

---

**TURVALLISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN  
HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 25.11.2010

Noora Mäkelä ja Janna Peltola

---

Hoitotyön koulutusohjelma  
Forssa

Työn nimi Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen hoitajien näkökul-  
masta

Tekijät Noora Mäkelä  
Janna Peltola

Ohjaava opettaja Eeva-Liisa Breilin

Hyväksytty \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_

Hyväksyjä

FORSSA  
Hoitotyön koulutusohjelma

---

<b>Tekijät</b>	Noora Mäkelä & Janna Peltola	<b>Vuosi</b> 2010
<b>Työn nimi</b>	Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen hoitajien näkökulmasta	
<b>Työn säilytyspaikka</b>	HAMK, Forssan yksikkö	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa lääkehoidon toteutumisesta tutkimuksen kohdeosastoilta. Tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkemyksiä siitä, miten potilaiden enteraalinen lääkehoito toteutuu ja miten lääkehoitoprosessia voitaisiin kehittää. Tavoitteena oli, että työstä saadun tiedon pohjalta kohdeosastot voivat parantaa potilasturvallisuutta enteraalisessa lääkehoidossa.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli yksi avoin kysymys. Lomake laadittiin työtä varten teorian ja aiheesta aikaisemmin tehtyjen tutkimusten perusteella. Tutkimuksen perusjoukon muodosti erään sairaalan kolmen osaston hoitajat. Vastauksia saatiin yhteensä 43 (N=43).

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan tutkituilla osastoilla toteutettu lääkehoito on pääsääntöisesti turvallista. Toimintatavat ovat tarkoituksenmukaisia ja hoitajat pyrkivät työssään ottamaan huomioon potilaan turvallisuuden. Lääkehoidon suunnittelu, toteutus, seuranta, arviointi ja kirjaaminen tapahtuvat kattavasti ja lääkehoidon luonteen vaatimalla tavalla. Vaaratapahtumia oli hoitajille sattunut lääkehoidossa hyvin vähän.

Osastojen toiminnassa oli kuitenkin myös kehitettävää. Lääkehoidon turvallisuutta vaarantaviin tekijöihin, kuten kiireeseen ja rauhattomaan työympäristöön tulisi puuttua. Lisäksi vaaratapahtumien raportointia pitäisi entisestään parantaa. Kehittämisehdotuksena hoitajat toivat esiin kirjaimiskäytäntöjen selkeyttämisen. Myös lääkehoidon ohjausta ja seuranta olisi tulosten perusteella hyödyllistä joiltakin osin tehostaa. Hoitajien mukaan huolellisuuden ja tarkkuuden merkitystä lääkehoidon toteutuksessa olisi vielä entisestään korostettava.

Opinnäytetyön tuloksia ei voida yleistää laajemmin, mutta niitä voidaan hyödyntää kohdeosastojen lääkehoidon toteutusta kehitettäessä.

**Avainsanat** Lääkehoito, lääkitysturvallisuus, lääkityspoikkeama, vaaratapahtuma

**Sivut** 43 s. + liitteet 7 s.

FORSSA  
Degree Programme in Nursing

---

<b>Authors</b>	Noora Mäkelä & Janna Peltola	<b>Year</b> 2010
<b>Subject of Bachelor's Thesis</b>	The Implementation of Safe Medication from Nurses' Point of View	
<b>Archives</b>	HAMK University of Applied Sciences, Forssa	

---

## ABSTRACT

The purpose of this thesis was to produce information about the implementation of medication in the target wards. Another purpose was to survey nurses' views on enteral medication and how to develop the medication process. The goal was to produce information that the target wards could use in improving patient safety in enteral medication.

The study was carried out using a quantitative research method. The research material was gathered with a semi structured questionnaire, with one open question. The questionnaire was created for this thesis based on earlier studies and knowledge. The basic group of the study consisted of three nurses working in different wards in the same hospital. Altogether 43 replies were received and the response rate was 47.7%.

According to the study results, administration of medication on the wards was mainly safe. Working methods were purposeful and nurses aimed at taking patient safety into account. Medication planning, execution, monitoring, evaluation and documentation were carried out comprehensively and in a manner required by the nature of medication. Very few medication errors had been committed by the nurses.

There were also some improvements to be made in the ward procedures. Medication safety hazards, such as haste and a restless work environment should be taken into consideration. In addition, medication error reporting should be improved further. As an initiative, nurses suggested a clarification of the documentation procedure. Drug treatment guidance and monitoring should be improved at least in some sections. According to the nurses, the importance of caution and precision in the medication administration should be empathized further.

The results of the thesis cannot be generalized but they can be used in the improvement of the researched wards' medication methods.

**Keywords** Medication, safety, medication error, patient safety incident

**Pages** 43 p + appendices 7 p.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	LÄÄKEHOITO.....	2
2.1.	Lääkehoitoa ohjaavat säädökset.....	2
2.2.	Enteraalinen lääkehoito.....	3
2.3.	Lääkehoidon tavoitteet ja tehtävät.....	4
3	LÄÄKEHOITOPROSESSIN VAIHEET.....	4
3.1.	Lääkehoidon suunnittelu.....	4
3.2.	Lääkehoidon toteutus.....	5
3.3.	Lääkehoidon seuranta ja arviointi.....	6
3.4.	Lääkehoidon ohjaus.....	7
3.5.	Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi.....	8
4	LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS.....	9
4.1.	Läaketurvallisuus ja lääkitysturvallisuus.....	9
4.2.	Lääkityspoikkeama.....	9
4.3.	Lääkehoidon turvallisuuteen yhteydessä olevat tekijät.....	9
4.3.1.	Työympäristöön liittyvät tekijät.....	10
4.3.2.	Yksilöön liittyvät tekijät.....	10
4.4.	Lääkehoidon turvallisuuden kehittäminen.....	11
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	14
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	14
6.1.	Tutkimusmenetelmä.....	14
6.2.	Aineistonkeruumenetelmä.....	15
6.3.	Aineiston analysointi.....	16
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	17
7.1.	Vastaajien taustatiedot.....	17
7.2.	Lääkehoidon toteuttaminen.....	18
7.2.1.	Lääkehoidon suunnittelu ja käytännön toteutus.....	19
7.2.2.	Läkkeenanto sekä lääkehoidon seuranta ja arviointi.....	21
7.2.3.	Potilaan ohjaus.....	22
7.2.4.	Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi.....	23
7.3.	Lääkehoidon turvallisuus.....	24
7.3.1.	Lääkehoidon turvallisuuteen yhteydessä olevat tekijät.....	25
7.3.2.	Lääkehoidon vaaratapahtumat ja niiden raportointi.....	26
7.3.3.	Hoitohenkilöstön yhteistyö.....	27
7.4.	Lääkehoitoprosessin kehittämiskohteet tutkituilla osastoilla.....	28
8	POHDINTA.....	30
8.1.	Opinnäytetyön luotettavuus.....	30
8.2.	Opinnäytetyön eettisyys.....	33
8.3.	Tulosten tarkastelu.....	34

---

8.3.1. Lääkehoidon toteuttaminen .....	34
8.3.2. Lääkehoidon turvallisuus.....	37
8.3.3. Lääkehoitoprosessin kehittämiskohteet tutkituilla osastoilla .....	38
8.4. Opinnäytetyön hyödynnettävyys, johtopäätökset ja jatkotutkimusideat.....	39
LÄHTEET .....	41

Liite 1	Kyselylomake
Liite 2	Saatekirje

## 1 JOHDANTO

Lääkehoito on aina tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään ihmisen terveyden edistämiseen ja sairauden hoitoon (Läkelaki 395/1987; Veräjänkorva ym. 2006, 16–17). Lääkehoidolla on keskeinen rooli potilaan hoidossa ja se perustuu potilaan ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön yhteistyöhön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 36).

Lääkehoito on hoitomuoto, jolla hoitaja huolehtii potilaan elintoiminnoista potilaan tilan sitä vaatiessa. Lääkehoito on olennainen osa hoitajan päivittäin toteuttamista hoitotoiminnoista. Sen toteuttaminen vaatii hoitohenkilöstöltä laajaa osaamista ja lääkehoidon eri vaiheiden ja kokonaisuuden hallintaa. (Dillström 2007, 12; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 11.) Lääkehoidon turvallisuuden takaamiseksi lääkehoidosta vastaavan henkilökunnan tulisi noudattaa hoitoa ohjaavien lakien lisäksi viittä peruseriaa, jotka ovat: oikealle potilaalle, oikea annos, oikeaa lääkettä, oikeaan aikaan ja oikealla antotavalla (Jones 2009, 40–46).

Turvallinen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta ja potilaan saaman palvelun laatua. Jokaisella potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Lääkehoidon turvallisuuteen on alettu nykyään kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Kehittämistyötä tehdään lääkehoidossa esiintyvien vaaratapahtumien vähentämiseksi ja turvallisuuden lisäämiseksi maailmanlaajuisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 11–13, 29; Mustajoki 2005, 2623–2625.)

Lääkehoidon turvallisuus koostuu monesta eri tekijästä ja turvallisuutta vaarantavat tekijät voivat liittyä joko lääkehoitoa toteuttavaan henkilöstöön tai organisaatioon (Pasternack 2006, 2459–2470; Pelkonen 2003, 281–283; Pietikäinen ym. 2010, 12). Potilasturvallisuuden parantaminen lääkehoidon osa-alueella on mahdollista, kun lääkehoitoprosessia vaarantaviin tekijöihin kiinnitetään huomiota ja niitä pyritään kehittämään jokaisessa prosessin vaiheessa (Pasternack 2006, 2459–2470).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa lääkehoidon toteutumisesta tutkituilla osastoilla. Tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkemyksiä siitä, miten potilaiden enteraalinen lääkehoito toteutuu ja miten lääkehoitoprosessia voidaan kehittää. Tavoitteena oli, että työstä saadun tiedon pohjalta kohdeosastot voivat parantaa potilasturvallisuutta enteraalisessa lääkehoidossa.

## 2 LÄÄKEHOITO

Lääkehoidon merkitys monien sairauksien hoidossa on keskeinen ja lisääntyy koko ajan hoitojen kehittymisen myötä (Paltta & Veräjänkorva 2008, 17–21). Terveystieteiden tutkimuksissa lääkehoito on yleisimmin käytetty hoitomuoto, jonka tueksi tarvitaan kuitenkin usein muita hoitokeinoja (Airaksinen & Dahlström 2005, 16–35). Lääkemuotoja ja lääkkeiden antotapoja on nykyään monia ja valintaan vaihtoehtojen väliltä vaikuttaa kulloisenkin hoitotilanteen lisäksi mm. sairauden luonne ja potilaan sekä lääkkeen ominaisuudet (Nurminen 2001, 17; Ojala 2005, 62–89). Lääkehoito on aina tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään terveyden ylläpitämiseen, sairauden ehkäisemiseen, parantamiseen ja etenemisen hidastamiseen sekä oireiden lievittämiseen (Veräjänkorva ym. 2006, 17).

