkärin määräyksestä huolimatta päättää olla käyttämättä lääkettä. Asiallisen henkilön päätökseen jättää käyttämättä lääkkeitä ei koettu voitavan tehdä juuri mitään, ratkaisun ajateltiin olevan potilaalla itsellään. Tällaisia tapauksia tosin kerrottiin olevan varsin harvoin. Lääkkeiden käyttäminen väärin on herättänyt haastateltavissa huolta. Lääkkeet ovat saattaneet jäädä kokonaan ottamatta, niitä on saatettu ottaa väärään aikaan tai moneen kertaan. Kerrottiin myös, että huoli potilaan lääkehoidon toteuttamisesta saattaa tulla julki omaisen ilmaisemana. Toisaalta haastattelussa nousi esille ajatus siitä, että osasto ei ole enää vastuussa potilaan lääkehoitoon sitoutumisesta kotiutumisen jälkeen, vaan vastuu on kotihoidolla tai omaisella. Täten sitoutumisen selvittämistä kotiutuessa ei välttämättä koettukaan osastohoidon tehtäväksi.

Tukitoimet parantamaan lääkehoitoon sitoutumista

Potilaan kotiutuessa osastohoidosta selvitetään, huolehtiiko hän itse vai jokin muu taho, kuten omainen tai kotisairaanhoido, lääkkeiden jaosta. Mikäli osastolla herää huoli potilaan lääkehoidon toteutuksesta kotona, omaisen voidaan esimerkiksi suositella jakavan potilaan lääkkeet jatkossa tai käynnistävän potilaalle annosjakelun. Omaisen saattaa itse

toivoa kotisairaanhoidon ottavan vastuun lääkehoidosta, jolloin osastolta ilmoitetaan kotisairaanhoidolle ongelmatilanteesta.

”--et just vaikka, jos insuliinit on menny miten sattuu tai näin. Ni sitte me vaan ilmoitetaan kotisairaanhoidolle. Tai käynnistetään kotisairaanhoito ni ne hoitaa sitte sen lääkityksen.”

Hoitajat voivat kannustaa potilaan sitoutumista lääkehoitoon perustelemalla lääkehoidon syitä ja kertomalla sen hyödyistä. Haastattelusta kävi ilmi, että lääkkeen hinta saattaa heikentää lääkehoitoon sitoutumista, potilaalla saattaa nimittäin esimerkiksi olla paljon muitakin sairaalakuluja. Tilanteisiin on haettu apua sosiaalihoitajalta ja potilas on voinut pohdita lääkkeiden hintoja jo lääkärinkin kanssa.

8.2.5 Lääkehoidon tiedonsiirto ja työnjako kotiutuessa

Lääkehoidon tiedonsiirron toteutus kotiutuessa

Haastattelujen mukaan hoitajan tehtävänä on selvittää kuka vastaa potilaan lääkehoidosta kotona. Yleensä lääkehoidosta vastaa potilas itse, palvelutalo, kotihoito tai omainen. Usein kotihoitoon, palvelukotiin tai omaiselle ilmoitetaan osastojaksolla tehdyt lääkitysmuutokset ja potilaan mukaan annetaan ajantasainen lääkityslista. Haastateltava kertoi lääkitysmuutosten löytyvän potilastietojärjestelmästä lääkityslistan muutospäivämäärien perusteella. Käytössä kerrottiin olevan myös lääkärin merkitsemät plus- ja miinusmerkit lääkityslistalla lääkkeen perässä kertomassa lääkkeen annostuksen muutoksesta. Toisaalta kotihoidon käyttäessä samaa potilastietojärjestelmää osaston kanssa, tiedon ajatellaan siirtyvän myös sähköisesti. Lääkärin tehtävänä on päivittää ja tulostaa lääkityslista ja laatia reseptit uusista lääkkeistä. Erään haastateltavan mukaan lääkityslistalle tai muualle potilasasiakirjoihin pyritään merkitsemään esimerkiksi kipulaastareiden vaihtopäivät ja injektoiden antopäivät.

Näkemykset ja kokemukset lääkehoidon tiedonsiirrosta kotiutuessa

Haastattelun mukaan lääkitysmuutosten selvittäminen jatkohoitoon on työlästä potilaan kotiutuessa osastolta. Potilastietojärjestelmän muutoshistoriasta kerrotaan olevan haastavaa etsiä lääkitysmuutoksia. Haastateltavat toivoisivat potilastietojärjestelmään selkeää näkymää osastohoidossa tehdyistä lääkitysmuutoksista. Haastattelussa kerrottiin myös,

että osastohoidossa havaitusta lääkkeen sopimattomuudesta ei ole aina välttämättä tehty riskitietomerkintää ja tiedon etsimistä lääkärin kirjauksista pidettiin aikaa vievänä. Potilaan kotiutusvaiheessa tapahtuneiksi virheiksi mainittiin esimerkiksi, että epikriisiin kirjatun kotilääkityksen ja potilastietojärjestelmän lääkityslistan välillä on ollut eroavaisuuksia. Jatkohoidon järjestämisessä ongelmaksi mainittiin myös unohtunut reseptin laatiminen.

”Hoitokertomuksestahan tietysti ne(osastojaksolla tehdyt lääkitysmuutokset) näkis mutta siihen menee älyttömästi aikaa, jos rupee niitä avaamaan sieltä siihen ei aika riitä.”

Potilaalle tulostetaan mukaan potilastietojärjestelmästä ajantasainen lääkityslista, vaikka jatkohoito käyttäisikin samaa potilastietojärjestelmää. Toimintaa perustellaan hoidon jatkuvuuden turvaamisella. Osalla osastoista kerrottiin käytäntönä myös olevan tulostaa potilaalle mukaan hoitotyön yhteenveto, johon haastateltavien mukaan merkitään hoidossa huomioitavat sekä lääkehoidon seurantaan liittyvät asiat ja ajankohdat. Haastateltavat kertoivat jatkohoidosta otettavan yhteyttä osastolle mahdollisten epäselvyyksien selvittämiseksi.

Kotiutuksen työnjako

Lääkärin kierrolla mukana ollut sairaanhoitaja huolehtii pääsääntöisesti kotiutusasiat osastoilla. Kotiutusvaihe koettiin aikaa vieväksi ja sen koettiin työllistävän hoitajia paljon. Kotiinlähtijöitä saattaa olla haastateltavien osastoilla jopa kuudesta seitsemään työvuoron aikana.

Haastattelusta kävi ilmi, että yhdellä haastattelun osastoista on kotiutushoitajan työnkuva. Kotiutushoitajan tehtäviksi mainittiin kaikki kotiutukseen liittyvät asiat ja kotiutusasiat kerrottiin hoidettavan pääsääntöisesti kotiutusta edeltävänä päivänä. Mikäli kotiutushoitajalta on jäänyt työtehtäviä keskeneräisiksi, kerrottiin hänen ilmoittavan siitä mahdollisesti työtehtäviä seuraavana päivänä jatkavalle kotiutushoitajalle muistiolehtisellä. Mahdollisista erityisjärjestelyistä kirjataan potilastietojärjestelmään, josta lääkärinkin on mahdollista nähdä kirjat. Mikäli kotiutushoitaja ei ole enää töissä potilaan kotiutuksessa, jättää hän illan aikana kotiutuvan potilaan asiakirjat sihteerin pöydälle, josta ilta- vuorossa oleva hoitaja huolehtii ne potilaan mukaan. Järjestelyä pidetään hyvin toimivana.

9 LÄÄKEHOIDON TARKISTUSLISTAN JA SEURANTALOMAKKEEN SISÄLTÖ

9.1 Lääkehoidon tarkistuslista

Lääkehoidon tarkistuslista on esitetty liitteessä 4. Esitietoihin tarkistuslistaan kirjattiin kohdat potilaan nimelle, tulopäivämäärä osastolle sekä kotiutumispäivämäärä osastolta, lääkkeitä vastaava taho kotona ja allergiat. Haastatteluissa nousi esille lääkkeitä vastaavan tahon merkitys esimerkiksi lääkityksen ohjaukseen ja lääkkeiden saatavuuteen liittyen kotiutuessa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009, 13 §) määrittää tarkistamaan myös lääkitykseen liittyvät riskitiedot, kuten allergiat.

Haastattelutuloksien mukaan tulovaiheessa tehdään fysiologisia mittauksia. Osa mittauksista kuvautui rutiinisti otettavina, mutta selvitettiin myös, että ohjeistukset olivat muuttuvia ja hoidon tarpeen arviointiinkin perustuvia. Tarkistuslistaan on kirjattu avoin täydennettävä kohta tulomittauksille ja niiden jatkoseurannan ohjelmoimiselle. Mittaukset voidaan määrittellä kohdassa osastojen toimintatapojen tai potilaiden mukaan.

Haastattelussa mainittiin turvallisen lääkityksen toteutumisen riskitekijäksi lääkityksen oikea-aikainen jatkuvuus potilaan saapuessa osastolle. Haastattelussa kerrottiin, että lääkityksen voi jäädä saamatta, jos tieto siitä, milloin potilas on viimeksi saanut lääkityksen, ei siirry työntekijöiden välillä. Myös Suikkasen (2008) tutkimuksen mukaan siirtovaihe on riski lääkityksen dokumentointipoikkeamille. Lääkkeiden saaminen oikea-aikaisesti voi myös vääristyä hoitajien odottaessa lääkärin tekemään ajantasaisesta lääkityksistä. Tarkistuslistaan on kirjattu avoin täydennettävä kohta lääkkeiden ottamisen viimeiselle ajankohdalle. Tällä tarkistuslistan kohdalla tähdätään siihen, että lääkkeiden saamisen ajankohta tulee tarkistetuksi ja tarkistus johtaa toimintaan sen vaatimalla tavalla, potilaan lääkkeiden saamiseen oikea-aikaisesti ja tiedonsiirtoon, potilaan lääkityksen jatkuvuuden turvaamiseksi.

Haastattelutulosten mukaan lääkityksien ajantasaisuuden sekä antopäivät tarkistaa osaston toimintatavoista riippuen joko hoitaja tai lääkäri kuten esimerkiksi Hakoisen ym.

(2016, 50) mukaan voidaan toimia. Kuitenkin hoitavan lääkärin kuuluu vahvistaa lääkityslista potilastietojärjestelmiin (Hakoinen ym. 2016, 50; Järvensivu ym. 2016, 11). Lääkitykseen on voitu tehdä muutoksia edellisessä hoitoyksikössä ennen siirtymistä ja potilastietojärjestelmien lääkityslistoissa voi esiintyä jo päättyneitä lääkekuurejakin haastattelujen mukaan. Lääkitysmuutoksien vasteen seuranta kuvautui hoitajien kertomana osastoilla epäsäännöllisenä. Tarkistuslistaan on kirjattu kohta lääkityslistan ajantasaisuuden ja antopäivämäärien tarkistus, jossa huomioitava erityisesti lääkitysmuutokset sekä niiden vasteen seuranta ja lääkekuurien keston määritykset. Osastokohtaisesti voidaan tehtävä kohdentaa tarkistuslistassa lääkärin lisäksi myös muille ammattilaisille, tarkistuslistan kohtaan kirjattiin opinnäytetyössä haastatteluita mukailleen "lääkäri/hoitaja".

Lääkityksen tarkistus määriteltiin haastateltavien osastoilla lääkärin tehtäväksi, mutta hoitajat kertoivat silti joutuvansa huomauttamaan usein lääkäriä lääkityslistoista löytyneistä virheistä. Tehtävä määritellään esimerkiksi Mäkelä-Bengs ym. (2015) mukaan terveydenhuollon ammattilaisen tehtäväksi, mutta korjaukset lääkitykseen voi tehdä ainoastaan hoitava lääkäri. Tarkistuslistaan on kirjattu kohta lääkityksen tarkistus ja tekijäksi haastatteluja mukailleen molemmat ammattilaiset: "lääkäri/hoitaja". Kohtaa selventämään on kirjattu esimerkeiksi oikeat annostukset ja lääkkeiden yhteensopivuus.

Hoitajat kertoivat haastatteluissa parenteraalisesti annettavien lääkkeiden, esimerkiksi injektoiden, antopäivämäärien merkitsemisen tärkeydestä, jotta lääkehoito toteutuu oikea-aikaisesti. Tarkistuslistaan on kirjattu kohta parenteraalisesti annettavien lääkkeiden antolistojen laatimisesta, joista näiden lääkkeiden antopäivämäärät kävisivät ilmi.

Haastattelussa nousi esille huoli vastavalmistuneiden hoitajien lääkehoidon osaamisesta. Kerrottiin, että vastavalmistuneilla hoitajilla ei ole tarpeeksi tietoa lääkkeistä. Muutenkin lääkehoidon koulutusta toivottiin lisää. Haastattelun perusteella tarkistuslistaan on kirjattu luettelo perusterveydenhuollon sairaalaosastojen toteuttaman lääkehoidon riskilääkeryhmistä. Riskilääkeryhmät tarkistuslistaan on kirjattu ISMP:n (2015a, 2015b) listaus mukaisesti. Tarkistuslistassa riskilääkkeiden listaus lisää samalla tietämystä lääkkeistä mutta myös muistuttaa niiden vaikuttavuuden seurannasta.

Lääkehoidon arvioinnin hyödyllisyydestä, etenkin erikoiskoulutetun farmaseutin tai proviisorin osallistuessa arviointiin, on tehty paljon tutkimuksia. Tutkimuksien mukaan lääkehoidon arvioinnin avulla on mahdollista vähentää iäkkäillä haitallisten lääkkeiden käyttöä sekä lääkehoidon ongelmia. (Leikola 2012; Blalock ym. 2015; Bell ym. 2016; Chau ym. 2016; Cortejoso ym. 2016.) Haastatteluissa arviointeja tehtiin farmaseuttia konsultoiden tai lääkäreiden yhteistyönä. Kuitenkin lääkehoidon arviointeja ei tehty systemaattisesti yhdelläkään osastolla ja hoitajat kokivat, että lääkehoidon arviointeja voisi tehdä enemmän farmaseuttia hyödyntäen. Tutkimusten mukaan on todettu kriteereitä, joiden täytyessä suositeltaisiin lääkehoidon arviointia tehtäväksi (Järvensivu ym. 2015; Aneese ym. 2016; Aranegui ym. 2016; Bueno-Cavanillas ym. 2016; Järvensivu ym. 2016). Kriteereitä on listattu tarkistuslistaan. Kiinnittämällä huomiota kriteereiden täyttymiseen voisi mahdollisesti tulla enemmän hyödynnettyä osastoilla moniammatillistakin lääkehoidon arviointi -mahdollisuutta. Tarkistuslistaan on kirjattu lääkehoidon arvioinnin kohdalle mahdollisuudet "tehty" tai "ohjaus jatkohoitoon tehtäväksi". Mikäli arviointi toteutuu osastojaksolla tai on tehty lähimenneisyydessä, ajankohdan voisi merkitä ylös jatkohoitoon tiedonsiirtoa varten. Osastojen ohjeistusten mukaisesti "lääkehoidon arviointi" -kohtaan voi vielä lisätä arviointiin osallistuvat ammattiryhmät.