Lääkehoito on hoitomuoto, jolla hoitaja huolehtii potilaan elintoiminnoista potilaan tilan sitä vaatiessa. Lääkehoito on olennainen osa hoitajan päivittäin toteuttamista hoitotoiminnoista, erityisesti erikoissairaanhoidossa (Dillström 2007, 12; Veräjänkorva 2003, 17). Vaikka vastuu lääkehoidon toteuttamisesta on monissa paikoissa pitkälti sairaanhoitajilla, on lähihoitajilla myös tärkeä rooli potilaan lääkehoidossa. Erityisesti he osallistuvat enteraaliseen lääkehoitoon, jolloin toimipaikan tavoista ja sopimuksista riippuen he voivat esimerkiksi jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiksi annoksiksi ja antaa luonnollista kautta vaikuttavia lääkkeitä potilaille. (Veräjänkorva ym. 2006, 40–42.) Olipa koulutus kumpi tahansa, lääkehoidon toteuttamista varten hoitajalta vaaditaan monipuolista osaamista. Hoitajalla tulee olla laajalti erilaisia teoreettisia tietoja ja käytännön taitoja lääkehoidosta voidakseen toteuttaa lääkehoitoa turvallisesti ja sujuvasti. Lisäksi lääkehoidon toteuttamiseksi tarvitaan kykyä vaativaan päätöksentekoon sekä eettistä osaamista. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2005, 37; Dillström 2007, 13; Veräjänkorva 2008, 9.)

### 2.1. Lääkehoitoa ohjaavat säädökset

Lääkehoito on potilaan hoidon osa-alue, jota säätelee suuri määrä lakeja ja niitä tarkentavia viranomaisen antamia määräyksiä ja ohjeita. Säädösten suuri määrä johtuu siitä, että lääkehoitoa pidetään yhtenä riskialteimpana hoitotoimintona. (Veräjänkorva 2003, 17.) Lääkelaki (395/1987) ja lääkeasetus (693/1987) ovat keskeisin osa lääkehoitoa määrittelevästä lainsäädännöstä. Lääkelain tarkoituksena on muun muassa varmistaa lääkehoidon turvallisuus ja tarkoituksenmukaisuus. Lääkeasetuksessa annetut tarkemmat määräykset täydentävät lääkelakia.

Muita lääkehoitoa ohjaavia lakeja ovat esimerkiksi Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), joka ohjeistaa lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden tehtävälajeista ja osaamisvaatimuksista ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jossa määritellään potilaan oikeudet hoitoaan koskien. Myös Kansanterveyslaki (66/1972) ja Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) ohjaavat lääkehoidon toteutusta yleisellä tasolla. Potilasvahinkolaki (585/1986) koskee hoidon aikana potilaalle aiheutuneita vahinkoja, myös lääkehoidon kohdalla. Lisäksi lääkelaitos on antanut useita määräyksiä ja ohjeita, joissa on määritelty tarkemmin esimerkiksi lääke-



hoidon eri vaiheiden ja tehtävien suorittamisesta ja potilaan turvallisuutta vaarantavien tapahtumien ilmoittamisesta. Kaikkien näiden asetusten ja lakien tarkoituksena on varmistaa, että potilaan hoito on turvallista muun muassa lääkehoidon osalta. (Torniainen 2008, 22–24.) Hoitajalla on toteuttamastaan lääkehoidosta suuri vastuu, jonka vuoksi hänen on tunnettava laissa ja asetuksissa ammatille asetetut juridiset velvollisuudet lääkehoitoa koskien (Veräjänkorva ym. 2006, 34).

### 2.2. Enteraalinen lääkehoito

Lääkkeen antotavat ja lääkemuoto riippuvat hoitotilanteesta (Nurminen 2001, 17). Lääkehoidon antotavat jaetaan kahteen pääryhmään, parenteraaliseen ja enteraaliseen. Enteraalinen lääkehoito tarkoittaa lääkkeen annostelua ruuansulatuskanavaan joko suun tai peräaukon kautta ja parenteraalinen antotapa tarkoittaa ruuansulatuskanavan ulkopuolelle annosteltavaa lääkehoitoa. (Kivistö ym. 2007, 83.) Lääkkeen annostelutapa vaikuttaa mm. lääkkeen vaikutuksen alkamisajankohtaan, voimakkuuteen ja kestoon (Ojala 2005, 62–89). Lääkehoidon antaminen suun kautta on helpointa, halvinta ja yleisintä ja usein enteraalisesti annettavalla lääkehoidolla on vähemmän haittavaikutuksia kuin parenteraalisessa lääkehoidossa (Nurminen 2001, 18). Nestemäisiä ja kiinteitä lääkkeitä voidaan annostella suun kautta. Kiinteisiin lääkkeisiin lasketaan tabletit, kapselit, jauheet, rakeet ja purukumit. Nestemäisiä lääkkeitä taas ovat oraaliliuokset ja tipat sekä poretabletit. (Ojala 2005, 62–89.)

Enteraalisessa lääkehoidossa yleisin lääkemuoto on tabletti. Tabletti on helppo ottaa ja sen sisältämän lääkeaineen määrä tunnetaan tarkkaan. (Nurminen 2001, 19.) Tabletin saa puolittaa vain, jos siinä on niin sanottu jakouurre ja tabletin saa murskata ainoastaan silloin, jos se sallitaan valmisteyhteenvedossa. (Veräjänkorva ym. 2006, 114.) Kapselit ovat suun kautta otettavia lääkkeitä, joissa lääkeaine on pakattu liivatekapselikuoreen. Kapseleissa on tietty annosmäärä jauhemaista tai raemaista lääkeainetta ja kapselit on tarkoitettu nieltäviksi kokonaisina. Tablettia tai kapselia otettaessa on syytä nauttia vettä, mielellään pystyasennossa, jottei lääkevalmiste tartu esim. ruokatorveen. (Ojala 2005, 62–89; Nurminen 2001, 18–19.)

Oraalimesteet ovat suun kautta annosteltavia lääkevalmisteita, joita käytetään niiden helpon nieltävyyden vuoksi, esim. vanhusten sekä nielemisongelmaisten hoidossa. Nestemäinen lääkevalmiste imeytyy usein myös paremmin ja nopeammin kuin kiinteä. Oraaliliuos annostellaan millilitroina (ml) mittalasin, mittalusikan tai mittaruiskun avulla. Oraalimeste tulee sekoittaa aina ennen potilaalle antoa, sillä sen avulla lääkeaine sekoittuu liuokseen perusteellisesti. Jos käytössä on enemmän kuin yhtä oraalimestettä, ne tulisi ottaa erikseen, sillä liuosten sekoittuminen voi muuttaa niiden vaikutusta niiden päästessä reagoimaan keskenään. (Ojala 2005, 62–89; Nurminen 2001, 19.)

Opinnäytetyössä on käsitelty yksinomaan enteraalista lääkehoitoa ja työtä varten laadittu kyselylomakekin koski ainoastaan tätä lääkkeen antotapaa. Enteraalinen lääkehoito valittiin opinnäytetyöhön tarkasteltavaksi lääkitys-

tavaksi, koska se on yleisin ja käytetyin lääkehoidon muoto. Lisäksi enteraalisessa eli ruuansulatuskanavan ulkopuolisessa lääkehoidossa on paljon ainoastaan sille ominaisia erityispiirteitä ja myös tästä syystä työssä on haluttu keskittyä vain enteraaliseen lääkitykseen.

### 2.3. Lääkehoidon tavoitteet ja tehtävät

Lääkehoidon tärkeänä ja merkittävänä tavoitteena on sairauksien ehkäiseminen. Lääkehoidolla pyritään myös ihmisen terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen sekä sairauden hoitoon. Sairauksien hoidossa lääkehoidon tarkoituksena on parantaa, ehkäistä ja hidastaa sairautta tai lievittää sen aiheuttamia oireita sekä ehkäistä komplikaatioita (Läkelaki 395/1987). Lääkehoitoa voidaan käyttää potilaan hoidossa itsenäisenä hoitona tai muiden hoitokeinojen tukena. Hoidon tulee perustua aina potilaan tarpeeseen. Ennen lääkehoidon aloittamista tulisi selvittää saavutettavissa olevan edun suhde hoidon haittavaikutuksiin. (Veräjänkorva ym. 2006, 16.) Oikein toteutettu, tehokas ja turvallinen lääkehoito on ensiarvoinen osa potilaan saaman hoidon laatua sekä potilasturvallisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 11).

## 3 LÄÄKEHOITOPROSESSIN VAIHEET

Lääkehoito on merkittävä lääketieteellinen hoitomuoto ja tärkeä osa hoitotyön kokonaisuutta. Lääkehoito on potilaan ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön moniammatillista yhteistyötä. Hoitajien toteuttamaan lääkehoidon vaiheisiin kuuluvat lääkehoidon suunnittelu, lääkemääräysten vastaanottaminen, lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen ja jakaminen potilaalle, potilaan lääkehoidon ohjaus, lääkehoidon kirjaaminen sekä hoidon arviointi. Jotta lääkehoito olisi turvallista, tulee turvallisuuteen kiinnittää huomiota jokaisessa lääkehoitoprosessin vaiheessa. (Määttä 2009, 36; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 36–37.)

### 3.1. Lääkehoidon suunnittelu

Sosiaali- ja terveysministeriö on tuottanut ohjeistuksen valtakunnallisesta lääkehoidon toteutuksesta, jonka mukaan kaikilla lääkehoitoa toteuttavilla toiminta- ja työyksiköillä on oltava lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelman sisällön määrittää toiminta- ja työyksiköiden lääkehoidon luonne ja tavoitteet. Mitä vaativampaa toimintayksikössä toteutettava lääkehoito on, sitä korkeammalle vaatavuustasolle ja laajemmin tehdään myös lääkehoitosuunnitelma. Samankaltaiset työyksiköt voivat valmistaa lääkehoitosuunnitelman myös yhteistyössä. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi työyksikössä toteutettavan lääkehoidon kannalta oleelliset tekijät ja lääkehoitoprosessin eri vaiheiden kuvaukset. Lääkehoitosuunnitelma mahdollistaa työ- ja toimintayksiköiden lääkehoidon tarkoituksenmukaisen hallinnan ja laadun kehittämisen, joten se on keskeinen osa toimintayksiköiden johtamisjärjestelmää ja laadunhallintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 43–44.)

Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään työyksiköiden lääkehoidon tarpeet ja sisältö sekä henkilökunnan tehtävät, vastuualueet ja kokoonpano lääkehoidon toteutuksessa. Toimintayksikön laatimasta suunnitelmasta tulee myös selvittää lääkehoitoa koskevat lupakäytännöt ja se, miten lääkehoito-osaamista arvioidaan, varmistetaan ja ylläpidetään. Lisäksi lääkehoitosuunnitelmaan tulee liittää lääkehoidon dokumentointia, vaikuttavuuden arviointia sekä potilasohjausta koskevia tietoja. Keskeinen osa suunnitelmaa on palautejärjestelmä, jonka tarkoituksena on tiedon kerääminen lääkityspoikkeamista ja sen perusteella toiminnan kehittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 43–44; Veräjänkorva ym. 2006, 30.)

Läähkehoidon suunnittelu on tärkeä osa hoitajan toteuttamaa lääkehoitoprosessia. Suunnitteluun kuuluu mm. tavoitteiden asettaminen, lääkehoidon vaikutusten arviointi sekä niiden ennakointi. Hoitajan tulisi toteuttaa lääkehoidon suunnittelu yhdessä potilaan kanssa. (Pietikäinen 2004, 58). Hoitajan työn suunnitteluun vaikuttaa esimerkiksi potilaan lääkehoidon kiireellisyys sekä luonne (Veräjänkorva ym. 2006, 86, 105).

### 3.2. Lääkehoidon toteutus

Onnistunut lääkehoito vaatii, että lääke on määrätty oikein perustein niin, että lääkevalinta on oikea. Lääkehoito toteutetaan täysin lääkärin antamien ohjeiden ja määräysten mukaan. Lääkehoidon aloittamisesta, muutoksista ja päättämisestä päättää lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Suomen Farmasialiitto ja Tehy ry 2003.) Potilaan yksilölliset terveystarpeet ovat lääkehoidon aloittamisen lähtökohta ja lääkehoidon vaikuttavuus sen jatkumisen edellytys (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 36).

Lääkäri perustelee lääkehoidon tarpeen pohjalta tekemänsä lääkemääräykset potilaalle tutkimuksilla tai muulla tavalla varmennettuun tietoon perustuen (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005). Lääkityksen tarpeellisuuteen, valittavan lääkkeen tehoon, turvallisuuteen ja hintaan on kiinnitettävä huomiota lääkemääräyksiä tehtäessä. Määräysten tulee olla niin selkeitä, että ne eivät aiheuta vääriä tulkintoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 24.)

Laadukas lääkehoidon toteuttaminen vaatii henkilökunnalta asiaankuuluvaa tietojen ja taitojen hallintaa. Lääkehoitoa toteuttavan on ymmärrettävä lääkemääräys oikein, osattava valmistaa lääke tarvittaessa käyttökuntoon ohjeiden mukaisesti ja huolehtia lääkehoidon toteutumisesta niin, että oikea potilas saa oikean lääkkeen ja annoksen, oikeassa muodossa, oikeaan aikaan ja oikeaa annostelutapaa käyttäen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 36–37.) Lääkkeen antotapaan ja lääkekuotoon vaikuttaa mm. haluttu vaikutuksen alkamisaika, voimakkuus ja kesto. Lääkkeen antotapaa valittaessa otetaan huomioon lisäksi lääkeannoksen suuruus, antoväli sekä hoitotilanne. (Ojala 2005, 62–89; Veräjänkorva ym. 2006, 86.)

Hoitaja koordinoi lääkehoidon toteutumista tekemällä yhteistyötä muiden ammattihenkilöiden kanssa. Lääkkeen annostelu pohjautuu lääkemääräykseen, joka kertoo, mitä lääkettä potilaalle annetaan ja kuinka paljon. Hoitaja vastaa siitä, että potilas saa lääkettä juuri lääkärin antaman määräyksen

mukaisesti. Virheettömyys lääkkeen annostelussa vaatii hoitajalta peruslaskutaitojen osaamista ja mittayksiköiden hallintaa. (Veräjänkorva ym. 2006, 106–107.) Lääkevalmisteen sisältämän vaikuttavan aineen määrä ilmoitetaan usein painoyksikköinä, esim. grammoina (g), milligrammoina (mg) tai mikrogrammoina ( $\mu\text{g}$ ) (Jauhiainen & Pikkarainen 2004, 510). Hoitajan on tarkistettava käyttökuntoon valmistettu annos ennen potilaalle antamista. Hoitajan on aina varmistettava, että lääke annetaan oikealle potilaalle, esimerkiksi tajuttomalta potilaalta henkilöllisyys varmistetaan tunnustusrannekkeesta katsomalla. Lääkehoitoa toteuttavan hoitajan on muistettava kaikissa lääkehoidon prosessin vaiheissa myös infektioiden ehkäisy aseptiikan avulla. (Veräjänkorva ym. 2006, 86, 105.) Hoitajan lääkehoitotaidoissa on kyse pääasiallisesti moraalisesta vastuun ymmärtämisestä ja vastuun ottamisesta omasta osaamisesta ja tekemisestä (Veräjänkorva 2003, 12–13).

### 3.3. Lääkehoidon seuranta ja arviointi

Tärkeä ja vaativa osa lääkehoidon kokonaisuutta on lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi ja seuranta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 37). Hoitajan vastuu ei lopu lääkkeen antamiseen potilaalle ja lääkkeen ottamisen seurantaan, vaan hänen tulee myös pystyä seuraamaan ja arvioimaan lääkehoidon vaikuttavuutta potilaassa (Veräjänkorva ym. 2001, 11). Arvioinnissa lääkkeiden vaikuttavien aineiden ja tiettyjen lääkkeiden aiheuttamien oireyhtymien tunteminen on välttämätöntä, esim. serotoniinioireyhtymä (Puirava 2007, 13–14). Näin ollen hoitajan tulee hallita käytettävien lääkkeiden odotettujen, hoidollisten vaikutusten lisäksi myös sivu- ja haittavaikutukset, joiden ilmaantuessa on ryhdyttävä tilanteen vaatimiin toimenpiteisiin (Veräjänkorva ym. 2001, 11).

Lääkehoitoa toteuttavan hoitajan tulee seurata potilaan vointia ja havainnoida lääkkeen aiheuttamia mahdollisia sivuvaikutuksia. Hoitaja arvioi lääkehoidon vaikuttavuutta potilaan ja lääkärin kanssa yhteistyössä. Mikäli lääkehoito aiheuttaa potilaalle sivuvaikutuksia tai lääke ei vaikuta potilaan terveydentilaan oletetulla tavalla, lääkäri on se, joka arvioi ja määrää hoidon jatkumisen tai muuttumisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 37.) Hoitajan tehtävänä on myös kirjata havainnot lääkkeiden myönteisistä vaikutuksista, haitta- ja yhteisvaikutuksista sekä se, jos lääkkeellä ei saada aikaan haluttua vaikuttavuutta. Lääkehoidon arviointi ja seuranta vaatii korkeaa kliinistä farmakologista osaamista sekä ainakin perustietojen hallintaa lääkkeiden yhteisvaikutuksista. (Puirava 2007, 13–14.) Puiravan (2007) mukaan haasteellisin osa lääkehoidon arvioinnissa on lääkehoidon yhteisvaikutusten havaitseminen.

Hoitajan tulee arvioida myös työskentelyään jatkuvasti lääkehoitoprosessin ajan ja potilaan lääkehoidon loppuessa tehdä loppuarviointi. Vaikka loppuarviointi on lääkehoitoprosessissa viimeinen vaihe, tulee potilaan saaman lääkehoidon toteutumista ja onnistumista arvioida koko hoitojakson ajan. (Veräjänkorva ym. 2006, 106.)

### 3.4. Lääkehoidon ohjaus

Lääkäri on tärkein lääketiedon antaja potilaalle ja hoitajan rooli potilaan lääkehoidon ohjauksessa on pääasiallisesti täydentävän tiedon antaminen sekä tiedon tukeminen. Epäselväksi jääneiden asioiden selventäminen potilaalle on ensisijaisen tärkeää onnistuneen lääkehoidon kannalta. Kun potilas on ymmärtänyt lääkehoidon tavoitteet ja sitoutunut niihin, voi lääkehoito toteutua ja turvallisuus lääkehoidossa lisääntyä. Myös potilaan informaation vastaanottamista ja ymmärtämistä tulee seurata. (Veräjänkorva 2003, 37–41.) Lääkehoidon ohjaukseen vaikuttaa potilaan ominaisuuksien lisäksi hoitajan kokemus ja opetustaito. Dillströmin (2007) mukaan hoitajien mielestä tärkeimmät lääkehoidon ohjaamisen tiedonlähteet ovat kokemuksellinen tieto ja lääkeohjeet. Kokemuksen avulla hoitaja voi havaita myös sellaisia oppimistarpeita, joita potilas ei välttämättä itse osaa tuoda esiin (Veräjänkorva ym. 2006, 163).

Potilas tarvitsee tietoa lääkkeistä, jotta mahdollisimman hyvä, turvallinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito toteutuisi. Perusvaatimus on, että potilas tietää oleelliset asiat lääkkeestä: käyttötarkoituksen, kuinka kauan lääkettä käytetään, miten ja kuinka usein lääkettä otetaan, ruokailun ja lääkkeen oton keskeisen ajoituksen, yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden ja alkoholin kanssa sekä mahdolliset haitta- ja sivuvaikutukset sekä toimintaohjeet niiden varalle. Lääkehoidon ohjauksen tarve tulisi kartoittaa jo potilaan saapuessa sairaalaan, minkä jälkeen hänen tulisi saada suunnitellusti lääkehoidosta tietoa koko hoitajakson ajan. Lääkehoitoon sitoutuminen ja vastuullisuus edellyttävät, että potilas on saanut tarpeeksi lääkeinformaatiota ja ohjausta ennen siirtymistä kotihoitoon. (Veräjänkorva 2003, 37–41.)

Se, miten potilas ymmärtää hoitajan ohjauksen, riippuu hänen terveydentilastaan ja esimerkiksi hänen sairautensa kestosta, laadusta ja sen vaikutuksista potilaan arkielämään. Fyysiset taustatekijät, kuten ikä ja sukupuoli vaikuttavat myös siihen, miten potilas pystyy vastaanottamaan ohjausta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6–9.) Potilaat pitävät tärkeänä, että heitä kohdellaan lääkehoidon ohjauksessa yksilöinä ja ainutlaatuisina ihmisinä sekä ohjauksessa otetaan huomioon sairauden ja lääkehoidon yhteys heidän elämäänsä (Veräjänkorva 2003, 40).

Ohjauksessa huomioitavia potilaan psyykkisiä ominaisuuksia ovat erityisesti motivaatio, terveystokokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä oppimisvalmiudet. Potilaan motivaatio vaikuttaa siihen, haluaako hän sisäistää hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjauksessa käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi. Myös hoitaja voi omalla motivaatiolla ja valmiuksilla tukea potilaan motivoitumista ja tällä on tärkeä merkitys ohjauksen onnistumisessa. Keskusteleminen potilaan ohjaukselle asettamista odotuksista ja tavoitteista on tärkeää, sillä potilaan ja hoitajan käsitykset ohjaustarpeista voivat olla eroavat. Ohjaustilanteen on oltava ympäristöltään rauhallinen, eikä se saa herättää potilaassa negatiivisia tuntemuksia, jotka saattaisivat häiritä ohjausta. (Kääriäinen ym. 2006, 4–13.)

Ohjauksen tavoitteet tulee asettaa potilaan kanssa yhteisymmärryksessä, sillä käsitys ohjauksen tavoitteellisuudesta voi potilaan ja hoitajan kesken

poiketa toisistaan. Tavoitteet pyritään asettamaan realistisesti, ottaen huomioon potilaan terveydentilan ohella hänen yleiset oppimisedellytyksensä (Veräjänkorva ym. 2006, 163). Lääkehoidon ohjaus on moniammatillista yhteistyötä, joka onnistuakseen edellyttää lääkäreiden, hoitajien ja farmasian henkilöstön välistä suunnitelmallista yhteistyötä tukea potilaita sitoutumaan omahoitoonsa (Veräjänkorva 2003, 41).