Haastatteluissa kerrottiin lääkärin laativan kotilääkityslistan ja tarvittavat reseptit potilaan kotiutuessa. Kuitenkin lääkityslistoista puuttui välillä esimerkiksi kuurien loppumispäivämäärät, joten oli koettu tarpeelliseksi, että hoitaja vielä tarkistaa kotiutuvan potilaan lääkityslistan. Tärkeänä tietona haastatteluiden mukaan jatkohoitoon tulisi myös siirtyä lääkkeiden, esimerkiksi injektoiden, antopäivämäärät. Haastatteluissa todettiin, että kotiutumisen jälkeen osastolle on soitettu jonkin verran puheluita lääkityslistan tietojen oikeellisuudesta tai puuttuvista tiedoista. Tarkistuslistaan on kirjattu kohta lääkityslistan ja reseptien tarkistus ja sitä selventämään erityisesti kuurien loppumispäivämäärät, tarkoituksenmukaiset antoreitit, antopäivämäärät ja reseptien voimassaolo. Lääkityslistan ja reseptien tarkistuksen tekijäksi on kirjattu tarkistuslistaan haastatteluiden mukaisesti "lääkäri/hoitaja".

Haastattelussa kerrottiin, että lääkkeiden annosjakelu on käytössä yleinen potilailla. Mikäli osastohoidossa potilaan lääkitykseen tehdään muutoksia, tulee muutokset ilmoittaa annosjakeluun. Tarkistuslistaan on kirjattu kohta annosjakelusta, johon päätettiin jättää myös vaihtoehto "ei annosjakelua" vain sen varmentamiseksi, että asia tarkistettaisiin.

Haastatteluiden mukaan lääkehoidon ohjausta annettiin jatkohoitoon, omaisille ja potilaalle vaihtelevasti. Kenelle ohjausta annettiin, riippui esimerkiksi siitä, kuka vastasi lääkehoidosta kotona ja arvioiko hoitaja potilaan kykenevän ymmärtämään lääkehoidon ohjauksen. Kuitenkin potilasohjausta ohjaavat myös terveydenhoitoon ja potilastoimintaan liittyvät lait. Tämä näkökulma nousi esille myös haastattelussa. Ohjauksessa kerrottiin käytävän lääkitys kokonaisuudessaan läpi. Lääkehoidon ohjauksessa tulisi myös kerrata perusasiat, kuten lääkehoidon indikaatiot (Kelo ym. 2015, 188-189). Tarkistuslistaan on kirjattu kohta lääkehoidon ohjauksesta, jota on selvennetty ohjauksen sisältöön kuuluvilla asioilla: lääkityksen muutokset ja kokonaislääkityksen hallinta: lääkkeiden indikaatiot, riskilääkkeet ja lääkkeiden jakaminen. Ohjauksen vastaanottajaksi tarkistuslistaan on kirjattu mahdollisuudet potilas, omainen ja jatkohoito haastatteluiden mukaisesti. Ohjauksen toteuttajaksi mainittiin haastatteluissa lääkäri ja hoitaja vaihtelevasti, täten tarkistuslistaan on kirjattu ”lääkehoidon ohjaus” -kohtaan molemmat ammattilaiset.

Haastatteluissa mainittiin, että lääkkeiden ottotekniikka tulisi huomioiduksi jo osastohoidon aikana, sitä ei enää kotiutuessa varmistettu. Tiedonsiirronkin kuvattiin työntekijöiden välillä tapahtuvan pääosin hyvin. Tarkistuslistaan lääkkeiden ottotekniikan hallinta on päädytty kuitenkin kirjaamaan oikeintoteutetun lääkehoidon varmentamiseksi ennakoitujen esimerkiksi mahdollisia ongelmia tiedonsiirrossa työntekijöiden välillä. Kohtaan on kirjattu myös ajatus "muutokset lääkitykseen tarvittaessa", mikäli lääkkeiden ottaminen jossain antomuodossa ei onnistuisi.

Lääkehoidon jatkuvuutta haastatteluissa kerrottiin tuettavan usein lääkkeiden jakamisella osastolta mukaan. Potilaille ei välttämättä ollut mahdollista hakeutua heti apteekkiin tai annosjakelusta ei ollut mahdollista toimittaa heti ajantasaisen lääkityslistan mukaisia lääkkeitä. Tarkistuslistaan on kirjattu avoin täydennettävä kohta "lääkkeiden saatavuuden varmistaminen", selvennettynä tarkoittamaan lääkkeiden jakamista mukaan osastolta. Haastatteluiden mukaan jokaisen potilaan kohdalla tulisi selvittää lääkkeiden mukaan jakamisen tarve yksilöllisesti.

Haastatteluissa kerrottiin lääkehoidon jatkuvuuteen liittyen potilaalle mukaan kotiutuessa annettavan lääkityslistan, reseptit, osastolla käytössä olleet henkilökohtaiset lääkepak-

kaukset, kuten insuliinikynä, sekä tulevat tutkimus- ja kontrolliajat. Tutkimus- ja kontrolliajat pyrittiin merkitsemään hoitotyön yhteenvetoon. Kaikki edellä mainitut mukaan annettavat lääkitystiedot ja lääkepakkaukset on eritelty "mukaan"-kohdassa tarkistuslistassa.

Haastatteluissa lääkehoidon sitoutumisen ongelmiin pyrittiin reagoimaan esimerkiksi valtuuttamalla muistisairaana potilaan sijaan omainen tai kotihoito huolehtimaan lääkkeistä kotona. Sitoutumisen ongelmat koettiin myös varsin lopullisiksi, jos potilas oli asiallinen ja lääkekielteinen. Toisaalta sitoutumisen arviointia ei edes koettu osaston työntekijöiden tehtäväksi, mikäli sitoutumiseen liittyviä ongelmia ei ilmennyt osastohoidon aikana. Lääkehoidon laiminlyönti aiheuttaa hoitotulosten sekä potilaan elämänlaadun heikkenemistä lisäten terveydenhuollon kustannuksia (Heikkinen 2013, 116). Täten sitoutuminen koettiin kuitenkin tärkeäksi kirjata tarkistuslistaan. "Lääkehoitoon sitoutuminen" -kohtaa on selvennetty tarkistuslistassa virkkeellä "tuleeko toteuttamaan lääkehoitoaan kotona" ja mahdollisilla toimenpiteillä "huomiot hoitotyön yhteenvetoon/muutokset lääkitykseen tarvittaessa".

9.2 Lääkehoidon seurantalomake

Lääkehoidon seurantalomake on esitetty liitteessä 5 ja sen ohje liitteessä 6. Haastattelussa nousi esille, että osastohoidon aikana tehtyjen lääkitysmuutosten selvittäminen potilastietojärjestelmästä on haasteellista. Lääkitysmuutoksia on kotiutuessa selvitetty jatkohoittoon. Haastattelussa kerrottiin esimerkiksi, että mikäli lääkkeen lopettamisen syynä on ollut lääkkeen sopimattomuus, on riski, että tieto jää huomaamatta muiden kirjausten joukossa ja siirtymättä jatkohoittoon. Lääkitysmuutosten hallintaa selkeyttämään laadittiin apuvälineeksi lääkehoidon seurantalomake. Seurantalomaketta voisi täydentää jo osastohoidon aikana. Lääkehoidon seurantalomakkeeseen kirjattiin kohta, johon potilaan nimi merkitään. Seurantalomakkeelle laadittiin kolmisarakkeinen taulukko. Ensimmäiseen sarakkeeseen merkitään määrätty lääke ja sen annostus. Toiseen sarakkeeseen merkitään lääkkeen aloituspäivämäärä sekä syy, kolmanteen taas lääkkeen lopetuspäivämäärä sekä syy. Syy-kohdan huomioimisen toivotaan turvaavan tiedonsiirtoa esimerkiksi lääkkeiden sopimattomuudesta jatkohoittoon.

10 POHDINTA

10.1 Eettiset näkökulmat

Opinnäytetyön aihe valittiin sen ajankohtaisuuden ja tärkeyden vuoksi. Potilasturvallisuuden kehittäminen on ajankohtaista valtakunnallisesti sekä maailmanlaajuisesti. Lääkehoidon turvallisuuden takaamiseksi pelkkä osaaminen ei riitä. Turvallisuuden lisäämiseksi on kehitettävä hoitohenkilökunnan keskinäistä sekä ammattihenkilökunnan ja asiakkaiden välistä kommunikaatiota. Lääkityspoikkeamia voidaan ehkäistä esimerkiksi turvallisuutta varmentavien toimintatapojen ja suojausten kehittämisellä. (Hakoinen ym. 2016, 3.) Laajaa aihetta rajatessa haluttiin perehtyä osastohoidon tulo- ja kotiutusvaiheeseen. Lähdekirjallisuuteen tutustuessa huomattiin osastohoidon siirtovaiheiden olevan riskialttiita virheille ja kaipaavan kehittämistä.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2009, 4) laatimia ihmistieteiden eettisiä periaatteita ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuojat. Opinnäytetyössä toteutetusta tutkimuksesta ei tehty tutkimuseettisen toimikunnan lausuntoa, sillä tutkimuseettisen toimikunnan asettamista ennakkoarviointilausunto-asetelmista (2009, 12) mikään ei täytynyt eikä toimeksiantaja sitä vaatinut. Tutkimusluvut haettiin Kuopion ja Porin kaupungeilta.

Aineiston keruu ja analysointi ei sisältänyt henkilötietojen käsittelemistä. Haastattelut toteutuivat anonymisti, mikä tarkoittaa haastateltavien tunnusomaisten piirteiden ilmenemistä samanlaisina useammalla henkilöllä mukailen Kuula-Luumia ja Rantaa (2016, 418). Näitä piirteitä haastateltavilla olivat ammatti ja osallistuneet organisaatiot, jotka ovat tutkimuksessa toimeksiantajien hyväksymänä ilmoitettu. Aineiston keruussa ei kysytty haastateltavien henkilötietoja tai muita taustatietoja, sillä haluttiin saada mahdollisimman monipuolisia kokemuksia lääkehoidon toteutumisesta. Tulosten kannalta taustatietojen käyttäminen ei olisi tuonut lisäarvoa.

Haastattelua voidaan kuvata myös sisäpiirihaastatteluksi, sillä opinnäytetyön tekijät ovat itsekin osallisena samassa roolissa työmaailmassa kuin haastattelemansa hoitajat. Omi-

nainen piirre sisäpiirihaastatteluille on sisäpiiripaljastukset ja niiden hallinta. Keskustelumuotoisissa haastatteluissa tulee esille usein asioita itsensä lisäksi myös muista aiheeseen liittyvistä henkilöistä. Tutkijan tulee huolehtia tuloksista raportoidessaan henkilöiden, niin haastateltavien kuin heidän mainitsemiensa muiden ihmisten, anonymiteetista. (Juvonen 2016, 398, 406-407.) Haastatteluista on käytetty lainauksia opinnäytetyössä. Lainauksista ei kuitenkaan ole tunnistettavissa haastateltavien tai muun hoitohenkilökunnan henkilöllisyyttä, potilaita, työyksikköä tai paikkakuntaa.

Haastateltavat antoivat allekirjoituksellaan suostumuksensa tutkimukseen tutustuttuaan saatekirjeeseen (liite 2). Ketolaa (2014, 44) mukaillen saatekirjeessä haastateltaville annettiin tietoa opinnäytetyön aiheesta ja aineiston keruussa käytettävästä menetelmästä yksiselitteisesti. Eettiseen toimintaan kuuluu, että haastateltavat tietävät, mistä on kysymys sekä miten heidän antamiaan tietoja säilytetään ja käytetään. Osallistujan tulee myös olla tietoinen siitä, että hän voi halutessaan kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää osallistumisensa. (Hyvärinen 2016, 32.) Tämä käytänne olisi tullut myös mainita suostumuksessa, mutta se jäi uupumaan. Haastatteluihin osallistuneet hoitaja eivät kuitenkaan maininneet haastatteluissa tai ottaneet yhteyttä jälkikäteen keskeyttääkseen osallistumisensa opinnäytetyöhön. Opinnäytetyöprosessin päätyttyä haastatteluiden tallenteet ja litteraatit hävitetään asianmukaisesti.

10.2 Luotettavuuden tarkastelu

Esitietoja keräämällä haastateltavista, esimerkiksi haastateltavien työkokemuksesta vuosina, olisi saatu erilaista tietoa esimerkiksi sen vaikutuksesta lääkityksen tarkistamisen hallitsemiseen. Haastateltavat kertoivatkin, että he kokivat vastavalmistuneina tietämyksensä lääkkeistä puutteellisiksi. Vertailua työkokemuksen vaikutuksesta ei kuitenkaan ollut tarkoitus tehdä tässä opinnäytetyössä, kun tutkimuksen tavoitteena oli lääkitysturvallisuuden varmentuminen sekä yhtenäistyminen turvallisilla käytänteillä. Hoidon tulisi olla turvallista työntekijän työkokemuksesta riippumatta. Täten laaditussa tarkistuslistassa on mainittuna esimerkiksi yleiset riskilääkeryhmät, että ne tulisivat huomioiduksi jokaisen potilaan hoidossa.

Esihaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, vaikka varsinainen tutkimusmenetelmä oli ryhmämuotoinen. Haastatteluihin oltaisiin voitu valmistautua paremmin toteuttamalla

esihaastattelut samalla tutkimusmenetelmällä, sillä nyt ohjauksesta huolimatta haastattelutallenteissa esiintyi vähän päällekkäistä puhetta. Esihaastatteluiden tarkoituksiksi nähtiin nyt lähinnä teemarungon ja sanelinten toimivuuden testaaminen. Toisaalta esihaastatteluiden toteutusta ryhmämuotoisena olisivat olleet vaikeuttamassa käytännön järjestelyt, kun tutkimuslupakin oli saatu vain työajan käyttöön varsinaisen aineiston keruuseen. Aineiston keruun toteutusta ohjasi myös kiireinen aikataulu; se oli toteutettava ennen haastatteluiden kannalta oleellisten tiedonantajien kesälomakautta.

Joskus haastateltavat voivat ryhmähaastattelutilanteessa arkailla kertoa jotakin (Pietilä 2016, 116). Haastatteluissa haastattelijä kuuntelikin tarkkaavaisesti puheenvuoroja ja kysyi myös lisäkysymyksiä viitaten aiempiin puheenvuoroihin keskustelun kirvoittamiseksi Pietilän (2016, 116) teoriaa mukaillen. Haastattelijä jakoi puheenvuoroja mahdollisimman tasapuolisesti, myös osoittaen kysymyksiä suoraan niille, jotka eivät vielä olleet käsiteltävää aihetta kommentoineet. Molemmissa haastatteluissa oli muita vähemmän puheenvuoroja käyttäneitä osanottajia. Pohdittiinkin, olisivatko he mahdollisesti tuottaneet aineistoa enemmän yksilöhaastatteluiden avulla.