### 3.5. Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi

Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi ovat osa hoitotyötä. Lääkehoitoa varten ovat erilaiset lääkehoitoa toteuttavat yksiköt laatineet lääkehoitosuunnitelman, johon sisältyy keskeisesti lääkehoidon kirjaamisprosessin suunnittelu ja kirjaamisen toteutuminen. Potilasasiakirjoihin tulee tehdä kirjaukset lääkehoidon tarpeesta ja lääketieteellisestä perusteista sekä lääkemääräyksestä ja toteutetusta lääkehoidosta. Lääkehoitosuunnitelmassa huomioidaan lääkehoidon jatkuvuus ja kiinnitetään huomiota hyvään tiedonsiirtoon eri toimintayksiköiden välillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 60.) Kaikki annetut lääkemääräykset tulee merkitä potilasasiakirjoihin niiden määräämisajankohdan mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009). Hoitajan tehtävänä on raportoida niin suullisesti kuin kirjallisestikin potilaan lääkehoidossa tapahtuneet toimenpiteet sekä huomiot potilaasta. Dokumentoinnin avulla potilaan lääkehoidon vaikuttavuuden seuraaminen ja arviointi toteutuu ja tämä on tärkeää potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta. Hyvän kirjaamisen ja raportoinnin ansiosta potilasturvallisuus lääkehoidossa lisääntyy. (Veräjänkorva ym. 2001, 8–11.) Dokumentointivirheet saattavat johtaa siihen, että potilaan lääkitys jatkuu sen lopettamisesta huolimatta, potilaalla on päällekkäisiä lääkityksiä tai potilas ei saa hänelle tarkoitettua lääkettä (Määttä 2009; Suikkanen 2008). Lääkehoidon dokumentoinnille asettavat yhä suurempia haasteita potilaiden vaatimus saada tasa-arvoisena osallistua lääkehoidonsa päätöksentekoon, suunnitteluun ja itse hoitoon (Kärkkäinen 2007, 89–96).

Potilasturvallisuutta vaarantavat monet lääkehoitoprosessissa olevat uhat ja siksi poikkeamariskit tulisikin selvittää kaikissa lääkehoidon vaiheissa. Ns. läheltä piti -tilanteita sattuu päivittäin, joissa potilasta uhkaava vaara kuitenkin on onnistuttu välttämään. Läheltä piti - tilanteiden kirjaaminen onkin ensiarvoisen tärkeää, jotta päästään kiinni tekijöihin ja tilanteisiin, joissa vaara uhkaa. (Veräjänkorva 2003, 131.) Kankkunen ym. (2007) mukaan läheltä piti -tilanteiden ja vaaratilanteiden kirjaaminen ja raportointi jäävät kuitenkin usein tekemättä kiireestä johtuvan unohtumisen vuoksi. Sen sijaan pelkoa tai epäpätevää leimautumista ei pidetä kovin merkittävänä syynä ilmoittamattomuuteen (Kankkunen ym. 2007, 10–15). Lääkehoidon poikkeamatapauksien määrä on todellisuudessa kymmenenkertainen verrattuna raporttitietoihin ja tämä on osoitus siitä, että toimintayksiköissä ei ole annettu riittävää mahdollisuutta vaaratilanteiden systemaattiseen raportointiin, vaan siihen on liian korkea kynnyks (Veräjänkorva ym. 2006, 99).

## 4 LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS

Lääkkeisiin ja lääkehoitoon liittyvä turvallisuus on hyvin merkittävä osa potilasturvallisuutta (Stakes ja Rohto 2006, 7). Lääketurvallisuus, lääkitysturvallisuus ja lääkityspoikkeama ovat keskeisiä lääkehoidon turvallisuuden käsitteitä. Lääkehoidon turvallisuuden takaaminen on iso haaste sekä terveydenhuollon organisaatioille että lääkehoitoa toteuttavalle hoitohenkilöstölle (Veräjänkorva 2008, 82). Potilasturvallisuuden parantaminen lääkehoidon osa-alueella on mahdollista, kun lääkehoitoprosessia vaarantaviin tekijöihin kiinnitetään huomiota ja pyritään kehittämään jokaisessa prosessin vaiheessa (Pasternack 2006, 2459–2470).

### 4.1. Lääketurvallisuus ja lääkitysturvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus pitää sisällään kaksi käsitettä: lääketurvallisuuden ja lääkitysturvallisuuden. Lääketurvallisuus koostuu lääkkeiden laadukkaasta valmistamisesta, farmakologisista ominaisuuksista sekä lääkkeiden vaikutusten tuntemisesta ja arvioimisesta. Lääkitysturvallisuus tarkoittaa lääkehoidon toteuttamiseen ja lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta. Toiminnot, joilla pyritään takaamaan potilaan turvallisuus ja ehkäisemään, välttämään ja korjaamaan lääkehoidon haittatapahtumia on osa lääkitysturvallisuutta. (Stakes & Rohto 2006, 7–8.) Edellä mainituista lääkitysturvallisuus on kiinteästi läsnä käytännön hoitotyössä mutta hoitajan on luonnollisesti hallittava myös laajasti teoretietoa lääkkeiden vaikutuksista, vaikutusmekanismeista ym. lääkkeiden ominaisuuksista.

### 4.2. Lääkityspoikkeama

Lääkityspoikkeama on lääkehoidon yleisistä ohjeista tai suunnitelmista poikkeava tapahtuma, joka voi vaarantaa potilaan turvallisuuden ja johtaa jopa potilaan vahingoittumiseen. Poikkeama voi aiheutua tekemisen, tekemättä jättämisen tai suojausten pettämisen seurauksena (Stakes & Rohto 2006, 8). Lääkityspoikkeama voi tapahtua missä tahansa lääkehoidon vaiheessa: lääkkeen määräämisessä, käsittelyssä, jakelussa, käyttökuuntoon saattamisessa, neuvonnassa, käytössä tai seurannassa. Usein lääkityspoikkeamat olisivat estettävissä esim. lääkehoitoon osallistuvan henkilökunnan toimesta, vrt. läheltä piti -tilanne. (Armutlu ym. 2008, 58–65; Veräjänkorva ym. 2006, 17.) Läheltä piti -tapahtuma on siis vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle, mutta jolta vältytään joko sattumalta tai siksi, että poikkeama havaitaan ja haitalliset seuraukset pystytään estämään ajoissa (Stakes & Rohto 2006, 6).

### 4.3. Lääkehoidon turvallisuuteen yhteydessä olevat tekijät

Lääkehoidon turvallisuus koostuu monen eri tekijän summasta (Pietikäinen ym. 2010, 12.) Tutkimusten mukaan lääkehoidon turvallisuuden vaarantavat tekijät liittyvät joko lääkehoitoa toteuttavaan henkilöstöön tai organisaatioon (Jones 2009, 40–46; Pasternack 2006, 2459–2470; Pelkonen 2003, 281–283; Suikkanen 2008, 12–16). Yksittäisen työntekijän ja järjestelmän heikkouksien osuus lääkityspoikkeamien synnyssä vaihtelee eri

tutkimuksissa paljon. Lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisyssä ja lääkehoidon turvallisuutta parannettaessa ei ole kuitenkaan mielekästä eikä tarkoituksenmukaista etsiä syyllisiä tapahtumiin vaan keskittyä organisaation toimintatapojen ja -prosessien tarkasteluun sekä kehittämiseen (Pasternack 2006, 2459–2470; Suikkanen 2008, 13–14; Hughes & Ortiz 2005, 14–24).

### 4.3.1. Työympäristöön liittyvät tekijät

Kiire, henkilöstöresurssien riittämättömyys, suuri työtaakka sekä työrauhan puute on koettu useissa tutkimuksissa merkittävimmiten lääkityspoikkeamiin altistaviksi tekijöiksi, jolloin potilasturvallisuus vaarantuu (Kankkunen ym. 2007, 10–15; Sipola-Kauppi 2009, 45–51; Suikkanen 2008, 47). Esimerkiksi tilanne, jossa hoitajan pitäisi dokumentoida lääke muutokset lääkärinkierron jälkeen hälyisessä ympäristössä virheettömästi, koetaan hoitajien keskuudessa turhauttavaksi. Työntekijän liiallinen kuormittuminen on potilasturvallisuuden kannalta epäedullista, sillä keskittymistä vaativassa tehtävässä, kuten lääkehoidossa, tapahtuu tällöin helpommin sekaannuksia ja virheitä. Kiireinen työtahti on myös olennainen syy, joka lisää lääkityspoikkeamien mahdollisuutta, sillä kiireessä hoitaja ei välttämättä ehdi paneutumaan lääkehoitoon sen luonteen vaatimalla tavalla. (Suikkanen 2008, 47.)

Ulkoa muistettavat toimintaohjeet ja rutinoituneet toimintalinjat ovat myös työympäristön tekijöitä, jotka voivat vaarantaa lääkehoidon turvallisuuden. Lääkehoidon prosessin toteutuksessa esiintyvät rutiinit peittävät helposti alleen vaaratapahtumille altistavia tekijöitä hoitajan huomion ulottumattomiin, vaikka yhteisesti sovitut käytännöt yleensä sujuvoittavat työtehtävien hoitamista. (Suikkanen 2008, 48.)

Puutteet ja epäselvyydet tiedonkulussa ovat yleisiä lääkehoidon prosessissa, jossa on useita toimijoita ja tietoa liikkuu runsaasti taholta toiselle. Nämä ongelmakohdat saattavat aiheuttaa helposti lääkityspoikkeamia. Vaaratapahtumien riskiä tiedonkulussa lisäävät monimutkaiset tai epäselvät toimintatavat mm. tietojärjestelmien käytössä. Esimerkiksi lääkemuu-  
tosten kirjaamiskäytäntöjen monimutkaisuus ja päivittämättömät lääkelistat on koettu olevan lääkitysturvallisuuden kannalta monesti ongelmallisia. Kaikkien edellä mainittujen seikkojen lisäksi useat hoitotyölle ominaiset arkitilanteet, kuten potilaspaiikkojen vaihto yms. saattavat vaarantaa potilasturvallisuuden lääkehoidon osa-alueella. (Suikkanen 2008, 49–50; Sipola-Kauppi 2009, 46–50.) Potilaan vaikea lääketieteellinen ongelma, polyfarmasia eli monilääkitys sekä lääkitystä koskevien esitietojen puutteellisuus ovat potilaaseen kytkeytyviä tekijöitä, jotka saattavat altistaa lääkityspoikkeamien synnylle. (Pasternack 2006, 2459–2470; Sipola-Kauppi 2009, 44–45).

### 4.3.2. Yksilöön liittyvät tekijät

Lääkehoidon turvallisuuden takaamiseksi henkilökunnan lääkehoidon osaaminen tulee olla riittävää. Esimerkiksi hoitajien lääkelaskentataidoissa olisi tutkimusten mukaan parannettavaa, vaikka näiden taitojen hallinta on



ensiarvoisen tärkeää, jotta useat väärästä lääkeannoksesta tai -vahvuudesta johtuvat lääkepoikkeamat saataisiin hallintaan (Jones 2009, 40–46; Grandell-Niemi 2005). Hoitajien on myös huolehdittava ammattitaidon päivittämisestä, jotta osaaminen on riittävän korkeaa jatkuvasti kehittyvään lääkehoitoon nähden. Esimerkiksi järjestelmällinen perehtyminen uusiin ja alati vaihtuviin lääkevalmisteisiin sekä niiden käyttöohjeisiin on koettu olevan välttämätöntä, jotta hoitaja voi toteuttaa lääkehoitoa turvallisesti. (Suikkanen 2008, 51.) Sen lisäksi, että hoitajalla on oltava riittävä ja ajan tasainen lääkehoidon osaaminen, tulisi hänen noudattaa myös lääkehoidon turvallisuutta lisääviä toimintaohjeita, kuten viisi oikein- listaa: oikea potilas, oikea lääke, oikea annos, oikea antoaika ja oikea antoreitti (Jones 2009, 40–46; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2005, 37).