Luotettavan analyysin vaatimuksena on, että tutkija kertoo lukijalleen selkeästi tavan, jolla hän työstää järjestelmällisesti aineistoa (Lindblom-Yläne, Paavilainen, Pehkonen & Ronkainen 2014, 120, 124-125). Täten aineiston analysointi onkin selvitetty seikkaperäisesti. Tuloksien raportoinnissa on käytetty alkuperäisilmauksia kuvaamaan oikeaa tulkintaa haastatteluaineistosta.

Opinnäytetyössä oli kiinnitettävä huomiota opinnäytetyöntekijöiden rooliin tutkijoina, sillä he työskentelevät myös sairaanhoitajina, joilta tässä tutkimuksessa myös aineisto kerättiin. Sisäpiirihaastattelun etuna on, että yhteiset kokemukset, osallisuus samoihin tilanteisiin sekä yhteinen kieli tuottavat jaettua ymmärrystä. On kuitenkin varottava, ettei liiallinen kotoisuus piilota oleellista tietoa, kun haastateltava puheessaan olettaa haastattelijan tietävän kertomatta jotakin. (Juvonen 2017, 401-402.) Toisaalta opinnäytetyön tekijöillä oli ymmärrystä ammattinsa kautta aiheisiin ja kun hoitajia haastatteli työyksikön ulkopuolinen henkilö, osasi haastattelijä myös kysyä tarkentavia kysymyksiä käytännöistä. Toisaalta taas opinnäytetyön tekijöillä oli myös vaikeutta nähdä aineistoa ei-ammattilaisen silmin. Tämä asia tiedostaen tutkimuksessa kuitenkin pyrittiin objektiivisyyteen.

Opinnäytetyön tekijöiden olikin ennen aineiston keruuta perehdyttävä käyttämäänsä tutkimusmenetelmään, jotteivät itse vaikuttaisi tutkimustuloksiin tavalla, joka merkittävästi muuttaa niitä tai etteivät he tekisi tarpeetonta henkilökohtaista puolueellista tulkintaa tuloksista viitaten Crossmanin (2017) teoriaan. Ristiriitatilanteiden reflektointi auttaa tutkijaa horjuttamaan sisäpiiriläisyyden luomia ennakkokäsityksiä ennen analyysivaiheeseen siirtymistä. Tutkijan on oltava valmis muuttamaan ennakkokäsityksiään tutkimuksensa hyväksi. Haastateltavien tulkinnat voivat poiketa siitä, mitä sisäpiirihaastattelija pitää oikeana tulkintana. Tulkintojen erilaisuus tekee selväksi sen, että tulkinnat ovat sosiaalisesti rakentuneita eikä sisäpiirihaastatteluiden tuottama tieto ole nollatutkimusta. (Juvonen, 2016, 404-406.)

Ryhmähaastatteluiden koostumukset olivat lopulta erilaiset tutkimussuunnitelman muuttua juuri ennen haastatteluiden toteutusta. Kaikki haastateltavat täyttivät haastateltaville asetetut kriteerit, mutta opinnäytetyön tekijät kokivat, että haastateltavien välinen vertaileva keskustelu oli hedelmällisempää eri osastoilla työskentelevien hoitajien välillä. Ryhmähaastattelussa, jossa kaikki osanottajat työskentelivät samalla osastolla, haastateltavat kertoivat osaston käytänteistä vuorotellen, mutta eivät joutuneet perustelevaan ja pohtimaan käytänteitä yhdessä, kun eriäviä toimintatapoja ei ryhmän osanottajilla ollut. Tämä saattoi vaikuttaa vähentävästi esimerkiksi kehitysideoiden saamiseen tutkimuksessa.

Yhtenä tarkoituksena opinnäytetyössä olikin osallistaa hoitajia ideoimaan lääkitysturvalisuutta edistäviä käytänteitä. Suoria kehitysideoita tuli vähän, mutta opinnäytetyön tekijät ideoivat esille tulleiden epäselkeiden käytänteiden tai ongelmakohtien pohjalta muutoksia ja yhteneväisyyttä toimintoihin. On mahdollista myös, että aineiston keruun toteuttaminen tieteellisen tutkimuksen normien mukaisesti ei ollut optimaalisinta kehitysideoiden keruuta varten. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta ei ole tiedeperustaista tutkimusta ja siinä tärkeintä on saada kehittämistoiminnalle edullisia vastauksia (Rantanen & Tuokko 2009, 157). Kehittämistoiminnalle edullisia vastauksia oltaisiin mahdollisesti saatu kattavammin esittämällä tutkimuskysymykset haastateltaville etukäteen. Näin haastateltavilla olisi ollut enemmän aikaa miettiä kehittämissideoita. Toisaalta lääkehoidon toteutumisen kannalta ei välttämättä oltaisi saatu luotettavia vastauksia, eikä toisaalta aikaiseksi keskusteluakaan viitaten Kvalen (2007, 51) ja Josselssonin (2013, 116) teoriaan.

Oli riski yhdistää kahta erityyppistä tutkimusmenetelmää samaan opinnäytetyöhön, mutta lopulta se oli mahdollisuus saada toteutetuksi edes lääkehoidon toteutumisen kartoitus aineiston avulla. Tarkistuslista tulisikin laatia aina tarpeeseen (Hales ym. 2008, 24-28). Tarvetta lähdettiin selvittämään haastatteluilla kuten tarkistuslistan sisältöäkin varautuen kuitenkin siihen, että sille ei oltaisi koettu tarvetta. Mikäli tarkistuslistan tarve olisi ollut jo tiedossa ennen aineiston keruuta, olisi aineiston keruu toteutettu pelkästään tutkimuksellisen kehittämistoiminnan keinoin. Toisaalta oltaisiin myös voitu toteuttaa erilliset haastattelut kehitysideoinnille, mutta niiden järjestäminen opinnäytetyöprosessin käytössä olevan ajan puitteissa olisi ollut haasteellista.

Kehittämistoiminnan luotettavuutta voidaan arvioida ennen kaikkea kehittämisprosessin seurauksena syntyneiden tulosten hyödynnettävyytenä eli käyttökelpoisuutena (Rantanen & Toikko 2009, 125). Käyttökelpoisuutta ei voida arvioida tässä opinnäytetyössä, sillä prosessi ei edennyt käyttöönottovaiheeseen saakka. Kehittämistoiminnan siirrettävyyttä pohdittaessa voidaan korostaa jokaisen työorganisaation ja kehittämisprosessin ainutkertaista luonnetta. Työyksikköön kohdennettua kehittämistoimintaa on vaikea tuoda erilaiseen toimintaympäristöön. (Rantanen & Toikko 2009, 126.) Tutkimuksen toteutus ja konteksti onkin esitelty kehittämisprosessissa läpinäkyvästi, että kehittämistoiminnan tulosten käyttökelpoisuutta voidaan niiden perusteella arvioida omassa työympäristössä.

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa käyttäjien ja kehittäjien sitoutuminen kehittämisprosessiin vaikuttaa aineistojen, metodin ja tuotosten luotettavuuteen. Onkin olennaista luotettavuuden kannalta tietää, missä prosessin vaiheissa käyttäjät eivät ole osallistuneet aktiivisesti kehittämiseen. Mikäli käyttäjät eivät osallistu kaikkiin kehittämisprosessin vaiheisiin, se voi johtaa käyttäjien sitoutumattomuuteen. (Rantanen & Toikko 2009, 124.) Käyttäjät eli hoitajat osallistuivat lääkehoidon tarkistuslistan ja seurantalomakkeen laatimisen prosessiin vaiheessa, jossa kartoitettiin kehitystyön tarpeellisuutta sekä sen sisältöä. Opinnäytetyöhön osallistuneiden hoitajien koko työyhteisöä pyydettiin antamaan palautetta laadituista tarkistuslistasta ja seurantalomakkeesta. Palautetta saatiin niukasti, kaikki osastot eivät antaneet palautetta lainkaan. Pohdittiin, että tähän voi olla useita syitä. On mahdollista, että kaikki eivät kokeneet tarkistuslistaa ja seurantalomaketta tarpeellisiksi tai eivät ymmärtäneet niiden käyttötarkoitusta esittelystä huolimatta

osastoilla, joilta vain muutama hoitaja osallistui opinnäytetyöhön. Tarkistuslistan ja seurantalomakkeen esittelemisen opinnäytetyön tekijän läsnäolokontaktilla olisi saattanut olla tarpeellista jokaisella osastolla, mutta toisaalta osastojen koko henkilökunta ei olisi ollut kuulemassa esittelyä samanaikaisesti. Mahdollista on myös, että palautteen antaminen on unohtunut muistutuksista huolimatta. Kuitenkin kehittämisprosessista jäi vielä puuttumaan käyttöönottovaihe, sen arviointi ja kehitysideoiden myötä mahdollinen uusi sykli. Sitoutumista työtehtävien toteuttamiseen tarkistuslistan avulla ei voida tämän opinnäytetyön pohjalta vielä arvioida.

10.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena oli lääkitysturvallisuuden varmentuminen sekä yhtenäistymisen turvallisilla käytänteillä lyhytaikaisen osastohoidon tulo- ja kotiutusvaiheessa. Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella lääkitysturvallisuuteen liittyvät käytänteet vaihtelivat jonkin verran haastatteluihin osallistuneilla osastoilla.

Haastatteluista ilmeni, että lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistaminen on haastavaa ja lääkitystietoja joudutaan etsimään monesta eri lähteestä. Myös aiemmat tutkimukset ovat samansuuntaisia, ongelmiksi on koettu vanhentuneet lääkitystiedot, lääkkeiden käyttämättömyys sekä lääkityslistalla olevat ylimääräiset lääkkeet (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 284; Makkonen & Vähälassi 2016, 58; Jylhä 2017, 53). Tärkeimpinä tiedonlähteinä lääkitystietojen selvittämisessä pidettiin potilastietojärjestelmän eri tallennusnäkyymiä, potilaan omaisia, terveydenhuollon ammattilaisia, Kanta-arkistoa ja potilasta itseään. Hoitoyksiköissä käytössä olevat eri potilastietojärjestelmät koettiin ongelmallisiksi tiedonsiirron kannalta. Potilastietojärjestelmien yhteensopimattomuuden on todettu aiemmissakin tutkimuksissa aiheuttavan virheitä (Inkinen ym. 2012, 331; Jylhä 2017, 56). Kanta-arkiston katsottiin olevan luotettava lähde potilaan lääkityksen tarkistamisessa. Kanta-tiedonhallintapalvelussa onkin kehitteillä valtakunnallinen lääkityslista, joka siirtyy tulevaisuudessa palvelujärjestelmiin. Valtakunnallisen lääkityslistan odotetaan vähentävän lääkitysvirheitä. Täytyy kuitenkin muistaa, että tämä tuleva uudistus ei poista ammattilaisten vastuuta lääkitystietojen oikeellisuudesta tietojärjestelmissä. (Ahonen ym. 2013, 178; Mäkelä-Bengs ym. 2015, 17; Järvensivu ym. 2016, 11.)

Osastoilla, joilla hoitajat suorittivat lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistamisen, hoitajat kokivat työtehtävän aikaa vievänä ja haasteellisena. Lisäksi haasteellisuutta toiminnan suorittamiseen toi hoitajien kuvaama pienempi miehitys ilta-aikaan puhumattakaan siitä, että lääkäri vahvisti ilta-aikaan saapuneen potilaan lääkityksen vasta seuraavana päivänä. Potilaan ajantasaisen lääkityslistan tarkistuksen suorittaminen hoitajan tekemänä ilta-aikaan osastolla kuvautui hyvin riskialttiina lääkityspoikkeamille.

Opinnäytetyön haastattelujen perusteella nousi esille sairaanhoitajien koulutus ja osaaminen lääkehoidossa. Tuloksista nousee esille hoitajien kokema vastuu potilaan lääkehoidon toteutuksessa. Vaikka lääkäri vastaa potilaan lääkityksestä, ovat haastateltavat hoitajat huomanneet usein virheitä lääkemääräyksissä. Haastateltavien mukaan lääkehoidon osaamiseen tarvitaan lisää koulutusta, koska hoitajan on osattava puuttua virheellisiin lääkemääräyksiin. Myös aiempien tutkimuksien mukaan koulutuksen on todettu lisäävän tietoisuutta lääkkeistä ja näin ollen vähentävän lääkityspoikkeamia (Onderwater ym. 2014). Toisaalta haastattelussa ajateltiin, ettei hoitajan tarvitsisikaan tietää kaikkia lääkkeitä. Kuitenkin Valvira (2017) linjaa, että sairaanhoitajakoulutuksen saaneet työntekijät vastaavat lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuudesta sekä kantavat erityistä vastuuta lääkehoidon turvallisuudesta. Terveystieteiden ammattihenkilö on myös velvollinen kehittämään ammattitaitoaan jatkuvasti, ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja kärsimyksen lievittäminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 15 §, 18 §). Joten ajatus siitä, ettei kaikkia potilaan lääkkeitä kuuluisi tietää lääkehoitoa toteuttaessa, on jo lainvastainen.

Fysiologisten tutkimusten tulokset ovat merkittävä lääkehoidon vaikuttavuuden arviointikriteeri (Hakoinen 2016, 52; Järvensivu ym. 2016, 34). Opinnäytetyön tuloksien perusteella lääkehoidon vasteen seuranta on epäsäännöllistä ja fysiologisten mittauksien toteutus välillä tarpeetonkin. Fysiologisia mittauksia tehdään tulovaiheessa toisaalta rutiinisesti, ja osa mittauksista perustuu joillakin osastoilla säännönmukaisuuteen jonkin sairauden yhteydessä, mutta niitä saatetaan tehdä myös asiaan huomiota kiinnittämättä ilman seurannan tarvetta osastojakson aikana. Lääkehoidon vasteen seurannan kirjaaminen ei ollut haastattelujen perusteella systemaattista. Lääkitysturvallisuuden varmentamiseksi osastoilla tulisikin olla yhteneväiset toimintatavat lääkehoidon vasteen seurantaan ja kirjaamiseen sekä siihen liittyvien fysiologisten mittausten tekemiseen.

Haastattelujen mukaan lääkehoidon arviointiin osallistuvat potilasta hoitavan lääkärin lisäksi hoitaja sekä mahdollisesti erikoislääkäreitä tai osaston farmaseutti. Farmaseutin käyttämistä pidettiin erittäin hyödyllisenä, mutta samalla arvioitiin farmaseuttia käytettävän melko vähän. Aiempien tutkimustulosten mukaan varsinkin farmaseutin konsultointi potilaan lääkehoidon arvioinnissa tuotti alle 80-vuotiaiden potilaiden hoidossa kustannussäästöjä. Tutkimukset puhuvat muutoinkin farmasian osaajan puolesta lääkehoidon arvioinnin toteutuksessa. (Aranegui ym. 2016; Benrimoj ym. 2016; Christensen & Lundh 2016; Ghement ym. 2017.) Syitä, miksi farmaseuttia konsultoidaan niin vähän saattaa olla monenlaisia. Ehkä farmaseutin konsultointia ei pidetä taloudellisena tai lääkärit kokevat epävarmuutta ulkopuolisen avun kysymiseen. Toisaalta saattaa olla, että farmaseutin konsultointi ei ole tarpeeksi vakiintunut toimintatapa, jolloin hoitajat eivät huomaa mahdollisuutta farmaseutin hyödyntämiseen. Myös kiire saattaa estää potilaan lääkehoidon arvioimisen toteuttamista. Haastatteluista nousi myös esille, ettei lääkehoidon arviointia tehdä kovinkaan järjestelmällisesti. Hoitajat kokivat, että lääkehoidon arviointeja toteutettiin vasta, jos potilaalla on paljon lääkkeitä käytössään, omaisen sitä toivoessa tai potilaan voimien alentuessa akuutisti. Lääkehoidon arvioinneista voisivat kuitenkin hyötyä esimerkiksi myös paljon terveystalouksia käyttävät, vaikka lääkitys olisi-kin maltillinen tai tilanne ei olisi akuutti viitaten esimerkiksi Järvensivun ym. (2015) artikkeliin.

Haastattelujen perusteella kävi ilmi, että lääkityspoikkeamia tapahtuu usein. Hoitajat huomaavat lääkemääräyksissä olevia virheitä tai puutteita, mutta myös hoitotyön toimintatavoissa olisi kehitettävää. Hoitolistoja päivitetään manuaalisesti, jolloin prosessi on altis virheille. Raportointia tapahtuu haastateltavien mukaan myös pelkästään suullisesti. Tulos mukailee Jylhän (2017, 47) tutkimustuloksia, joiden mukaan suullisten potilastietojen käyttäminen on ollut edelleen runsasta. Kuitenkin tällöin tiedonsiirto on kyseenalaista, sillä dokumentoimisen tekemättä jättäminen voi johtaa siihen, että tieto jää saamatta työntekijöiden välillä Jylhän (2017, 56) tutkimustuloksien mukaan. Haastatteluiden perusteella hoitajat saattavat tehdä paljon päällekkäistä työtä toistensa ja lääkärin kanssa. Lääkityslistoja tarkistetaan usein useaan kertaan niin osastolle tulo- kuin kotiutusvaiheessa-kin. Lääkityslistojen tarkistaminen voisi olla systemaattisempaa ja tarkemmin määriteltä, jolloin henkilöstön resurssit tulisivat hyödyllisemmin käyttöön. Yhteneväisten ohjei-

den ja käytäntöjen sekä työnjaon on tutkimustenkin mukaan katsottu vähentävän lääkityspoikkeamia (Härkänen ym. 2013, 32-37; Onderwater ym. 2014, 280; Härkänen ym. 2015, 37-38).

Haastattelussa esiteltiin lääkehoitajan työnkuvaa. Työnkuvaa pidettiin hyödyllisenä ja potilasturvallisuutta lisäävänä. Lääkehoitajan roolissa ajateltiin hoitajan pystyvän tarkistamaan potilaiden lääkitykset tarkasti. Toisaalta haastattelun mukaan lääkehoitajan roolissa kontakti potilaaseen ja hänen vointiinsa jää puuttumaan kokonaan. Lääkehoitaja ei seuraa lääkityksen vaikuttavuutta. Tarkemmin haastattelussa ei käynyt ilmi toiminnan kuvaus, mutta opinnäytetyön tekijöiden kokemusten mukaan yleensä potilaan hoidosta vastaava hoitaja vie lääkkeet potilaalle. Tällöin lääkkeitä antava hoitaja saattaa lukea lääkityslistan vain mekaanisesti läpi ja tarkistaa onko lääkkeet oikein jaettu. Lääkehoitaja saattaa siis olla ainoa, joka lukee lääkityslistan ajatuksella läpi. Lääkehoitajan työnkuva kuulostaa varmentavan lääkehoidon turvallisuutta siten, että lääkitys olisi hyväksytyn hoitokäytännön mukainen, mutta myös heikentävän potilaskohtaista turvallisuutta, mikäli tieto potilaan voinnista jää puuttumaan lääkityksen tarkistamisesta. Kun lääkehoitajalla on aikaa paneutua potilaiden lääkityksiin, hän voisi myös samalla tutustua potilaisiin potilastietojärjestelmän tai suullisen raportin avulla.

Yhdellä opinnäytetyöhön osallistuneista osastoista oli kotiutushoitaja, jonka tehtävänä oli kaikki kotiutukseen liittyvät asiat. Kotiutushoitajan työskentely kuvautui toimivana, joskin sen toimivuutta hoitajat eivät erikseen painottaneet haastattelussa. Kuitenkaan haastattelusta ei noussut esille mitään ongelmakohtia liittyen työnjakoon, kun osastolla työskenteli kotiutushoitaja. Taas muilta osastoilta kotiutumisen toteutus kuvautui hieman kiireellisenä, kun kotiutumisesta tuli hoitaa muiden työtehtävien lomassa. Haastattelujen pohjalta pohdittiin, että kotiutushoitajan työnkuva on toimiva sekä myös lääkitysturvallisuutta varmentava, mikäli se vähentää kiireellisyyttä työskentelyssä.

Läähoidon ohjaus kuvautui haastatteluissa hyvin vaihtelevana. Näkökulmana ei välttämättä ollut edes potilaan terveydentila, miksei potilas saanut ohjausta lainkaan. Voisiko ohjauksen antamiseen osaltaan vaikuttaa haastattelussa kuvautunut kiire tai sitten vain tietämättömyys, että ohjausta tulisi antaa. Laki ohjaa antamaan potilasohjausta vedoten potilaan oikeuteen saada tietoa hoidostaan (785/1992, 5 §). Toisaalta myös haastattelussa

nostettiin esille ohjauksen hyöty hoitajien työn kannalta, kun potilaat eivät ohjausta saamaan soittaisi osastolle kotiutumisen jälkeen lääkitysasioista. Haastattelussa kerrottiin myös, että lääkehoidon ohjausta ei annettu potilaalle välttämättä sen vuoksi, että hänen ei koettu pystyvän vastaanottamaan ohjausta. On todettu, että lääkehoitoon sitoutumista voidaan edesauttaa yksilöllisellä ja oikea-aikaisella ohjauksella (Koskinen ym. 2012, 166; Ahonen ym. 2013, 179). Täten ohjauksesta saattaisivat kuitenkin hyötyä myös esimerkiksi kognitiivisesti heikentyneetkin potilaat, joiden lääkehoidosta huolehtii muu taho.

Lääkehoidon jatkuvuutta tuettiin haastateltavien osastoilla lääkkeiden jakamisella mukaan osastolta. Lääkkeitä saatettiin jakaa jopa puolen viikon ajaksi kotiin mukaan. Toisaalta jos syy on vain ”ettei tarvitse lähteä apteekkiin”, niin se voi olla huonosti perusteltua. Mutta toisaalta jos syy on ilmeinen, voidaan laskea maksaako osastohoito vai lääkkeiden jakaminen mukaan enemmän kotiutustilanteessa.

Osastojaksolla tehtyjä lääkitysmuutoksia kerrottiin olevan vaikea etsiä potilastietojärjestelmästä, sen kerrottiin vievän paljon hoitajan aikaa. Lääkitystietoja tarvitaan, kun potilaan kotiutuessa annetaan ohjausta potilaalle, hänen omaiselleen tai raportoidaan potilaan tietoja muille jatkohoitotahoille. Esille nousi myös, että tieto lopetetun lääkkeen sopimattomuudesta on välillä vaikeasti löydettävissä päivittäisten kirjausten seasta. Toivomuksena olisikin potilastietojärjestelmän selkeämpi käytettävyys ja tietojen nopea saatavuus. Muun muassa Erkkon ja Johanssonin (2013, 147-148) mukaan potilasturvallisuutta edistää rakenteisen kirjaamisen päätöksenteon turvaavat tukijärjestelmät, joita ovat esimerkiksi interaktio- ja allergiavaroitukset. Tukijärjestelmä uupuu opinnäytetyön tekijöiden kokemuksen mukaan lääkkeiden sopimattomuudesta lääkkeitä määrättäessä.

Johtopäätökset

Lääkityslistan ajantasaisuuden selvittäminen kuvautuu haasteellisena ja riskialttiina lääkityspoikkeamille liittyen tiedonsiirron sekä joillakin osastoilla työnjaon ongelmallisuuteen. Sairaanhoitajan vastuu lääkehoidon toteutumisessa kuvautuu osittain epäselvänä, liittyen esimerkiksi lääkkeiden tuntemukseen tai vasteen seurantaan, mikä on riski turvallisen lääkehoidon toteutumiselle. Farmaseutin tarjoamaa konsultointiapua lääkehoitoon tulisi hyödyntää enemmän. Työnjaolla voidaan vaikuttaa turvallisuuteen; aikaa lääkehoitoon keskittymiselle antavat erilaiset työnkuvat kuten lääkehoitaja ja kotiutushoitaja. Täytyy kuitenkin myös varmentua siitä, että kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien välinen

tiedonsiirto on toimivaa ja siihen liittyvä dokumentointi tulee tehdyksi. Lääkityslistojen kaksoistarkistus lääkärin ja hoitajan tekemänä näyttäytyy tarpeellisena potilaan tulo- ja kotiutusvaiheessa. Potilastietojärjestelmien toimintaan liittyvät ongelmat kuvautuvat edelleen lääkehoidon riskitekijöinä. Hoitotyön laatu on käytänteiden epäsäännönmukaisuuden vuoksi vaihtelevaa.

10.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Kehittämisprosessi lääkehoidon tarkistuslistan ja seurantalomakkeen kohdalla jäi kesken, jatkotutkimusehdotuksena voisi arvioida niiden käyttöönottovaihetta ja mahdollisesti kehittää niitä arvioinnin mukaisesti. Arvioitavia asioita käyttöönottovaiheesta olisivat listan ja lomakkeen vaikutus hoitajien työskentelyyn ja potilasturvallisuuteen. Toivottavaa olisi, että tarkistuslistoja saataisiin myös tulevaisuudessa sähköiseen muotoon potilasasiakirjojen käsittelyn helpottamiseksi. Tarkistuslistan käyttäminen takaisi hoitotyön tasaisen laadun potilaan tulo- ja kotiutusvaiheessa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella tulisi enemmän panostaa sairaanhoitajien koulutukseen lääkehoidon toteuttamisesta. Koulutustarvetta olisi lääkkeistä, lääkehoidosta sekä sairaanhoitajan velvollisuuksista. Työyksiköissä sairaanhoitajan tehtävän kuvauksen tulisi olla selkeä, lainmukainen ja tiedostettu. Osastoilla tulisi olla lääkitysturvallisuutta varmentavat lääkehoitosuunnitelmaan kirjatut toimintamallit ja työnjako. Kun lääkityslistojen kaksoistarkistus sekä osastohoidon tulo- että kotiutusvaiheessa koettiin lääkitysturvallisuutta varmentavaksi toiminnoksi, tulisi se ottaa toimintamalliksi. Toimintamalli tulisi kehittää myös lääkehoidon arviointien tekemiseksi farmaseuttia hyödyntäen ja suuntaamiseksi sitä tarvitseville potilaille, esimerkiksi laaditun lääkehoidon tarkistuslistan kriteerien mukaisesti. Erityisesti haastatteluiden perusteella hajanaisena kuvautuvaan lääkehoidon vasteen seurantaan tulisi kiinnittää osastojen toimintatavoissa huomiota. Hoitajien työn näkökulmasta lääkärin suorittama lääkityslistojen ajantasaisuuden tarkistus näyttäytyisi turvallisempaan työnjakona.

Tiedonsiirto-ongelmat eri potilastietojärjestelmistä johtuen aiheuttavat lääkityspoikkeamia edelleen. Ratkaisuna tähän olisi yhtenevät potilastietojärjestelmät. Potilastietojärjestelmien lääkityslistalla tulisi olla myös automaattinen ilmoitustoiminto, jos lääke

on aikaisemmin lopetettu sopimattomuuden vuoksi ja sitä yritetään lisätä uudelleen lääkityslistalle. Potilastietojärjestelmän käyttäjäystävällisyyttä tulisi kehittää edelleen. Lääkitysmuutokset tulisi esiintyä selkeässä potilastietojärjestelmän näkymässä, josta selviäisi muutosten ajankohdat sekä niiden syyt. Selkeästi informaatiota antava lääkitysmuutosnäkymä potilastietojärjestelmässä tekisi opinnäytetyössä laaditusta manuaalisesti täytettävästä lääkehoidon seurantalomakkeesta tarpeettoman.

LÄHTEET

Ahonen, A., Ahonen, J., Halonen, H., Hartikainen, P., Hartikainen, S., Koljonen, M., Ojala, R., Saano, S. & Savolainen, S. 2013. Kliininen farmasia potilaan lääkehoidon tukena. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2013*. Sairaanhoidaja & Lääkehoito. Helsinki: Fioca oy, 161-179.

Ahonen, J., Härkänen, M., Kervinen, M., Turunen, H., Vehviläinen-Julkunen, K. & Voutilainen, A. 2015. Patient-specific risk factors of adverse drug events in adult inpatients - evidence detected using the Global Trigger Tool method. *Journal of Clinical Nursing* 24(3-4), 582-591.

Alanko, H., Juuti, H., Leppä, E., Pekonen, A., Ojanperä, K., Soini, T., Sulosaari, V., Teuri, R. & Tuderman, P. 2013. Sairaanhoidaja lääkehoidon ohjaajana ja lääketiedon käyttäjänä -MONI- lääke- hankkeen tuloksia. Turun ammattikorkeakoulu. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 41.

Al-Busaidi, Z. 2008. Qualitative Research and its Uses in Health Care. *Sultan Qaboos University Medical Journal* 8(1), 11–19.

Airaksinen, M., Käyhkö, K., Linden-Lahti, C. & Pennanen, P. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. *Suomen lääkärilehti* 64 (41), 3429-3434.

Aneese, N., Chrischilles, E., Doucette, W., Farris, K., Frank, J., Marshall, V., Pendergast, J. & Salgado, T. 2016. Effect of Clinical and Attitudinal Characteristics on Obtaining Comprehensive Medication Reviews. *Journal of managed care & specialty pharmacy* 22(4), 388-395.

Aranegui, P., Arteché, J., Benrimoj, S., Calvo, B., García-Cárdenas, V., Gastelurrutia, M., Goyenechea, E., Malet-Larrea, A., Martínez-Martínez, F. & Zubeldia, J. 2016. The impact of a medication review with follow-up service on hospital admissions in aged polypharmacy patients. *British Journal of Clinical Pharmacology* 82(3), 831–838.

Baker, S. & Edwards, R. 2012. How many qualitative interviews is enough? Experts voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research. Luettu 6.8.2017. http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf

Bates, D., Jylhä, V. & Saranto, K. 2011. Preventable adverse drug events and their causes and contributing factors: the analysis of register data. *International Journal for Quality in Health Care* 23(2):187-97.

Bell, J., Dooley, M., Jokanovic, N., Kirkpatrick, C., Tan, E. & van den Bosch, D. 2016. Clinical medication review in Australia: A systematic review. *Res Social Adm Pharm* 12 (3),384-418.