Kokemattomuus, uudet työtehtävät ja epävarmuus työn hallinnasta lisäävät myös lääkityspoikkeamien riskiä. Epävarmuus ja liian suuri vastuu haittaavat työtehtävien sujuvaa suorittamista ja vaikeuttavat tietojen ja taitojen soveltamista käytäntöön. Työuran alkuvaiheessa olevalla hoitajalla on suurempi riski erehtyä, sillä hän ei välttämättä pysty heti esimerkiksi hahmottamaan kaikkia lääkehoidon näkökulmia. Uusiin työtehtäviin siirtyminen on myös riskialtista lääkehoidon turvallisuuden kannalta, sillä niihin orientoituminen vaatii kokeneemaltakin ammattilaiselta aikaa. Jos työntekijän perehdytys on vielä puutteellista tai hoitaja jätetään selviytymään pääsääntöisesti kirjallisten ohjeiden avulla, kasvaa erehtymisen riski entisestään. (Suikkanen 2008, 46.)

Tutkimuksissa lääkityspoikkeamille altistaviksi tekijöiksi on mainittu myös inhimilliset syyt, joihin on katsottu kuuluvan esimerkiksi huolimattomuus sekä väärinymmärrys tai -tulkinta. Potilaan lääkehoidosta huolehtiva hoitohenkilöstö ovat hekin vain ihmisiä, joille erehtyminen on mahdollista. (Sipola-Kauppi 2009, 46–50)

#### 4.4. Lääkehoidon turvallisuuden kehittäminen

Lääkkeiden ja lääkehoidon turvallisuus on keskeinen osa potilasturvallisuutta, jolla osaltaan taataan, että potilaan hoito on laadukasta eikä siitä aiheudu potilaalle haittaa (Stakes & Rohto 2006, 5–7). Tämän vuoksi lääkehoidon kehittäminen on erittäin tärkeää. Kehitystyössä hoitajan rooli on merkittävä, sillä lääkehoitoprosessi yleensä käynnistyy hoitajan potilaasta tekemien havaintojen perusteella ja lisäksi hoitaja on monesti vastuussa myös lääkehoidon toteuttamisesta lääkärin tekemän lääkemääräyksen jälkeen (Hughes & Ortiz 2005, 14–24; McBride-Henry & Foureur 2007, 58; Paltta & Veräjänkorva 2008, 17–21). Tutkimusten mukaan poikkeamalle alttein lääkehoitoprosessin vaihe on lääkkeiden annostelu tai jako potilaalle, josta hoitaja huolehtii pääsääntöisesti yksin (Suikkanen 2008, 22; Jones 2009, 40–46). Lääkehoitoa kehitettäessä tulisi lääkehoitoprosessin turvallisuutta vaarantavat tekijät kartoittaa ja niihin puuttua esimerkiksi kiinnittämällä huomiota vaaratilanteiden tunnistamiseen, tunnistamiseen ja raportointiin. Lisäksi työyksiköissä tulisi ylläpitää ja entisestään parantaa turvallisuutta lisääviä toimintatapoja. Huomiota pitäisi kiinnittää myös hoitajien lääkehoidon osaamiseen ja järjestää tarvittavaa täydennyskoulutusta. (Veräjänkorva ym. 2006, 100.)

Lääkehoitoprosessia ja sen turvallisuutta edistettäessä avainasemassa on, että hoitohenkilöstö on tietoinen turvallisuusriskien olemassaolosta sekä niistä toiminnan kohdista, joissa on suuri vaara lääkityspoikkeamien syntymiselle (Pasternack 2006, 2459–2470; Veräjänkorva ym. 2006, 100). Lääkehoitoprosessin riskit voidaan hallita paremmin, jos prosessin turvallisuusaukot ovat kaikkien toimijoiden tiedossa. Lisäksi tällöin voidaan hoitoyksiköissä kiinnittää tarkempaa huomiota toiminnan kohtiin, joiden tiedetään olevan erityisen alttiita lääkityspoikkeamille. (Sipola-Kauppi 2009, 59.)

Hoitohenkilöstöä tulisi kannustaa raportoimaan kaikki sekä tapahtuneet lääkityspoikkeamat että läheltä piti -tilanteet. Usein läheltä piti -tapaukset ovat oppimisen kannalta jopa hedelmällisempiä kuin vakavammat tilanteet, sillä niiden käsittely työyhteisössä on helpompaa ilman syyllisyyden tunteita. Kaikkien vaaratapahtumien raportoinnin lisäksi mahdollisimman suuren joukon osallistuttaminen vaaratapahtumien käsittelyyn on tärkeää. Näillä keinoin varmistetaan, että vaaratapahtumatieto ja sen käsittely kehittävät aidosti toimintatapoja ja lääkehoidon turvallisuutta. (Pietikäinen ym. 2010, 14–16.)

Vaaratapahtumailmoituksen tekeminen pitäisi olla mahdollisimman helppoa ja raportointia koskevat ohjeet selkeät, jotta ilmoituksia tehtäisiin työn ohessa (Mustajoki 2005, 2623–2625). Haipro on esimerkki ohjelmasta, joka on suunniteltu helppokäyttöiseksi vaaratapahtumien raportointijärjestelmäksi. Raportointi perustuu siinä vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn, jonka pohjalta saadut opit voidaan hyödyntää käytäntöön. (Pietikäinen ym. 2010, 4.) Työyksikön suuri poikkeamailmoitusten määrä ei välttämättä tarkoita sitä, että yksikössä tapahtuu muihin nähden enemmän virheitä vaan se viittaa ennemminkin henkilökunnan myönteiseen suhtautumiseen virheistä oppimiseen (Mustajoki 2005, 2623–2625). Virheistä voidaan oppia vain, jos ne tuodaan esille ja käsitellään (Mustajoki 2005, 2623–2625; Sipola-Kauppi 2009, 59).

Työntekijöiden aloitteellisuus vaaratapahtumien sekä niille altistavien tekijöiden esiintuomisessa ja karsimisessa on tärkeää. (Veräjänkorva ym. 2006, 100). Avoin ja luottamuksellinen keskusteluilmapiiri, jolloin vaaratapahtumia käsitellään ketään syyllistämättä, mahdollistaa tilanteista oppimisen (Mustajoki 2005, 2623–2625; Pasternack 2006, 2459–2470, Pietikäinen ym. 2010, 12). Asioiden yhdessä käsitteleminen antaa enemmän näkökulmia ja mahdollistaa turvallisten toimintatapojen leviämisen työyksiköissä (Sipola-Kauppi 2009, 56).

Sen lisäksi, että lääkityspoikkeamia käsitellään hoitohenkilöstön keskuudessa, tulisi toteutuneesta lääkityspoikkeamasta kertoa myös asianomaiselle potilaalle (Suikkanen 2008, 15). Potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan ja hoidostaan ja lisäksi itsemääräämisoikeuteen kuuluu, että hänelle annetaan mahdollisuus ottaa kantaa lääkehoitoonsa (Veräjänkorva 2006, 46). Pasternackin (2006) mukaan potilaat pitävät ainakin kaikkien vahinkoon johtavien lääkityspoikkeamien avointa paljastamista

tärkeänä. Rehellinen virheen myöntäminen ja anteeksipyyntö säilyttävät potilaan luottamuksen hoitoaan kohtaan (Pasternack 2006, 2459–2470). Samalla potilas voidaan ottaa mukaan vahinkotapahtuman korjausprosessiin, johon kuuluu haitan vakavuuden arviointi, yksikön toimintaohjeiden mukaan toimiminen, potilaan tilan seuranta ja kirjaaminen (Sipola-Kauppi 2009, 58).

Vaaratapahtumien ja riskien arvioinnin jälkeen voidaan toimintatapoja työpaikoilla ryhtyä muuttamaan turvallisemmaksi (Pietikäinen ym. 2010, 14). Hyvillä työolosuhteilla on tutkimuksissa koettu olevan suuri merkitys potilasturvallisuuden lisääjänä. Lääkehoidosta vastaavan tulisi saada työskennellä rauhallisessa ja keskeytyksettömässä työympäristössä. Tämä voitaisiin mahdollistaa esimerkiksi riittäväillä henkilöstöresursseilla, tarkoituksenmukaisella työnjaolla sekä hyvällä työvuorosunnittelulla. (Mustajoki 2005, 2623–2625; Sipola-Kauppi 2009, 57–60; Suikkanen 2008, 52). Jonesin (2009) kirjallisuuskatsauksessa käsiteltyjen tutkimusten mukaan lääkehoidosta vastaavalle hoitajalle voitaisiin järjestää ns. suojatut lääkkeenjakoajat, jolloin muuta henkilökuntaa kehoitetaan olemaan häiritsemättä ko. hoitajaa.

Jokaisella lääkehoitoon osallistuvalla pitäisi olla selkeä kuva omista vastuurajoistaan. Hoitajat toivovat tutkimusten mukaan, että kollegat huomauttavat, jos he toiminnallaan aiheuttavat vaaratapahtuman. Tietynlainen kriittinen suhtautuminen lääkehoitoon on myös katsottu olevan tärkeää. Jos esimerkiksi lääkemääräys kuulostaa normaalista poikkeavalta, on hoitajan tarkistettava sen paikkansapitävyys ennen toteuttamista. (Sipola-Kauppi 2009, 57; Suikkanen 2008, 52.) Myös osastofarmasian hyödyntämistä potilasturvallisuuden parantamisessa olisi syytä harkita (Veräjänkorva 2006, 101). Osaston henkilökunta voisi hyödyntää osastofarmasia esimerkiksi lääkehoidon tiedonhaussa. Lisäksi kokopäiväinen osastofarmaseutin työpanos voisi vähentää hoitohenkilökunnan lääkkeidenjakoon, tiedon etsimiseen, lääkekaapin hoitoon yms. käyttämää aikaa ja se voitaisiin hyödyntää esimerkiksi potilastyöhön (Suomen Farmasialiitto ja Tehy ry 2003, 16).