Benrimoj, S., Cabases, J., Calvo, B., García-Cárdenas, V., Gastelurrutia, M., Goyenechea, E., Malet-Larrea, A., Martínez-Martínez, F., Noain, A. & Sabater- Hernández, D. 2016. Cost analysis and cost-benefit analysis of a medication review with follow-up service in aged polypharmacy patients. *The European Journal of Health Economics*.

Bereta Vilela, R. & de Carvalho Jericó, M. 2016. Medication errors: Management of the medication error indicator toward a more safety nursing practice. *Journal Of Nursing UFPE / Revista De Enfermagem UFPE*, 10, 1, 119-127.

Blalock, S., Coker-Schwimmer, E., Golin, C., Kahwati, L., Lohr, K., Posey, R. & Viswanathan, M. 2015. Medication therapy management interventions in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 175 (1),76-87.

Blomgren, K. & Pauniahho, S. 2014. Terveidenhuollon tarkistuslistat. *Kustannus Oy Duodecim*.

Boxer, B., Copeland, J., Ruggiero, J. & Smith, J. 2015. Discharge Time Out: An Innovative Nurse-Driven Protocol for Medication Reconciliation. *Medsurg Nurs* 24(3),165-72.

Bueno-Cavanillas, A., Casado-Fernandes, E., García-Caballos, M., Hudhra, K., Jucja, B. & Shabani, D. 2016. Polypharmacy and potentially inappropriate prescriptions identified by Beers and STOPP criteria in co-morbid older patients at hospital discharge. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 22(2), 189-193.

Chau, S., Elders, P., Hoogland, P., Hugtenburg, J., Jansen, A. & van de Ven, P. 2016. Clinical medication reviews in elderly patients with polypharmacy: a cross-sectional study on drug-related problems in the Netherlands. *International Journal of Clinical Pharmacy* 38(1), 46-53.

Christensen, M. & Lundh, A. 2016. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 20,2.

Coleman, E., Jackson, A., Kripalani, S. & Schnipper, J. 2007. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitals. *Journal of Hospital Medicine* 2, 314-323.

Collins, M., Gerdtz, M., Manias, E. & Weiland, T. 2009. Medication use across transition points from emergency department: identifying factors associated with medical discrepancies. *Annals of Pharmacotherapy* 43, 1755-1764.

Coombes, R. 2012. Death of teenager from a drug error a decade ago has made UK a leader in safety. *British Medical Journal* 344, 3826.

Cortejoso, L., Dietz, R., Gosch, M., Hofmann, G. & Sattler, A. 2016. Impact of pharmacist interventions in older patients: a prospective study in a tertiary hospital in Germany. *Clinical Interventions in Aging* 11, 1343—1350.

Crossman, A. 2017. An Overview of Qualitative Research Methods. *Luettu* 6.8.2017. <https://www.thoughtco.com/qualitative-research-methods-3026555>

Dooley, M., Gerdtz, M., Manias, E. & Williams, A. 2015. Complexities of medicines safety: communicating about managing medicines at transition points of care across emergency departments and medical wards. *Journal of Clinical Nursing* 24 1/2, 69-80.

Downes, J., O'Neal, K., Miller, M., Johnson, J., Gildon, B. & Weisz, M. 2015. Identifying opportunities to improve medication management in transitions of care. *American Journal of Health-System Pharmacy* 72 (2), 58-69.

Elders, P., Grundeken, L., Hugtenburg, J., Schellevis, F., van den Eijkel, L. & Wil-leboordse, F. 2016. Information on actual medication use and drug-related problems in older patients: questionnaire or interview? *International Journal of Clinical Pharmacy* 38(2), 380-387.

Erkko, P. & Johansson, P. 2013. Lääkehoidon kirjaaminen. Teoksessa Hahtela, N., Sulosaari, V. & Ranta, I. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoitaja & Lääkehoito*. Helsinki: Fioca Oy, 144-160.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2010. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimismetodeihin I*. Jyväskylä: PS-kustannus, 26-44.

Eurobarometri. 2010. Patient safety and quality of healthcare. European comission. Luettu 7.3.2017. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_sum_en.pdf

Fimea. 2012. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräys 6/2012. Sairaala- apteekin ja lääkekeskuksen toiminta.

Fimea. 2017. Iäkkäiden lääkehoito. Luettu 2.8.2017. http://www.fimea.fi/vaestolle/iakkaiden_laakehoito

Gautério-Abreu, D., Costa Santos, S., Tarouco da Silva, B., Calcagno Gomes, G., Dias Cruz, V., & Gonçalves Tier, C. 2016. Prevalence of medication therapy adherence in the elderly and related factors. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 69(2). 213-220.

Ghement, I., Hohl, C., McGrail, K., Partovi, N., Reddekopp, L., Sobolev, B. & Wickham, M. 2017. Impact of early in-hospital medication review by clinical pharmacists on health services utilization. *PLoS One* 12(2).

Hahtela, N., Sulosaari, V. & Ranta, I. (toim) 2013. *Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoitaja & Lääkehoito*. Helsinki: Fioca Oy.

Hakoinen, S., Inkinen, R. & Volmanen, R. (toim.) 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Hales, B., Terblanche, M., Fowler, R. & Sibbald, W. 2008. Development of medical checklists for improved quality of patient care. *International Journal for Quality in Health Care* 20 (1), 22-30.

Heikkilä, R. 2008. Puhuva ryhmä: Esimerkkitapaus ryhmähaastattelun käytöstä sosiaali-tieteellisessä tutkimusasetelmassa. *Sociologia* 45(4), 292-305.

Heikkinen K. 2013. Lääkehoidon ohjaus. Teoksessa Hahtela, N. & Sulosaari, V. & Ranta, I. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja: Sairaanhoitaja ja lääkehoito*. Fioca Oy, 111–120.

- Helovuola, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca Oy.
- Henttonen, T., Ojala, M., Rautava-Nurmi, H., Vuorinen, S. & Westergård, A. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hoppu, K., Kuisma, P. & Kuitunen, T. 2008. Medication errors made by health care professionals. Analysis of The Finnish Poison information Centre data between 2000 and 2007. *European Journal of Clinical Pharmacology* 64, 769-774.
- Hyysalo, S. 2006. Käyttäjätieto ja käyttäjätutkimuksen menetelmät. Helsinki: Edita.
- Hyvärinen, M. 2017. Haastattelun maailma. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvaori, J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 10-45.
- Härkänen, M. 2014. Medication-related Adverse Outcomes and Contributing Factors among Hospital Patients. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S., & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Medication errors: what hospital reports reveal about staff views. *Nursing Management*. 9(10), 32-37.
- Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S., & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Detecting medication errors: Analysis based on a hospital's incident reports. *International Journal Of Nursing Practice* 21 (2), 141-146.
- Inkinen, R., Pommelin, P., Tammela, O. & Väyrynen, S. 2012. Electronic patient record systems expose patients to medical errors. *Finnish Medical Journal* 67, 955–61.
- ISMP. 2015a. List of High-Alert Medications in Acute Care Settings. Luettu 2.8.2017. <https://www.ismp.org/tools/institutionalhighAlert.asp>
- ISMP. 2015b. Listi of High-Alert Medications in Community/Ambulatory healthcare. Luettu 2.8.2017. <https://www.ismp.org/communityRx/tools/ambulatoryhighAlert.asp>
- Josselson, R. 2013. Interviewing for qualitative inquiry. New York: The Guilford Press.
- Juvonen, T. 2017. Sisäpiirihaastattelu. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvaori, J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 398-410.
- Jylhä, V. 2017. Information management in health care: a model for connecting information culture and patient safety. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Järvensivu, T., Kumpusalo-Vauhkonen, A. & Mäntylä, A. 2015. Miten tunnistan lääkitysongelman potilaan ja laitan lääkityksen kuntoon? *Sic!* 1/2015.
- Järvensivu, T., Kumpusalo-Vauhkonen, A. & Mäntylä, A. (toim.) 2016. Moniammatillisuus ikäihmisten lääkkeiden järkevän käytön edistämisessä – kansallinen selvitys ja suositukset. Fimea kehittää, arvioi ja informoi, julkaisusarja 8/2016. Luettu 27.1.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-5624-65-6>

Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Ruuhilehto, K., Vuorekoski, L. & Wallenius, J. 2011. Haipro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127(10), 1033-1040.

Kananen, J. 2008. *Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ketola, A. 2014. Tiedollinen itsemääräämisoikeus ja laaja suostumus ihmistieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Ketola, A. & Lahti, R. (toim.) *Ihmistieteellisten tutkimusaineistojen jatkokäyttö ja tietosuojat*. Helsinki: Unigrafia, 3-97.

Kinnunen, M. 2013. Turvallinen lääkehoito. Teoksessa Hahtela, N., Sulosaari, V. & Ranta, I. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidon ja lääkehoito*. Helsinki: Fioca Oy, 99-110.

Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. 2012. *Lääketietoa ammatillisille*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kouvalainen, S. Hallintosihteeri. 2017. *Hoitajamitoitustietoa opinnäytetyöhön*. Sähköpostiviesti. sari.kouvalainen@kuopio.fi. Luettu 9.6.2017.

Kuisma, P. 2010. *Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä*. Tampereen yliopisto. *Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma*.

Kuopion kaupunki. *Sairaaloiden yhteystiedot ja vierailuajat*. Luettu 5.6.2017. <https://www.kuopio.fi/sairaaloiden-yhteystiedot-ja-vierailuajat>

Kuula-Luumi, A. & Ranta, J. 2017. Haastattelun keruun ja käsittelyn abc. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvaara, J. (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino, 411-426.

Kvale, S. 2007. *Doing interviews*. Thousand Oaks: Sage.

Kwan, J., Lo, L., Sampson, M. & Shojania, K. 2013. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med* 5, 397-403.

Kyngäs, H., Hentinen, M. 2009. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki: WSOY Opimateriaalit Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lehnbom, E., Manias, E., Stewart, M. & Westbrook, J. 2014. Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Ann Pharmacother* 48(10), 1298-1312.

Leikola, S. 2012. Development and application of comprehensive medication review Procedure to community-dwelling elderly. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Väitöskirja.

Makkonen, N. & Vähälassi, L. 2016. Lääkitystietojen ajantasaisuus ja itsehoitovalmisteiden käyttö monilääkityillä iäkkäillä. Helsingin yliopisto. Koulutus ja kehittämisspalvelut. PD-projektityö.

Mäkelä-Bengs, P., Virkkunen, H., Vuokko, R. 2015. Lääkemerkinän tekeminen ja tietosisältö 2016 – Toiminnallinen määrittely, versio 2015. Luettu 25.1.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-422-9>

Nikander, P. & Ruusu vuori, J. 2017. Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusu vuori, J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 427-442.

Onderwater, A., Smeulers, M., van Zwieten, M., & Vermeulen, H. 2014. Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study. *Journal Of Nursing Management* 22(3). 276-285.

Palonen, M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus- Hypoteettisen mallin kehittäminen. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Pelin, R. 1999. Projektihallinnan käsikirja. Espoo: Projektijohtaminen.

Pietilä, I. 2010. Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusu vuori, J. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 212-241.

Pietilä, I. 2017. Ryhmäkeskustelu. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusu vuori, J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 111-130.

Porin kaupunki. Lyhytaikaispotilaiden hoito. Luettu 5.6.2017. <https://www.pori.fi/perusturva/sairaalat/lyhytaikaispotilaat.html>

Porin perusturvakeskus. 2015. Oma valvontasuunnitelma. Noormarkun lähipalvelukeskuksen osasto / Luoteisen ja Pohjois-Porin arviointiyksikkö.

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2006. Teemoittelu. Luettu 7.8.2017. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html

Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2014. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Saastamoinen, L. & Verho, J. 2013. Drug expenditure of high-cost patients and their characteristics in Finland. *Eur J Health Econ* 14(3),495-502.

Sahlström, M. 2010. Potilaiden arviot potilasturvallisuudesta - kyselytutkimus yleisistä näkemyksistä ja viimeisimmästä hoitajaksosta. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Saukkonen, S & Vuorio, S. (toim.) 2017. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito vuosina 2015–2016. Tilastoraportti 13/2017. Teveyden ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Schamel, J.2012. How the Pilot`s Checklist Came About. Luettu 9.10.2017
<http://edutekmidwest.com/wp-content/uploads/2011/11/The-Pilots-Checklists.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. Luettu 27.1.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3101-5>

Stakes. 2007. Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto. Luettu 9.10.2017. http://thl.fi/documents/10531/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf

Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Laatu ja potilasturvallisuus. Luettu 28.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus/sanasto/keskeisia-kasitteita>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Luettu 6.8.2017. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Vallimies-Patomäki, M. 2013. Lääkehoitoa ohjaavat normit ja periaatteet. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidaja & Lääkehoito. Helsinki: Fioca oy, 39-53.

Valvira. 2017. Lääkehoidon toteuttaminen. Luettu 13.10.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen

Verdaasdonk, E., Stassen, L., Widhiasmara, P. & Dankelman, J. 2009. Requirements for the desing and implementation of checklists for surgical processes. *Surgical Endoscopy* 23 (4), 715-726.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

WHO. 2008. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Luettu 15.3.2017. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf

Winters, B., Gurses, A., Lehmann, H., Sexton, J., Rampersad, C. & Provonost, P. 2009. Clinical review: checklists-translating evidence into practice. *Critical Care* 13 (6), 210.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko

1. Potilaan vastaanottaminen ja lääkehoidon huomioiminen: lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus, lääkityksen tarkistus, **lääkehoidon osaamisen taso**, lääkehoidon vasteen mittaaminen, lääkehoidon arviointi, *tiedonsiirto työntekijöiden välillä*, muuta?

Apukysymyksiä:

- Miten lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus toteutuu (mitä lääkkeitä käytetään)? Lähteet?
- Miten lääkityksen tarkistus toteutuu? (sis. lääkkeiden antoajankohdat ja annostukset, lääkkeiden päällekkäisyydet, yhteensopimattomuudet, haittavaikutusriskit, suositusten vastaiset lääkkeet, sairauksien ja iän huomioiminen ym.)
- **Miten lääkehoidon osaamisen taso koetaan työtehtäviin nähden?**
- Millä lailla potilaan lääkehoidon vaste mitataan tulovaiheessa (mittaukset, vointi)? Onko systemaattista?
- Miten potilaiden lääkehoitoa arvioidaan? Tehdäänkö arviointeja? Kenelle tehdään? Kuka arvioi? Onko se moniammatillista?
- *Miten tieto siirtyy työntekijöiden välillä?*
- Kehittämideoita?

2. Potilaan kotiuttaminen ja lääkehoidon huomioiminen: lääkehoidon ohjaus, kontrollit, lääkkeiden saatavuus, lääkemuutoksien hallinta, lääkehoitoon sitoutuminen, tiedonsiirto jatkohoitoon, muuta?

Apukysymyksiä:

- Millaista lääkehoidon ohjausta potilaille annetaan kotiutusvaiheessa?
- Miten huomioidaan lääkehoidon seurannan toteutus osastolta kotiutumisen jälkeen?
- Miten huomioidaan lääkkeiden saatavuus kotiutumisen jälkeen?
- Miten selvitetään potilaan lääkehoitoon sitoutumista kotona?
- Miten selvitetään kuka vastaa lääkehoidosta kotona? Miten tiedonsiirto jatkohoitoon toteutuu?
- Kehittämideoita?