Tutkimuksissa on korostettu huolellisuuden ja tarkkaavaisuuden merkitystä koko lääkehoitoprosessin ajan. Lääkkeiden kaksoistarkastuksen on havaittu selkeästi vähentävän potilaalle saakka toteutuneita poikkeamia. Kollegan konsultointi on katsottu olevan hyvä tapa esimerkiksi lääkelaskun varmistuksessa ja erilaiset muistikeinot lisäävät varmuutta lääkehoidon toteuttamiseen. Viestinnän kehittäminen hoitohenkilökunnan välillä on lisäksi tärkeää, sillä sen puutteiden aiheuttamat lääkityspoikkeamat ovat yleisiä. (Sipola-Kauppi 2009, 56–59; Suikkanen 2008, 52–53.) Tiedonkulun tukeutuminen selkeisiin kirjallisiin asiakirjoihin sekä turhien välikäsien poistaminen vähentää erehtymisen todennäköisyyttä (Pasternack 2006, 2459–2470). Veräjänkorvan (2006) mukaan tutkimukset osoittavat sähköisen sairauskertomuksen käytön vähentäneen muun muassa epäselvistä lääkemääräyksistä tai epäselvästä puheesta johtuneita poikkeamia. Hoitohenkilökunnan tulisi suhtautua avoimesti kaikkiin muutoksiin, joilla pyritään parantamaan lääkehoidon turvallisuutta ja vähentämään lääkityspoikkeamia.

Lääkehoitoa toteuttavalla henkilöstöllä tulee olla tehtävien vaativuuteen nähden riittävä koulutus ja ammattitaito (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 53). Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan, sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan tulee luoda edellytykset henkilöstön lisäkoulutukselle. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.) Täydennyskoulutustarvetta ja henkilöstön lääkehoidon toteuttamisvalmiuksia on seurattava säännöllisesti ja lisäkoulutuksessa on otettava huomioon sekä toimintayksikön yleiset että yksilölliset koulutustarpeet (Veräjänkorva ym. 2006, 37). Erilaisia lääkehoidon koulutuksia arvostetaan hoitajien keskuudessa niiden positiivisten vaikutusten vuoksi (Sipola-Kauppi 2009, 56; Veräjänkorva 2008, 76).

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa lääkehoidon toteutumisesta tutkituilla osastoilla. Tarkoituksena on selvittää hoitajien näkemyksiä siitä, miten potilaiden enteraalinen lääkehoito toteutuu ja miten lääkehoitoprosessia voitaisiin kehittää. Tavoitteena on, että työstä saadun tiedon pohjalta kohdeosastot voivat parantaa potilasturvallisuutta enteraalisessa lääkehoidossa.

Tutkimusongelmat:

- Miten potilaan enteraalinen lääkehoito toteutuu tutkituilla osastoilla hoitajien näkökulmasta?
- Miten lääkehoidon turvallisuus toteutuu tutkituilla osastoilla?
- Miten hoitajat kehittäisivät potilaan enteraalista lääkehoitoa?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 6.1. Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan kartoitettua vallitseva tilanne ja selvitettyä asioiden ja muuttujien välisiä riippuvuuksia. Aiemmat tutkimukset ja teoriat ovat tässä menetelmässä keskeisessä roolissa, sillä määrällinen tutkimus varmentaa ja täsmentää aikaisemmin tutkittua tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 41–46.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tutkimusjoukosta otettava riittävän suuri ja edustava otos, josta saadaan tietoa kattavammin, mutta ehkä hieman pintapuolisemmin. Se poikkeaa kvalitatiivisesta eli laadullisesta tutkimuksesta, jossa tutkitaan yleensä suppeampaa kohdetta, jota pyritään ymmärtämään kokonaisvaltaisemmin. (Hirsjärvi ym. 2007, 136, 157–160.) Määrälliselle tutkimukselle on ominaista, että aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon, jonka jälkeen se analysoidaan. Tilastollisen

analysoinnin perusteella tehdyt päätelmät ja saadut tulokset esitetään numeristen suureiden avulla, joita voidaan havainnollistaa esimerkiksi taulukoin ja kuvioin. (Heikkilä 2004, 16–17; Hirsjärvi ym. 2007, 135–136).

Lääkehoidon toteutuksesta ja sen turvallisuudesta on jo aikaisempaa tutkittua tietoa ja tässä opinnäytetyössä haluttiin selvittää näitä seikkoja juuri tutkittujen osastojen kohdalla. Koko lääkehoitoon osallistuvaa henkilökuntaa koskevan määrällisen tutkimuksen ajateltiin antavan todellisuutta parhaiten vastaavan kuvan tutkimuskohteesta.

### 6.2. Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmäksi työhön valittiin puolistrukturoitu kyselylomake. Kysely on tiedonkeruumenetelmänä tehokas tapa kerätä runsas tutkimusaineisto ja sillä voidaan kartoittaa nopeasti monia asioita (Hirsjärvi ym. 2007, 190). Kyselylomake on hyvä selvitettäessä henkilöiden mielipidettä, toimintatapoja ja näkemyksiä. Kyselylomakkeen etuja esimerkiksi henkilökohtaiseen haastatteluun verrattuna on, että hoitajien on helpompi tuoda todellinen kantansa esiin kun hän ei joudu vastaamaan haastattelijalle kasvotusten. (Hirsjärvi ym. 2007, 192, 201; Heikkilä 2004, 20, 68.)

Opinnäytetyöntekijät laativat kyselylomakkeen (Liite 1) itse teorian tiedon ja aiempiin tutkimuksiin perustuen. Lomakkeessa selvitettiin ensin taustamuuttujia ja sen jälkeen oli varsinaista lääkehoitoa koskevat kysymykset. Suurimmassa osassa kysymyksiä käytettiin 4- portaista Likertin asteikkoa, joista vastaaja valitsi parhaiten omaa näkemystään vastaavan vaihtoehdon. Mittarista jätettiin tarkoituksellisesti pois vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa”, sillä Heikkilän (2004) mukaan tämä vaihtoehto saattaa olla liian houkutteleva. Vastausvaihtoehdon pois jättäminen pakottaa vastaajan ottamaan kantaa kysytystä asiasta suuntaan tai toiseen (Heikkilä 2004, 53). Vaaratapahtumien esiintymistä selvitettiin dikotomisella kysymyksellä eli siihen oli vain kaksi vastausvaihtoehtoa. Vastausvaihtoehtolisiin eli strukturoituihin kysymyksiin vastaaminen on nopeaa ja tulosten tilastollinen käsittely joustavaa (Heikkilä 2004, 50–51). Hoitajien ajatuksia potilaan enteraalisessa lääkehoitoprosessissa ilmenevistä kehittämis-kohteista kartoitettiin lomakkeen loppuun sijoitetulla avoimella kysymyksellä. Avoimilla kysymyksillä voidaan saada asiaan uusia näkökantoja tai parannusehdotuksia (Heikkilä 2004, 50).

Tutkimuksen tavoitteen on oltava täysin selvillä ja tutkijan on tiedettävä mihin kysymyksiin hän etsii vastauksia, ennen kyselylomakkeen laatimista (Heikkilä 2004, 47). Ennen kyselylomakkeen laadintaa työn tekijät kävivät tutkituilla osastoilla keskustelemassa työn tavoitteista ja tarkoituksesta. Samalla hoitajilta kartoitettiin osastoilla toteutettavan enteraalisen lääkehoidon pääpiirteisiä toteutuslinjoja ja sitä, mihin opinnäytetyössä olisi erityisesti kiinnitettävä huomiota. Käyntien tarkoituksena oli myös motivoida hoitajia vastaamaan kyselyyn. Kyselylomakkeet esitettiin eräällä osastolla, jossa lääkehoito on vastaavaa kuin tutkituilla osastoilla. Esitetausta lomakkeita vietiin osastolle kuusi ja niistä palautui täytettynä viisi kappaletta. Laaditun kyselylomakkeen esitetausta on aina välttämätöntä ja sen avulla lomaketta voidaan vielä korjata ja tarkentaa varsinaista tutkimusta

varten (Hirsjärvi ym. 2007, 199). Myös tässä opinnäytetyössä joidenkin kysymysten asettelua muutettiin ja ymmärrettävyyttä parannettiin esitetauksen jälkeen.

Lopullisen kyselylomakkeen valmistuttua lähetettiin tutkimuslupahakemus laatu- ja kehittämispäällikölle ja tutkimuslupa saatiin huhtikuussa 2010. Tämän jälkeen kyselylomakkeet toimitettiin tutkittaville osastoille. Jokaiseen lomakkeeseen oli liitetty saatekirje (Liite 2), jossa oli tietoa kyselyä koskien, esimerkiksi saatujen tietojen käyttötavasta ja lomakkeen palauttamisesta. Lisäksi saatekirjeestä löytyi työn tekijöiden yhteystiedot mahdollisia yhteydenottoja varten. Kyselyyn vastaamiseen annettiin aikaa kolme viikkoa, jonka jälkeen vastausaikaa pidennettiin yhdellä osastolla vielä viikolla, jotta vastausprosentti olisi parempi. Kohdejoukkona olivat kaikki tutkittujen osastojen vakituiset tai määräaikaiset hoitajat, jotka osallistuvat lääkehoidon toteutukseen ja he saivat vastata kyselyyn työajalla.

### 6.3. Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston analysointi alkaa tietojen tarkistamisella ja järjestämisellä. Sen jälkeen aineisto muutetaan esitettävään muotoon tietokonepohjaisia analyysiohjelmia käyttäen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen. 1997, 24.) Tässä työssä osastoilta vastausajan jälkeen saadut kyselylomakkeet numeroitiin analysoinnin helpottamiseksi ja silmäiltiin aluksi läpi. Sen jälkeen aineisto syötettiin Windowsin SPSS-ohjelmaan analysointia varten. Tilasto-ohjelma on hoitotieteellisten aineistojen analysoinnissa yleisimmin käytetty ohjelma (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100). Aineistosta selvitettiin ja tuloksia raportoitaessa käytettiin kuvailevia tunnuslukuja, kuten prosentteja ja frekvenssejä.

Asioiden välisiä yhteyksiä pyrittiin selvittämään ristiintaulukoimalla aineiston eri muuttujia taustamuuttujien suhteen. Tutkimustuloksissa ristiintaulukointi käy ilmi sellaisten asioiden kohdalla, joilla havaittiin olevan taulukoitaessa merkitseviä eroja suhteessa toisiinsa. Tarkemman tarkastelun myötä huomattiin, että näiden muuttujien suhteen ei kaikkien asioiden kohdalla ollut kuitenkaan tilastollista merkitsevyyttä. P-arvoa käytetään yleisesti kokeellisten tutkimusten tulosten satunnaisvirheen tunnuslukuna. Yleisen sopimuksen mukaisesti tulosta pidetään tilastollisesti merkitseväenä, jos p-arvo on pienempi kuin 0.05. (Ympäristöterveys 2002.) Muun muassa ristiintaulukoinnin mahdollistamiseksi joitakin taustamuuttujia luokiteltiin kyselyn toteuttamisen jälkeen. Lääkehoitoprosessin osaluokkien toteutusta haluttiin tarkastella suhteessa toisiinsa. Tämän vuoksi niistä laskettiin summamuuttujat, joita vertailtiin keskenään. Mittarin osaluokkien samansuuntaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alfa-kertoimella. Kerroin voi vaihdella välillä 0-1 ja mitä suurempi kertoimen arvo on, sitä korkeampi on reliabiliteetti eli sitä paremmin mittarin osiot mittaavat samaa asiaa. Raja-arvoa ei ole tarkkaan määritelty, mutta kertoimen tulisi mielellään olla yli 0,7. (Heikkilä 2004, 187.)

Lääkehoidon kehittämisehdotuksia koskeva avoin kysymys analysoitiin työssä laadullisen tutkimusmenetelmän sisällönanalyysiä käyttäen. Vastaukset kirjoitettiin alkuperäisessä muodossa Microsoft Word- tekstinkäsit-

telyohjelmaan, jonka jälkeen samankaltaiset vastaukset ryhmiteltiin omiin luokkiinsa. Luokituksessa käytettiin samoja luokkia kuin työn teoreettisessa viitekehyksessä, tulosten tarkastelussa ja pohdinnassa. Näin kahdeksi pääluokaksi saatiin lääkehoidon toteuttaminen ja lääkehoidon turvallisuus, jotka jakautuivat pienempiin alaluokkiin. Alaluokat sisälsivät vastaajien antamat kehitysehdotukset pelkistettynä.

## 7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

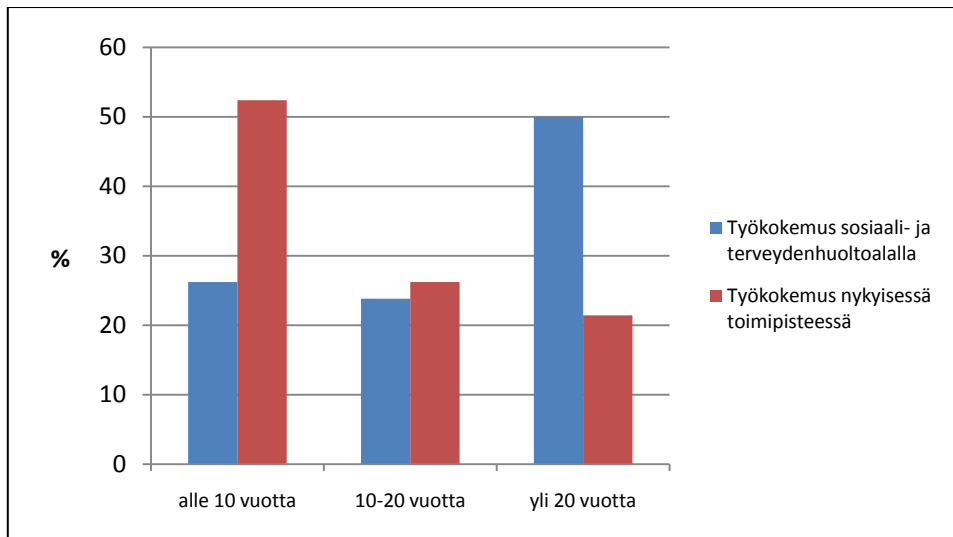
Opinnäytetyön kohderyhmänä oli erään eteläsuomalaisen sairaalan sisätautien – ja kirurgian osastojen hoitajat. Kyselylomakkeita jaettiin osastoille yhteensä 90 kappaletta, joista palautui 43 kappaletta. Näin vastausprosentiksi muodostui 47,7 %. Yhtään lomaketta ei hylätty, mutta joistakin lomakkeista puuttui yksittäisiä vastauksia. Jos yksittäisten kysymysten kohdalla vastausmäärä jäi alle 43, käytetään tulosten tarkastelussa n-lukua ilmoittamaan vastaajien määrää. Prosenttiluvut on tuloksissa pyöristetty lähimpään kokonaislukuun luottavuuden parantamiseksi (Heikkilä 2004, 149).

### 7.1. Vastaajien taustatiedot

Taustamuuttujissa selvitettiin vastaajien ikää, koulutusta (lähihoitaja/perushoitaja, sairaanhoitaja, muu terveydenhuollon koulutus), valmistumisvuotta, työkokemusta yleisesti sekä nykyisessä toimipisteessä ja lääkehoidon toteutukseen osallistumista. Kyselylomakkeessa ikää, viimeisintä valmistumisvuotta sekä työkokemusta kysyttiin avokysymyksillä, jotka analysointivaiheessa luokiteltiin kolmeen luokkaan. Ikä luokiteltiin niin, että alin luokka oli alle 40-vuotiaat ja ylin yli 50-vuotiaat. Viimeisen valmistumisvuoden mukaan luokitus alkaa ennen vuotta 1990 valmistuneista ja päättyy vuoden 2000 jälkeen valmistuneisiin. Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon sekä nykyisen toimipisteen kohdalla luokiteltiin niin, että alin ryhmä oli alle 10 vuotta ja ylin yli 20 vuotta työskennelleet.

Vastaajista 33 % oli lähihoitajia tai perushoitajia, 63 % sairaanhoitajia ja 5 % erikoissairanhoitajia. Vastanneiden hoitajien (n=38) ikä vaihteli 25–63 ikävuosien välillä ja vastanneiden keski-ikä oli 42,5 vuotta.

Vastaajat olivat valmistuneet viimeisimmästä koulutuksesta vuosien 1968–2009 välillä. Vastaajien (n=40) valmistumisvuoden keskiarvo oli 1994. Vastaajien (n=42) työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa vaihteli yhden ja 42 vuoden kokemuksen välillä. Keskimäärin työkokemusta sosiaali- ja terveydenhuollossa oli 19 vuotta. Puolella oli kokemusta sosiaali- terveysalan työstä yli 20 vuotta. Työkokemus (n=42) nykyisessä toimipisteessä vaihteli puolesta vuodesta 34 vuoteen ja keskimäärin nykyisessä toimipisteessä oli työskennelty yhdeksän vuotta. (Kuvio 1.)



Kuvio 1 Vastaajien työkokemus vuosina

Suurin osa hoitajista (79 %) osallistui lääkehoidon toteutukseen päivittäin. Vastaajista 16 % ilmoitti osallistuvansa viikoittain lääkehoidon toteutukseen ja sitä harvemmin 5 %. Vain yksi vastaaja kertoi, ettei osallistu potilaan lääkehoitoon lainkaan.

## 7.2. Lääkehoidon toteuttaminen

Lääkehoidon toteuttamisen kohdassa tarkasteltiin osastoilla toteutettavan lääkehoitoprosessin eri vaiheiden käytäntöjä. Näihin kuuluvat mm. se, miten hoitajat valmistelevat ja antavat lääkkeitä potilaille, miten lääkehoidon seuranta, arviointi ja potilaan ohjaus toteutuu sekä miten lääkehoidosta kirjataan ja raportoidaan.

Näiden osa-alueiden toteutumista vertailtiin laskemalla niistä summamuuttujat. Arvojen mukaan parhaiten toteutuva lääkehoitoprosessin vaihe oli lääkehoidon seuranta ja arviointi. Heikoimmin toteutui potilaan ohjaus. (Taulukko 1.) Vertailtaessa eri osa-alueita on huomioitava, että Cronbachin alfa-kerroin ei kaikkien osioiden kohdalla yltänyt yleisesti hyväksytyyn reliabiliteetin arvoon (0,7).

Taulukko 1 Lääkehoidon toteutuksen osa-alueet summamuuttujin.

Lääkehoidon osa-alue	Cronbachin alfa-kerroin	Summamuuttujan arvo
Suunnittelu ja toteutus	0,394	3,119
Seuranta ja arviointi	0,704	3,139
Potilaan ohjaus	0,788	2,968
Kirjaaminen ja raportointi	0,575	3,084



### 7.2.1. Lääkehoidon suunnittelu ja käytännön toteutus

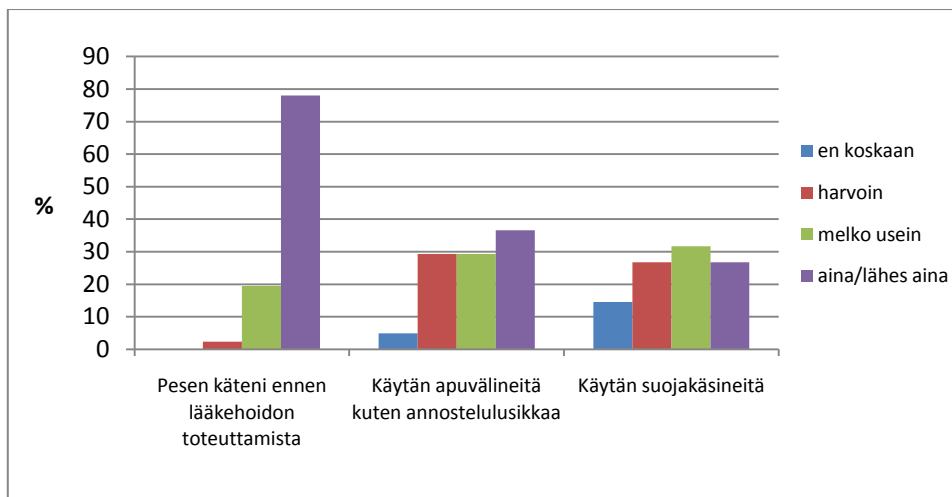
Hoitajilta selvitettiin lääkehoidon suunnittelun ja lääkkeiden valmistelun käytäntöjä. Vastausten mukaan hoitajat kirjaavat yleensä lääkemääräykset itse potilaspapereihin. Määräykset koetaan selkeiksi ja niiden perusteella lääkehoidon toteuttaminen onnistuu hyvin. Tieto potilaan lääkityksestä koettiin olevan melko hyvin saatavilla. Pääsääntöisesti hoitajat toimivat lääkkeiden valmistelun ajan aseptisesti ja käyttivät lääkitysturvallisuutta parantavia toimintatapoja.

Vastauksista kävi ilmi, että tutkituilla osastoilla hoitajat kirjaavat lääkärin antamat lääkemääräykset potilaan papereihin. Vastanneista hoitajista (n=38) 66 % kertoi, että lääkäri kirjaa itse määräyksensä potilaspapereihin vain harvoin ja 13 % ettei koskaan.

Lähes kaikki (98 %) vastaajat (n=40) olivat sitä mieltä, että lääkärin antamat lääkemääräykset ovat ainakin melko usein tai lähes aina selkeitä. 53 % vastaajista (n=40) koki myös saavansa melko usein lääkemääräyksistä kaiken tarvitsemansa tiedon potilaan lääkehoidon toteuttamiseen. Lähes aina tai aina tarvitsemansa tiedot sai 33 % hoitajista. Kuitenkin 15 % koki, että lääkemääräyksistä käy harvoin ilmi kaikki lääkehoidon toteuttamiseen tarvittava tieto ja hoitajan on täydennettävä itse puuttuvia tietoja.

Kaksi kolmasosaa vastanneista hoitajista (n=41) ilmoitti, että lääkkeiden jaon jälkeen toinen hoitaja tarkastaa lääkkeet. Noin kymmenen prosentin mielestä lääkkeiden kaksoistarkastus on käytössä vain harvoin ja lisäksi yksi hoitajista vastasi, ettei lääkkeitä tarkasteta koskaan.