Onko käytössä lääkehoidon tarkistuslistoja tulo- tai kotiutusvaiheeseen? Koetaanko niille olevan tarvetta?

Lisätty: kursivoitu teksti esihaastatteluiden jälkeen ja lihavoitu teksti ensimmäisessä haastattelussa.

Liite 2. Saatekirje ja suostumus haastatteluun osallistuville

Tampereen ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden
osasto

YAMK/Kliininen asiantuntija

Lappalainen Piia

Sällilä Susanna

SAATEKIRJE JA SUOSTUMUS HAASTATETTAVAKSI

Hyvä lääkehoitoon osallistuva hoitotyöntekijä!

Pyytäisimme sinua osallistumaan haastateltavaksi YAMK opinnäytetyöhömmme. Haastattelun aiheena on lääkehoidon käytännöt osastohoidossa. Osallistumalla haastateltavaksi olet mukana käytänteiden kehittämisessä. Haastattelu toteutetaan ryhmämuotoisena ilmoitettuna ajankohtana työaikana ja nauhoitetaan nauhoituslaitteella. Haastattelussa ei kerätä henkilötietoja. Haastattelussa antamasi tiedot käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön raportista ei ole tunnistettavissa yksittäisen henkilön vastauksia. Suostumuslomakkeesta jää haastateltavalle kopio.

Kiitos osallistumisestasi ja halukkuudestasi kehittää hoitotyötä!

Suostumuksen allekirjoitus:

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Liite 3. Aineiston ryhmittely

1(7)

Alkuperäisilmaus esim.	Pelkistys	ALA-LUOKKA	YLÄ-LUOKKA	PÄÄLUOKKA
<i>No se joka sit ottaa vastaan jos ottaa joka on ottaa sen potilaan vastaan ni se tietysti pyrkii--</i>	Se joka ottaa potilaan vastaan niin pyrkii selvittämään lääkeytyksen.	LÄÄKITYSLISTAN AJANTASAISUUDEN TARKISTUS OSASTOILLA	LÄÄKITYSLISTAN AJANTASAISUUDEN TARKISTUS	LÄÄKEHOIDON TOTEUTUS POTILAAN TULOVAIHEESSA HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA
<i>Joo elikkä sit jos tulee potilas ja katotaan lääkelista sit tietysti katotaan se laiteaan siitä mikä on potilaan se kotilääkelista, avolääkelista sit katotaan niit tietoja ja sit tietysti se et mitä on jos hän tulee ny aika usein tulee päivystyksest keskussairaalaasta osastoilta n sit tietysti ni sit lisää katotaan mitä sielt tulee niit ko niit lääkemääräyksiä--</i>	Kun potilas tulee, katsotaan potilaan kotilääkelistaa ja jos tulee päivystyksestä tai keskussairaalan osastoilta, niin katsotaan mitä lääkemääräyksiä sieltä on tullut.	LÄHTEET LÄÄKITYKSEN SELVITÄMISESSÄ		
<i>Joskus oli semmonen omaishoitaja joka kans vähän poisti, on syöty miten sattuu.</i>	Joskus omainen on voinut lopettaa potilaan lääkeytyksiä, lääkkeitä on syöty kotona epäsäännöllisesti.	LÄÄKITYSLISTAN AJANTASAISUUDEN HALLINTA		

<i>Ja sit lääkäri meillä sit laite-taan sit et lää-kärin pitää sen jälkeen sitte ku hoitaja on lait-tanu ne ja pis-täny niinku määräysten mukaan ni sit viel tarkistaa et se on niinku se lääkelista semmonen mikä se kuuluu olla.</i>	Kun hoitaja on laittanut lää-keet listalle määräysten mukaan niin lääkäri vielä tarkistaa, että lääke-lista on semmoinen kuin sen kuu-luukin olla.	LÄÄKITYK-SEN TARKIS-TUS OSAS-TOILLA	LÄÄKITYK-SEN TARKIS-TUS
<i>Et kyl siel et niinku mun mielest aika paljoki saa tänä päivän sairaanhoitajat vahtii niit ja kattoo--</i>	Tänä päivänä sairaanhoitajat saavat aika paljon vahtia ja katsoa poti-laiden lääki-tyksiä.	LÄÄKITYK-SEN TARKIS-TUKSEN TOI-MIVUUS	
<i>--ei noi uudet sairaanhoitajat sillai ei ne ees tiitä mitä ne lääkkeet on ku ne kattoo ku ei ne ees tiitä kaikkii niit lääkkeit viel--</i>	Uudet sairaan-hoitajat eivät edes tiedä sillä lailla kaikkia lääkkeitä.	NÄKEMYK-SET JA KO-KEMUKSET LÄÄKEHOI-DON OSAA-MISESTA	LÄÄKEHOI-DON OSAA-MISEN TASO
<i>Ei hirveesti oo ollu. En ees muista, mä oon ollu yhen ker-ran ikinä.</i>	Lääkehoidon koulutusta ei ole ollut pal-jon, olen osal-listunut sellai-seen yhden kerran.	LÄÄKEHOI-DON KOULU-TUKSET TYÖELÄ-MÄSSÄ	
<i>Ainakin rau-hottavissa lääkkeissä py-ritään aina et seurataan niitä vaikutuksia. En tiitä sitte onko, nykyään ehkä paremmin.</i>	Pyritään seu-raamaan lää-keiden vaiku-tuksia, ainakin rauhoittavien lääkkeiden, ei tiedä sitten seurataanko aina, nykyään ehkä parem-min.	LÄÄKEHOI-DON VAS-TEEN SEU-RANTA OSASTOILLA	LÄÄKEHOI-DON VAS-TEEN SEU-RANTA

<p><i>No kyllä ainaki kaikilta aina otetaan verenpaine ja pulssi ja verensokeri ja lämmöt ja tämmöset et tämmöset mittauokset ny ainaki tehdään sit heti siin alkuvaiheessa ja painoo katoetaan ja tarvitaes yleensä otetaan sit sydänfilmi--</i></p>	<p>Kaikilta potilailta otetaan tulovaiheessa verenpaine, pulssi, verensokeri, lämpö, paino ja tarvittaessa sydänfilmi.</p>	<p>LÄÄKEHOIDON SEURANNASSA KÄYTETYT MITTAUKSET</p>		
<p><i>Tuolla lääkekeskuksestaki ne tekee, se sit tietysti maksaa vissiin vähä ku saa sen et ku käydään koko potilaan lääkkeet läpi ja ne tekee siit koko kartotuksen siit.</i></p>	<p>Lääkekeskuksesta on mahdollista saada maksullinen koko lääkityksen kartoitus</p>	<p>LÄÄKEHOIDON ARVIOINTI OSASTOILLA</p>	<p>LÄÄKEHOIDON ARVIOINTI</p>	
<p><i>Sit siinä on jotku kriteerit mitkä et jos on yli kymmenen lääket ja mitä siinä oli, jotai muita tämmösiä et jos ne jos niist ku täytyy osa ni sit voi esimerkiks pyytää tuolt lääkekeskuksest ni sieltä ni.</i></p>	<p>Siinä on jonkinlaiset kriteerit, että jos potilaalla on yli kymmenen lääkettä käytössä ja joitain muita kriteereitä, niin lääkekeskuksesta voi pyytää kartoitusta.</p>	<p>LÄÄKEHOIDON ARVIOINNIN KRITEERIT</p>		

<p><i>No meillä on ainaki käytössä semmonen hoitolista, missä on jokaisen potilaan nimi ja sitte siihen laitetaan mitä mittauksii otetaan päivittäin ja mitä kerran viikossa tai ja mitä jos on jääny tulovaihees joku tekemättä</i></p>	<p>Käytössä on hoitolista, jossa on jokaisen potilaan nimi ja siihen laitetaan mitä mittauksia otetaan päivittäin, kerran viikossa ja mitä on jäänyt tulovaiheessa tekemättä, joku hoke vaikka, jonka tiimi tekee siten.</p>	<p>TYÖNTEKIJÖIDEN VÄLISEN TIEDONSIIRRON MENETELMÄT JA TOEUTUS OSASTOILLA</p>	<p>TIEDONSIIRTO TYÖNTEKIJÖIDEN VÄLILLÄ</p>
<p><i>Tai sit on jääny joku EKG et siitä on vähä unohunu, sit on jääny jatkuvaks.</i></p>	<p>Joskus joku EKG on jäänyt ottamatta tai sitten jokin mittaus on jäänyt jatkuvaksi.</p>	<p>TYÖNTEKIJÖIDEN VÄLISEN TIEDONSIIRRON TOIMIVUUS</p>	
<p><i>-- meillä on se lääke-hoitaja periaattees se on nyt illassa ja aa-mussa elikkä kuka on lääkehoitaja niin se hoitaa ne niinku kaikki potilaiden lääkehoidtoon liittyvät asiat niin se periaattees saa keskittyä siihen lääkeen jakamiseen sekä lääke, tuota uusiin jos niissä tapahtuu muutoksii niin niihin tota niin päivittämiseen-</i></p>	<p>Lääkehoitaja on periaatteessa illassa ja aamussa, hän hoitaa kaikki potilaiden lääkehoidtoon liittyvät asiat ja saa keskittyä lääkkeiden jakamiseen ja lääkemuutoksien toteuttamiseen.</p>	<p>LÄÄKEHOIDON TYÖNJAKO OSASTOILLA</p>	<p>LÄÄKEHOIDON TOEUTTAMISEEN SUUNNITELLUT TYÖNKUVAAT</p>

<i>--jos miettii et pitäisi lääkkeitä jakaa ja viedä ja välillä olla potilashoityössä ni ei tulis mitää.</i>	Jos pitäisi lääkkeitä jakaa ja viedä ja välillä olla potilastyössä, ei tulisi mitään.	LÄÄKEHOIDON TYÖNJAON TOIMIVUUS		
<i>Sit me käydään sanomas siitä et nyt täältä puuttuu tätä ja tota tai.</i>	Käydään sanomassa lääkärille, että nyt lääkityslisältä puuttuu jotakin.	LÄÄKITYKSEN TARKISTAMINEN KOTIUTU-ESSA	LÄÄKITYS JA LÄÄKEHOIDON SEURANTA KOTIUTU-ESSA	LÄÄKEHOIDON JATKUVUUDEN TO-TEUTUMI-NEN POTILAA-N KO-TIUTUESSA HOITAJIEN NÄKÖKUL-MASTA
<i>Meilläki on sit tehty lähete sil-lai et, jos ne lähetteet tehdään valmiiks ja laitetaan ja sit on tilattu jo aika niinku verikokeil--</i>	Lähete tehdään valmiiksi ja verikokeidenottoajat.	LÄÄKEHOIDON SEURANNAN JATKUVUUS		
<i>--sitte ne yksitellenki välillä selitetään mikä tämä lääke on ja mihinkä vaa-vaan se menee-</i>	Monesti selitetään yksitel-lenkin, mikä lääke tämä on ja mihin vaa-vaan se on menossa.	LÄÄKEHOIDON OHJAUS OSASTOILLA	LÄÄKEHOIDON OHJAUS	
<i>Riippuu potilaasta. Jos se on semmonen jolle voi antaa.</i>	Riippuu potilaasta, annetaanko lääkeli-hoidon oh-jausta, mikäli se on sellainen jolle voi antaa.	NÄKEMYK-SET LÄÄKEHOIDON OH-JAUKSEN ANTAMI-SESTA		
<i>--et vuorokau-den lääkkeet jaetaan poti-laalle mukaan-</i>	Vuorokauden lääkkeet jaetaan potilaalle mukaan.	LÄÄKKEITÄ MUKAAN OSASTOLTA	LÄÄKKEI-DEN SAATA-VUUDEN VARMISTA-MINEN	

<p><i>Joskuks tulee että niinku lääkäri ei aina hoksa sitä että tuota niinkun se lääke pitää olla,ne ei niinkun puolita lääkkeitä esimerkiksi ollenkaan annosjakelussa et sen pitä olla semmonen niinkun, se on jaettava kokonaisen pillerinä, ne ei puolita.</i></p>	<p>Lääkäri ei aina huomioi, että annosjake- lussa ei esi- merkiksi puo- liteta lääk- keitä, eli lääke pitää olla ko- konaisena ja- ettava.</p>	<p>LÄÄKKEI- DEN ANNOS- JAKELUN KÄYNNISTÄ- MINEN JA LÄÄKITYS- MUUTOSTEN HALLINTA</p>	
<p><i>Et just, vaikka jos insuliinit on menny miten sattuu tai näin, ni sitte ma vaan ilmo- tetaan kotisai- raanhoidolle tai käynniste- tään kotisai- raanhoito, ni ne hoitaa sitte sen lääkityksen.</i></p>	<p>Insuliinihoito on saattanut mennä sekai- sin esimer- kiksi, niin sit- ten vain ilmoi- tetaan kotisai- raanhoidolle tai käynniste- tään kotisai- raanhoito, joka hoitaa jatkossa lääke- hoidon ko- tona.</p>	<p>NÄKEMYK- SET JA KO- KEMUKSET LÄÄKEHOI- TOON SI- TOUTUMI- SESTA</p>	<p>LÄÄKEHOI- TOON SI- TOUTUMI- NEN KOTIU- TUESSA</p>
<p><i>Et mikäli siellä kotona ei oo vaikka ollu mi- tään kotihoi- tooni sit siin vaihees ku osasto-jakso on päättymäs ni täytyy har- kita jos sinne menis niinku kotihoito tai joku joka vähä kattos niitte lääkkeit-ten perään--</i></p>	<p>Kotiutuessa täytyy harkita menisikö poti- laan luo koti- hoito, jos sel- laista ei ole ennen käynyt tai joku joka katsoo lääk- keiden perään.</p>	<p>TUKITOIMET PARANTA- MAAN LÄÄ- KEHOIDON SITOUTU- MISTA</p>	

<p><i>--et jos siellä menee, vaikka jotain kipulaas-tareita ni näkyy lääkelistalla tai hokella että tai jossaki että mikä päivä sen laastarin vaihto on.</i></p>	<p>Jos potilaalla on menossa esimerkiksi kipulaastari, niin täytyy näkyä lääkelistalla tai hokella tai jossakin, milloin laastari tulee vaihtaa.</p>	<p>LÄÄKEHOIDON TIEDONSIIRRON TOTEUTUS KOTIUTUESSA</p>	<p>LÄÄKEHOIDON TIEDONSIIRTO JA TYÖNJAKO KOTIUTUESSA</p>
<p><i>hoitokertomuksesta löytyy ne näkis mutta siihen menee älyttömästi aikaa, jos rupee niitä avaamaan sieltä(lääke-muutokset) siihen ei aika riitä.</i></p>	<p>Hoitokertomuksesta löytyy lääkemuu-tokset, mutta niiden hake-minen sieltä on aikaa vie-vää.</p>	<p>NÄKEMYKSET JA KOKEMUKSET LÄÄKEHOIDON TIEDONSIIRRON KOTIUTUESSA</p>	
<p><i>--meil akuuttiosastol joskus on kuus seitsemänki lähtijää ja teet sairaanhoitajana sen loppuarvioinnin--</i></p>	<p>Joskus voi olla akuuttiosastolla kuusi, seitsemänkin lähtijää ja sairaanhoitajana teet ne loppuarvioinnit.</p>	<p>KOTIUTUKSEN TYÖNJAKO</p>	

Liite 4. Lääkehoidon tarkistuslista: potilaan vastaanottaminen ja kotiutus

LÄÄKEHOIDON TARKISTUSLISTA

Nimi: _____ Tulopvm: _____ Kotiutuspvm: _____
 Lääkehoidosta vastaa kotona: _____ Allergiat: _____

POTILAAN VASTAANOTTAMINEN

- Tulomittaukset ja niiden jatkoseurannan ohjelmoiminen _____
- Lääkehoidon jatkuvuuden tarkistaminen: Lääkkeiden ottamisen viimeinen ajankohta ennen osastolle saapumista _____
- Lääkityslistan ajantasaisuuden ja antopäivämäärän tarkistus (lääkäri/hoitaja): lääkitysmuutokset (seuranta hoitosuunnitelmaan), kuurien kesto _____
- Lääkityksen tarkistus (lääkäri/hoitaja): esim. annostukset, yhteensopivuus _____
- Parenteraalisesti annettavista lääkkeistä antolistat _____
- Käytössä olevat riskilääkkeet, huomioi erityisesti lääkelistalla/vasteen seuranta hoitosuunnitelmaan:**

- Keskushermostoon vaikuttavat ja huumausaineet
 Antitromboottiset lääkkeet
 Diabetislääkkeet
 Antibiootit
 Immunosuppressiiviset lääkkeet
 Muu: _____

Lääkehoidon arvioinnin tarpeellisuus:

- Lääkkeitä käytössä >10
 Käyttää usein sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita
 Vaikea munuaisten vajaatoiminta
 Huimausta, kaatuilua, ortostaattinen hypotensio
 Äkillisesti huonontunut vointi

Tehty: _____ / Ohjaus jatkohoitoon tehtäväksi

POTILAAN KOTIUTUS

- Lääkityslistan ja reseptien tarkistus (lääkäri/hoitaja): Kuurien loppumis-
päivämäärät, tarkoituksenmukaiset antoreitit, antopäivämäärät (esim. injektio-
ot), reseptit voimassa
- Muutokset annosjakeluun / Ei annosjakelua
- Lääkehoidon ohjaus (lääkäri/hoitaja):** Lääkityksen muutokset ja kokonaislää-
kityksen hallinta: lääkkeiden indikaatiot, riskilääkkeet, lääkkeiden jakaminen
- Potilaalle
 Omaiselle
 Jatkohoitoon
- Lääkkeiden ottotekniikan hallinta (muutokset lääkitykseen tarvittaessa)
- Lääkkeiden saatavuuden varmistaminen: Osastoilta mukaan lääkkeitä

Mukaan:

- Lääkelista
 Reseptit
 Henkilökohtaiset lääkepakkaukset (esim. insuliinikynä, ast-
masuihke)
 Tulevat tutkimus- ja kontrollilajit

Lääkehoitoon sitoutuminen: Tuleeko toteuttamaan lääkehoitoaan kotona
(huomiot hoitotyön yhteenvedtoon/muutokset lääkitykseen tarvittaessa)

Liite 7. Taulukko tutkimuksista

1(9)

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät, tutkimusotos	Keskeiset tulokset
Ahonen, J., Härkänen, M., Kervinen, M., Turunen, H., Vehviläinen-Julkuinen, K. & Voutilainen, A. 2015. Suomi.	Tunnistaa lääkityspoitkeamien esiintyvyyttä, vakavuus ja ennaltaehkäisevät sekä potilaslähtöiset tekijät.	Retrospektiivinen katsaus potilastiedoista. Katsaus yliopistollisen sairaalan satunnaisesti valittujen kotiutuneiden potilaiden potilastiedosta. N=463.	Haitallinen lääkityspoitkeama oli tapahtunut neljännekselle potilaista. Vakavat vahingot olivat harvinaisia. Riski haittatapahtumalle kasvoi sairaalajakson pidentyessä, monilääkityillä sekä monisairailla potilailla.
Alanko, H., Juuti, H., Leppä, E., Pekonen, A., Ojanperä, K., Soini, T., Sulosaari, V., Teuri, R. & Tuderman, P. 2013. Suomi.	Selvittää sairaanhoitajien toteuttaman lääkehoidon ohjauksen laatua ja sisältöä sekä kokemusta roolistaan moniammatillisessa työryhmässä. Sairaanhoitajien käyttämien lääketiedon lähteiden sekä niiden luotettavuuden tutkiminen.	Kuvaileva poikkileikkaustutkimus. Haastattelut ja asiantuntijaneelit (n=19) joihin osallistuivat erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa työskentelevät sairaanhoitajat.	Sairaanhoitajien käyttämien lääketiedon lähteiden luotettavuudessa puutteita. Tiedonlähteitä saatavilla huonosti.
Aneese, N., Chrischilles, E., Doucette, W., Farris, K., Frank, J., Marshall, V., Pendergast, J. & Salgado, T. 2016. USA.	Selvittää lääkehoidon arvioinnin vaikutusta ja ennustaa sen käyttöä tulevaisuudessa avustuksen saajien keskuudessa.	Kvalitatiivinen. Tietyn luokituksen mukaisen yhden alueen lääketieteellisen edun saajien puhelinhaastattelut (n=660).	Huonoksi terveydentilansa kokevat potilaat hyötyvät lääkehoidon arvioinnista.
Aranegui, P., Arteche, J., Benrimoj, S., Calvo, B., García-Cárdenas, V., Gastellurrutia, M., Goyenechea, E., Malet-Larrea, A., Martínez-Martínez, F. & Zubeldia, J. 2016. Espanja.	Arvioida apteekin iäkkäille monilääkityille tarjottavan lääkehoidon arvioinnin vaikutusta sekä verrata sitä sairaalakynteihin ja -maksuihin.	Kuusi kuukautta kestävä joukkotutkimuksen osa. 187 apteekkia mukana, kolme kansainvälistä asiantuntijaa tunnisti tutkimusjoukon lääkityksen aiheuttamia sairaalahoitojaksoja sekä niiden kustannuksia.	Lääkehoidon arviointi edistää monilääkittyjen iäkkäiden lääkehoidon turvallista toteutumista ja vähentää lääkityksestä johtuvia osastohoitojaksoja.

Bell, J., Dooley, M., Jokanovic, N., Kirkpatrick, C., Tan, E. & van den Bosch, D. 2016. Australia	Tarkastella osastolta kotiutuvien potilaiden lääkityksen oikeellisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta.	Kirjallisuuskatsaus sekä kohorttitutkimus. Satunnaisotos sairaalahoidosta kotiutuneiden aikuisten lääkitysluokista verrattuna kotilääkityseen (n=196).	Lääkehoidon arviointi on hyödyllinen lääkityksen tarkoituksenmukaisuuden sekä turvallisuuden kannalta.
Benrimoj, S., Cabases, J., Calvo, B., García-Cárdenas, V., Gastelurrutia, M., Goy-enechea, E., Malet-Larrea, A., Martínez-Martínez, F., Noain, A. & Sabater-Hernández, D. 2016. Espanja.	Tarkastella apteekkien iäkkäille monilääkityille suorittaman lääkehoidon arvioinnin taloudellisia vaikutuksia.	Yli kuuden kuukauden vertailu tutkimusryhmien välillä, joista toisen ryhmän osallistujien lääkitys oli arvioitu. Suorat sairaanhoitokustannukset vuoden 2014 hintoina.	Lääkehoidon arviointi tarjosi terveydellisiä hyötyjä potilaille ja taloudellisia säästöjä valtakunnalliselle terveydenhuoltojärjestelmälle.
Bereta Vilela, R. & de Carvalho Jericó, M. 2016. Brasilia.	Tunnistaa lääkityspoilkeamia ja tiedostaa toimet niiden ilmaantumisessa.	Kvantitatiivinen/Kuvaileva, tutkiva. Opetussairaalan lääkityspoilkeamailmoitukset (n=16 753).	Suurin osa lääkityspoilkeamista koski lääkkeen antamatta jättämisestä ja enimmäkseen poilkeamat johtuivat tarkkaavaisuuden puutteesta.
Blalock, S., Coker-Schwimmer, E., Golin, C., Kahwati, L., Lohr, K., Posey, R. & Viswanathan, M. 2015. USA.	Arvioida MTM-intervention, johon sisältyy mm. lääkehoidon arviointi, tehokkuutta kroonisesti sairaiden potilaiden hoidossa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kahden tutkijan katsaus sähköisiin tietokantoihin 9.1.2014.	MTM-interventio vähensi joitakin lääkitykseen liittyviä ongelmia ja terveydenhuollon käyttöä sekä kustannuksia.
Boxer, B., Copeland, J., Ruggiero, J. & Smith, J. 2015. USA.	Tarkastella sekä kehittää kotiutusta sairaalaosastolta turvallisuuden näkökulmasta.	Kahden tutkijan tekemä systemaattinen kirjallisuuskatsaus (n=54).	Tutkijoiden laatima kotiutusprosessi varmentaa kotiutumisen turvallisuutta ja kannustaa hoitajia ottamaan vahvemman roolin.
Bueno-Cavanillas, A., Casado-Fernandes, E., García-Caballo, M., Hudhra, K., Jucja, B. & Shabani, D. 2016. Espanja.	Arvioida virheellisten lääkemääräysten yleisyyttä ja yhteyttä monilääkitykseen (yli kuusi käytössä olevaa lääkettä) monisairaana iäkkään potilaan siirtovaiheessa käyttäen Beers 2012 ja STOPP 2008-kriteereitä.	Poikkileikkaustutkimus. Yliopistosairaalan kotiutuvien yli 65-vuotiaiden potilaiden kirjallisuuskatsaus (n= 1004).	Eryisesti monisairaiden ja monilääkittyjen potilaiden kohdalla olisi suositeltavaa arvioida lääkitys siirtovaiheessa.

Chau, S., Elders, P., Hoogland, P., Hugtenburg, J., Jansen, A. & van de Ven, P. 2016. Hollanti.	Arvioida lääkityksestä johtuvien ongelmien yleisyyttä asiakkaiden päivittäisen apteekki-vastaanoton yhteydessä.	Poikkileikkaustutkimus apteekin tietokannoista. Iäkkäät monilääkityt (yli 5 lääketettä) apteekin asiakkaat 1-9.2012 (N=3807).	Lähes puolella tutkittavista (41,4%) havaittiin yli- tai alilääkitystä. Lääkehoidon arviointi hyödyllinen monilääkityille iäkkäille.
Christensen, M. & Lundh, A. 2016.	Tutkia terveydenhuollon ammattihenkilön suorittaman lääkehoidon arvioinnin vaikutusta sairaalahoitoa saavien aikuispotilaiden terveydentilaan.	Kirjallisuuskatsaus. Cochrane Effective Practic & Organisation of Care (EPOC) Group 11/2014-5/2015.	Lääkehoidon arviointi vähentänyt päivystyskontakteja, mutta ei vaikuttanut kuolleisuuteen tai sairaalajaksoihin.
Coleman, E., Jackson A., Kripalani S. & Schipper, J. 2007.	Kartoittaa potilaan kotiutusvaiheen lääkityksen haasteita sekä kehittää kotiutusta.	Kvalitatiivinen, selittävä tutkimus. Puolistrukturoidut haastattelut potilaille ja omaisille (n=103).	Noin puolet sairaalasta kotiutuviesta koki lääkityksessään poikkeamia. Näitä aiheuttivat tiedonkulun jatkumattomuus sairaala- ja terveyskeskuslääkärin välillä, lääkityksen muutokset, itsehoitovaatimusten aiheuttama stressi sekä sekavat kotihoito-ohjeet.
Collins, M., Gerdtz, M., Manias, E. & Weiland, T. 2009. USA.	Selvittää tekijöitä, jotka saattavat aiheuttaa siirtovaiheessa ensihoidosta lääkityspoikkeamia.	Kvantitatiivinen. Päivystysosastolta muihin yksiköihin siirtyneiden potilaiden potilasasiakirjat (n=210).	Löytyi potilaaseen, ympäristöön ja lääkitykseen liittyvät tekijöitä, jotka vaaransivat lääkitysturvallisuuden siirrettäessä potilasta päivystysosastolta.
Cortejoso, L., Dietz, R., Gosch, M., Hofmann, G. & Sattler, A. 2016. Saksa.	Kuvailla kahden opetus sairaalan geriatrisen osaston lääkityksen interventiota ja arvioida havaittujen lääkityspoikkeamien kliinistä merkitystä.	Kvantitatiivinen. Lääkemääräyksiensä paikansäilytyksen, lääkityksen soveltuvuuden sekä kotiutumisen suunnittelun arviointi.	Farmaseutin osallisuus turvaa ikääntyvien turvallisen, tehokkaan ja tarkoituksenmukaisen lääkehoidon toteutumisen.
Dooley, M., Gerdtz, M., Manias, E. & Williams, A. 2015. Australia	Selvittää kuinka ammatilliset, perheenjäsenet ja potilaat kommunikoiivat potilaan siirtovaiheessa lääkitykseen liittyvissä asioissa julkisissa sairaaloissa.	Kvalitatiivinen. Kahden sairaalan osastojen potilaiden siirtovaiheessa ammattilaisten, perheenjäsenten ja potilaiden havainnointi ja haastattelut.	Tunnistettiin kolme keskeistä teemaa: ympäristöhaasteet, ammatilliset suhteet sekä potilaiden ja perheiden uskomukset ja vastuut. Potilaiden siirtäessä hoitoyksiköiden välillä lääkitysmuutosten hallinta oli riittämätöntä.

Downes, J., O'Neal, K., Miller, M., Johnson, J., Gildon, B. & Weisz, M. 2015. USA.	Tunnistaa lääkityspoitteamien tyypit ja esiintyvyys osastosiirroissa.	Kvalitatiivinen. Lääkityspoitteamien tunnistaminen vertailemalla kotiutusvaiheen lääkityslistaa potilaan ilmoittamaan kotilääkitykseen sekä tunnistaa kirjauksen haavoittuvat kohdat ja selittää lääkityspoitteamien syyt.	Eniten poikkeamia tunnistettiin tahattomasti noudattamatta jättämättömyyden vuoksi syntyneiksi sekä kotilääkityksen jatkamisena ilman ohjeita.
Elders, P., Grundeken, L., Hugtenburg, J., Schellevis, F., van den Eijkel, L. & Wil-leboordse, F. 2016. Hollanti.	Iäkkäiden tuottaman tiedon vertailu lääkityksessä ja siinä esiintyvistä ongelmista kyselylomakkeen ja haastattelun avulla.	Kvalitatiivinen, haastattelu ja lomakekysely. perusterveydenhuollon yhdeksän toimipisteen sähköisen potilastietojärjestelmän kautta valitut yli 65-vuotiaat, joilla oli käytössä useita lääkkeitä ja ennalta määritetty geriatrinen ongelma (n=97).	Haastattelun avulla tuotiin esille enemmän lääkitykseen liittyviä ongelmia kuin lomakekyselyssä. Lomakekysely on kuitenkin myös toimiva menetelmä huomioitaessa siihen liittyvät terveydentilan rajoitukset.
Gautério-Abreu, D., Costa Santos, S., Tarouco da Silva, B., Calcagno Gomes, G., Dias Cruz, V., & Gonçalves Tier, C. 2016. Brasilia.	Selvittää poikkeamien esiintyvyyttä iäkkäiden toteuttamassa lääkehoidossa sekä selvittää onko lääkityspoitteamien yleisyydellä, eri väestöryhmillä, sosioekonomisilla tekijöillä ja sairauksilla yhteyttä.	Kvantitatiivinen, tutkiva, kuvaileva, poikkeileikkaustutkimus. Kolme tiedonkeruunmittaria, joihin iäkkäät (n=107) vastasivat.	Iäkkäät sitoutuivat lääkahoitoonsa 86,9%:sti. Sitoutumiseen vaikuttivat lääkitysohjeiden sisäistäminen sekä haittavaikutukset.
Ghement, I., Hohl, C., McGrail, K., Partovi, N., Reddekopp, L., Sobolev, B. & Wickham, M. 2017. Kanada.	Arvioida farmaseutin tekemän lääkehoidon arvioinnin vaikutusta sairaalaan tulevalle korkean riskin potilaalle.	Kvantitatiivinen. Sairaanhoidajan triage-luokituksen avulla arvioimat satunnaiset korkean riskin potilaat kolmessa sairaalassa (n=10 807).	Korkean riskin potilaat hyötyivät farmaseutin tekemästä lääkehoidon arvioinnista, mikäli he olivat alle 80-vuotiaita.
Hales, B., Hales, B., Terblanche, M., Fowler, R. & Sibbald, W. 2008. Kanada.	Selvittää metodologiaa selkeiden ja tehokkaiden lääketieteellisten tarkastuslistojen suunnittelussa ja toteutuksessa.	Kirjallisuuskatsaus. Medline: yht. 178.	Lääketieteellisten tarkastuslistojen laatimiseen ei ole aiemmin kehitetty ja vahvistettu tehokasta ja standardoitua menetelmää, joka on todennäköisesti vaikuttanut epäjohtomukaiseen käyttöön useilla lääketieteen keskeisillä aloilla.

Härkänen, M. 2014. Suomi.	Esitellä kattava ja luotettava arvio sairaaloissa esiintyvistä ongelmista lääkityksiin liittyen.	Retrospektiivinen rekisteritutkimus. Suomalaisen yliopistosairaalan haittatapahtumarekisterin (HaiPro) ilmoitukset vuonna 2011, retrospektiivisesti ja satunnaisesti kerätyt potilastiedot, hoitajien havainnointi vuonna 2012.	Virheisiin vaikuttavia tekijöitä olivat kiire, koulutuksen puute, viestintäjärjestelmien ongelmat, kaksoistarkastuksen puuttuminen, hoitajan suorituskyvyn vaje, potilaiden suuri määrä, stressi, annostus- tai infuusionopeuden laskeminen, tietämysvaje, erityiset lääkkeet, parenteraaliset antotavat. Tärkeimmät potilaskohtaiset tekijät olivat lääkkeiden määrä, sairaalahoidon pituus, sepelvaltimotauti ja sairastuvuus.
Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S., & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Suomi.	Analysoida sairaanhoitajien, farmaseuttien ja lääkäreiden näkemyksiä lääkitysvirheiden ehkäisemisestä.	Retrospektiivinen rekisteritutkimus. Yliopistosairaalan haittatapahtumarekisterin (HaiPro) lääkehoitoon liittyvät ilmoitukset vuonna 2010 (n=671).	Lääkityspoikkeamia voidaan ehkäistä työolosuhteita parantamalla sekä tarjoamalla erityisesti hoitohenkilökunnalle mahdollisuus työskennellä keskittyneesti lääkityksen parissa.
Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S., & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Suomi.	Analysoida lääkityspoikkeamien havaitsemista lääkitysprosessin eri vaiheissa.	Retrospektiivinen rekisteritutkimus. Yliopistosairaalan haittatapahtumarekisterin (HaiPro) lääkehoitoon liittyvät ilmoitukset vuonna 2010 (n=671).	20% lääkityspoikkeamista havaittiin dokumentoinnin ja asiakirjojen lukemisen aikana. Kuudesosa lääkityspoikkeamista havaittiin lääkehoidon toteuttamisen ja kymmenesosa lääkkeiden tarkastamisen aikana.
Inkinen, R., Pommeilin, P., Väyrynen, S. & Tammela, O. 2012. Suomi.	Tunnistaa potilaan hoitoon vaikuttavia tietojärjestelmiin liittyviä riskejä ja kuvata niiden hallintakeinoja sekä arvioida hallintakeinojen vaikutuksia.	Kvantitatiivinen. Tays:n lastentautien vastualueen Tacit -järjestelmään (n=37) ja Toimialue 1:n HaiPro-järjestelmään (n=43) vuonna 2010 laaditut tietojärjestelmiin liittyvät poikkeamailmoitukset ja sellaiset lääkehoitoon liittyvät poikkeamailmoitukset, joissa poikkeama liittyi lääkehoidossa käytettävään tietojärjestelmään(n=20).	Haavoittuvaisimmat kohdat tietojärjestelmiä käsiteltäessä olivat potilaan tulovaihe osastolle, tiedon siirtäminen järjestelmästä toiseen sekä lääkitysvaihe.

Jylhä, V. 2017. Suomi.	Kehittää ja testata malli, joka yhdistää tietokulttuurin, tiedonhallintaan liittyvät vaaratilanteet sekä haittatapahtumat. Lisäksi tuottaa ymmärrystä tiedonhallinnan vaaratilanteista sekä tietoa turvallisen tiedonhallinnan kehittämiseen sairaaloissa.	Kvantitatiivinen. Rekisteritiedot Valviran virallisista lausunnoista (n=57) ja sairaalan vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä (HaiPro) (n=824), sairaanhoitajille kohdennettu kyselytutkimus (n=1080).	Tiedonhallinnan vaaratapahtumat myötävaikuttavat haittatapahtumien kehittymiseen. Tietokulttuuri vaikuttaa työn käytäntöihin luoden olosuhteet, jotka voivat heikentää potilasturvallisuutta ja johtaa haittatapahtumiin sairaalassa. Tiedonhallinnan kehittäminen on keskeistä potilasturvallisuutta parannettaessa.
Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Ruuhilehto, K., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. Suomi.	Kuvata HaiPro-raportointijärjestelmän ilmoituksia ja pohtia yksiköiden sisäiseen kehittämiseen tähtäävän raportointimenettelyn roolia ja mahdollisuuksia potilasturvallisuuden kansallisessa kehittämisessä ja seurannassa.	Kvantitatiivinen. HaiPro-tietokantaan 36 käyttäjäorganisaatiosta 5/2007-12/2009 kertyneet ilmoitukset (n=64 405).	Useimmat ilmoitetuista tapahtumista liittyivät lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin, näitä olivat kirjaamis-, jako- ja antovirheet.
Kuisma, P. 2010. Suomi	Kuvata organisaation eri toimialueilla tapahtuneita vaaratapahtumia, tuoda esiin yleisimmät tapahtumatyypit, niiden syntymiseen vaikuttaneet taustatekijät sekä seuraukset ja vaikutukset potilaille sekä yksiköille.	Kvantitatiivinen & kvalitatiivinen. Yhden organisaation vaaratapahtumailmoitukset (n=1688).	Potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueiksi nousivat informointi, henkilökotaiset ominaisuudet, dokumentointi ja raportointi, toimintatavat ja ohjeistus, työnjako ja yhteistyö, perehdytys ja koulutus, liikkumisen rajoittaminen ja tekninen valvonta sekä ympäristö ja johtaminen.
Kwan, J., Lo, L., Sampson, M. & Shojania, K. 2013. Kanada.	Selvittää sairaalassa suoritetun lääkityksen tarkistamisen hyödyllisyyttä.	Kirjallisuuskatsaus. Medline 11/2012 ja Embase & The Cochrane Central Register of Controlled Trials 7/2012.	Lääkityksen tarkistus ei yksin riitä vähentämään kotiutuksen jälkeistä sairaalahoidon tarvetta, mutta varmentaa selviytymistä kotona yhdessä muiden kotiutusta tukevien toimenpiteiden kanssa.

Lehnbom, E., Manias, E., Stewart, M. & Westbrook, J. 2014. Australia.	Tutkia lääkityksen tarkistuksen ja lääkehoidon arvioinnin tehokkuutta sekä tarkastella niiden vaikuttavuutta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Sähköiset tietokannat. mm. edline, PsycINFO, Embase ja Cinahl, 1/2000 - 3/2014.	Lääkityksen tarkistus ja lääkehoidon arviointi saattavat vähentää potentiaalisia lääkehoidon haittoja. On vain vähän näyttöä siitä, että nämä toiminnot parantavat merkittävästi kliinisiä tuloksia.
Leikola, S. 2012. Suomi.	Kehittää lääkehoidon arviointi kattavaan lääkityksen selvittämiseen, joka sopii Suomen terveydenhuoltoon sekä arvioida sen käytettävyyttä.	Kvantitatiivinen, kvalitatiivinen ja retrospektiivinen. Yli 65-vuotiaiden lääkekorvausrekisteri, (n=841 509), lääkehoidon arvioinnin koulutuksen suorittaneet farmaseutit (n=26) sekä lääkäreiden ilmoittamat lääkkeisiin liittyvät ongelmat (n=121).	Moniammatillisen lääkehoidon arvioinnin avulla voidaan vähentää iäkkäillä haitallisten lääkkeiden käyttöä ja lääkehoidon ongelmia.
Makkonen, M. & Vähälä, L. Suomi.	Selvittää potilaan lääkityslistan yhteneväisyys Tornion terveyskeskuksessa käytössä olevan Pegasos-potilastietojärjestelmän lääkityslistan, eReseptikeskuksen ja potilaan haastattelun perusteella.	Kvantitatiivinen. 75 vuotta täyttäneet, joilla käytössä seitsemän tai enemmän lääkkeitä (n=47).	Potilaiden ilmoittamien käytössä olevien reseptilääkkeiden vastaavuus Pegasos-potilastietojärjestelmän lääkityslistan ja eReseptikeskuksen tietojen kesken oli puutteellista. Kliinisesti merkittäviä yhteisvaikutuksia ja iäkkäille sopimattomia lääkevalmisteita esiintyi lääkityksissä. Tutkimus puoltaa näkemystä moniammatillisuuden kehittämisestä lääkitysturvallisuuden edistämiseksi terveydenhuollossa.

<p>Onderwater, A., Smeulers, M., van Zwieten, M., & Vermeulen, H. 2014. Hollanti.</p>	<p>Tutkia hoitajien kokemuksia ja näkökulmia lääkkeiden jakamisessa tapahtuvista virheistä.</p>	<p>Kvalitatiivinen. Sairaanhoitajien haastattelut (n=20).</p>	<p>Esiin nousivat 1) hoitajan rooli ja vastuu lääkitysturvallisuudessa; lääkkeiden turvallisen käsittelyn lisäksi kliininen päättelykyky on tärkeää. 2)hoitajan kyky turvalliseen työskentelyyn; tietoisuus riskeistä ja työolosuhteet 3)turvallisuuskäytäntöiden hyväksyminen käytäntöön; edut ja toteutettavuus</p>
<p>Palonen, M. 2016. Suomi.</p>	<p>Kehittää hypoteettinen malli päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjauksesta sekä selittää ohjauksen yhteyttä kotiutumismiuteen.</p>	<p>Empiirinen, kaksivaiheinen. Vaihe I: iäkkäät päivystyspoliklinikalta kotiutuneet potilaat (n=135) sekä heidän läheisensä (n=128). Tilastollinen analyysi. Vaihe II: iäkkäät potilaat (n=7), heidän läheisensä (n=5) ja päivystyspoliklinikan hoitajat (n=15). Sisälönanalyysi.</p>	<p>Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus oli vähäistä. Ohjausta saaneet olivat valmiimpia kotiutumaan.</p>
<p>Saastamoinen, L. & Verho, J. 2013. Suomi.</p>	<p>Analysoida lääkinnällisten kustannusten jakauma polikliinisessä hoidossa ja selvittää kalliiden lääkkeiden käyttäjien tunnuspiirteet.</p>	<p>Kvantitatiivinen. Kansallisen lääkerekisterein vuoden 2009 kalliimpien lääkkeiden ostajista tunnistettu 5%:n osuus.</p>	<p>Noin 5% Suomen väestöstä käyttää yli puolet lääkekuluista. Paljon kuuluja aiheuttavien lääkkeiden käyttäjät olivat iäkkäämpiä kuin muut ja käyttivät yli kymmentä lääkettä vuodessa. Myös tietyt krooniset sairaudet voitiin yhdistää korkeiden kulujen lääkkeiden käyttäjiin.</p>
<p>Sahlsröm, M. 2011. Suomi.</p>	<p>Kuvata potilaiden näemyksiä ja kokemuksia potilasturvallisuudesta.</p>	<p>Kvalitatiivinen. Yhden sairaalan kolmen osaston ja kolmen terveyskeskuksen osaston kotiutuvat potilaat keväällä 2011.</p>	<p>Suurin osa vastanneista piti potilasturvallisuutta Suomessa korkeatasoisena ja yli puolet arvioi tietävänsä paljon potilasturvallisuudesta. Melkein puolet kokivat tunnistavansa hoitovirheitä.</p>

Verdaasdonk, E., Stassen, L., Widhiamara, P. & Dankelman, J. 2009. Hollanti.	Tarkastella kirurgisten prosessien tarkistuslistoja ja vaatimuksia.	Kirjallisuuskatsaus. Medline-, Pubmed- ja Google Scholar -tietokannat.	Strukturoitujen tarkistuslistojen käyttö kirurgisissa prosesseissa on todennäköisesti tehokas, koska se standardoi ihmisen suorituskykyä ja varmistaa, että menetelmiä noudatetaan oikein sen sijaan, että luotettaisiin pelkästään ihmisen muistiin.
Winters, B., Gurses, A., Lehmann, H., Sexton, J., Rampersad, C. & Provonost, P. 2009. USA.	Periaatteiden ja strategioiden tarkasteleminen lääketieteellisten tarkistuslistojen kehittämiseksi ja kannustamiseksi.	Kirjallisuuskatsaus. Pubmed- ja Google Scholar -tietokannat.	Tarkistuslistat ovat tehokkaita työkaluja standardoimaan työprosesseja ja luomaan riippumattomat tarkistukset avainprosesseille. Tarkistuslistoja on suhteellisen vähän lääketieteessä.