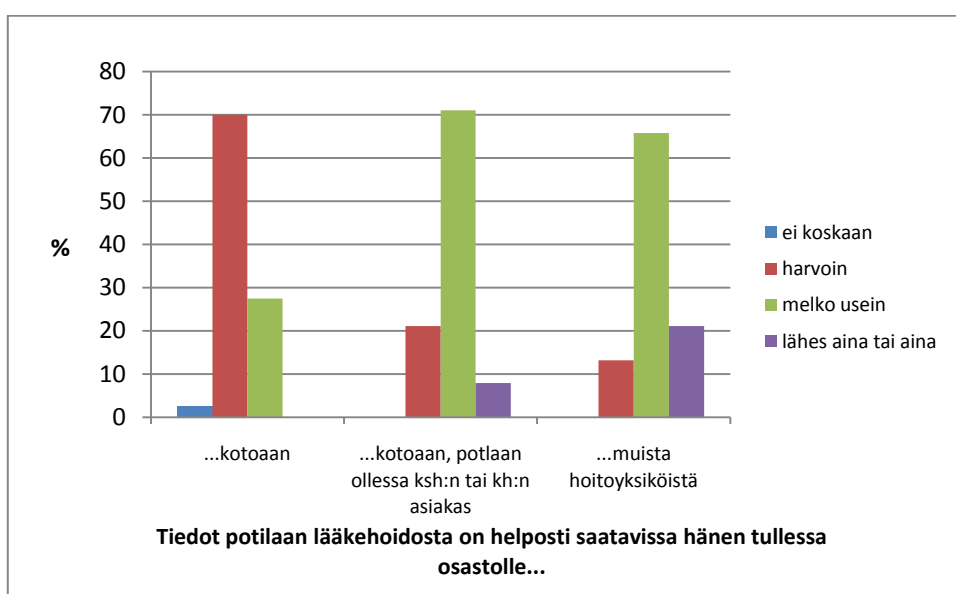
Vastanneista hoitajista (n=41) 78 % ilmoitti pesevänsä kätensä aina tai lähes aina ennen lääkehoidon toteuttamista. Suojakäsineitä ja apuvälineitä, kuten annostelulusikkaa, käytetään lääkkeidenjaossa hyvin. Suojakäsineitä ilmoitti vastaajista käyttävänsä 27 % aina tai lähes aina ja 32 % melko usein. Toisaalta 15 % kertoi, ettei käytä suojakäsineitä lääkkeitä jakaessaan lainkaan ja neljäsosa käyttää käsineitä vain harvoin. Apuvälineitä käytti 37 % vastaajista lähes aina tai aina. Melko usein ja harvoin apuvälineitä kertoi käyttävänsä yhtä moni eli noin kolmannes vastaajista. (Kuvio 2.) Verrattaessa suojakäsineiden ja apuvälineiden käyttöä toisiinsa, voidaan sanoa, että suurin osa vastaajista käyttää molempia. Monet hoitajista, jotka käyttivät harvoin suojakäsineitä, käyttivät lääkkeiden jaossa kuitenkin usein jotakin apuvälinettä kuten annostelulusikkaa. Huomattavaa oli, että kaksi vastaajista ei käyttänyt koskaan kumpaakaan aseptiikkaa parantavaa toimintatapaa. Apuvälineiden ja suojakäsineiden käytön välillä ei ollut kuitenkaan tilastollista merkitsevyyttä ( $p>0,05$ ). Lähes kaikki vastaajat (n=41) käsittelivät mielestään lääkkeitä yleisesti niin, että lääkevalmisteet säilyvät aseptisesti moitteettomana pakkauksesta ottamisesta potilaalle antamiseen asti.



Kuvio 2 Hoitajien aseptisten toimintatapojen käyttö lääkkeidenjaon yhteydessä

77 % vastaajista (n=39) kertoi harvoin murskaavansa tai puolittavansa lääkkeitä, joita ei pakkausselosteen mukaan saa puolittaa. Kuitenkin 13 % puolittaa tai murskaa lääkkeen vastoin ohjetta melko usein. 80 % hoitajista (n=40) ohjaa myös potilasta käyttämään oikein lääkkeitä, joita ei saa puolittaa tai murskata.

Vastaajista (n=40) yli 90 % oli sitä mieltä, että heillä on käytössään siisti ja ajantasainen lista potilaan lääkityksestä vähintään melko usein tai lähes aina lääkkeitä jakaessaan. Loput vastaajista olivat sitä mieltä, että lääkelista on ajantasainen ja siisti vain harvoin. Lääkelistan hyödynnettävyyteen vaikutti kyselyn mukaan paikka, josta potilas tulee hoitoon. Jopa 70 % hoitajista (n=40) kertoi, että kotoaan tulevan potilaan lääkitystä koskeva tieto on vain harvoin helposti saatavissa. Potilaan ollessa kotisairaanhoidon asiakas tai tullessa toisesta hoitoyksiköstä, vastanneista (n=38) hoitajista suurin osa koki potilaan lääkityksestä olevan yleensä helppo saada tietoa. (Kuvio 3.)



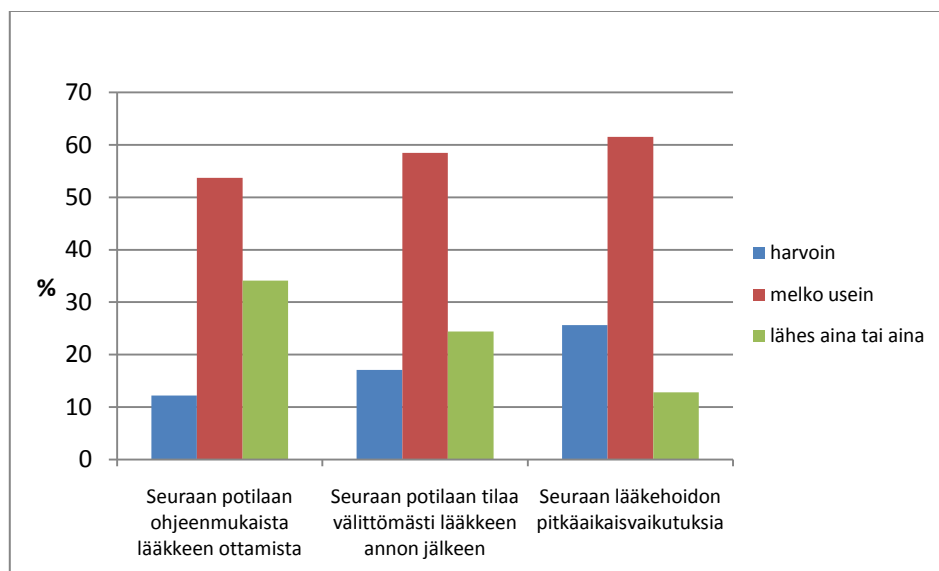
Kuvio 3 Hoitajien mielipiteitä tiedonsaannin helppoudesta potilaan lääkehoidosta

### 7.2.2. Lääkkeenanto sekä lääkehoidon seuranta ja arviointi

Vastaajilta selvitettiin miten he toimivat antaessaan lääkkeitä potilaalle ja millä tavalla lääkehoidon seuranta ja arviointi toteutuu. Kyselyn mukaan potilaan henkilöllisyys varmistetaan hyvin ja lääkkeen ottoa, potilaan tilaa sekä lääkehoidon vaikutuksia seurataan aktiivisesti. Lisäksi potilaan oma kokemus lääkehoidon vaikutuksesta otetaan huomioon hyvin ja potilaalle ohjataan myös lääkehoidon itsearviointia.

Kyselyyn vastanneista hoitajista (n=41) suurin osa (66 %) kertoi tarkistavansa potilaan henkilöllisyyden lähes aina tai aina lääkkeitä potilaalle antaessaan. 24 % tarkisti henkilöllisyyden melko usein. Kuitenkin lähes kymmenen prosenttia vastaajista ilmoitti tarkastavansa potilaan henkilöllisyyden vain harvoin.

Potilaan ohjeenmukaista lääkkeen ottamista seurasi melko usein 54 % ja aina tai lähes aina 34 % vastanneista (n=41). Harvoin potilaan lääkkeenottoa seurasi 12 % hoitajista. Potilaan tilaa välittömästi lääkkeen oton jälkeen seurasi vastaajista (n=41) suurin osa (83 %) melko usein tai sitä useammin. Myös lääkehoidon pitkäaikaisvaikutuksia seurasi suurin osa (74 %) vastaajista (n=39) melko usein, lähes aina tai aina. Neljäsosa kertoi, että seuraa hoidon pitkäaikaisvaikutuksia vain harvoin. (Kuvio 4.) Yli kaksi kolmasosaa vastanneista (n=40) tunnistaa mielestään melko usein potilaassa muutokset, jotka mahdollisesti johtuvat lääkehoidon vaikutuksista. Hoitajista 28 % tunnistaa lääkehoidon mahdollisesti aiheuttamat muutokset lähes aina tai aina.



Kuvio 4 Hoitajien toteuttama lääkehoidon seuranta

Reilu puolet (53 %) vastaajista (n=40) mahdollistaa potilaan osallistumisen lääkehoitoonsa opastamalla melko usein, miten potilas voi itse arvioida lääkehoidon vaikuttavuutta. Toisaalta hoitajista 35 % opastaa potilaalle lääkehoidon itsearviointia vain harvoin. Vastanneista hoitajista (n=40) potilaan oman kokemuksen lääkehoidon vaikutuksesta lääkehoidon arviointi-

nissa ottaa huomioon 68 % melko usein ja 25 % lähes aina tai aina. 8 % huomioi potilaan oman näkemyksen harvoin.

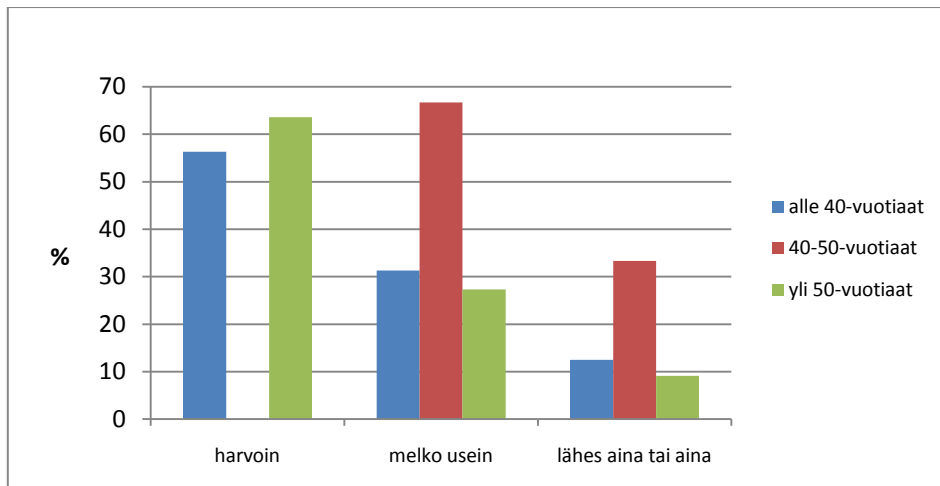
### 7.2.3. Potilaan ohjaus

Kyselylomakkeessa oli 15 kysymystä, jotka käsittelivät hoitajien potilaille antamaa lääkehoidon ohjausta. Kysymyksillä selvitettiin mm. sitä, miten hoitajat ohjaavat lääkkeiden käyttötarkoituksesta, vaikutuksista ja ottotavasta. Lisäksi kysyttiin kysymyksiä lääkehoidon seurantaan ja potilaan informointia koskien. Yleisesti hoitajat ohjasivat potilaita melko hyvin. Eri-tyisen hyvin toteutui lääkkeen ottoajankohdan ja -tavan ohjaus ja ohjauksen ymmärtämisen varmistaminen. Ainoastaan haitta- ja yhteisvaikutuksista kertominen potilaalle jäi vähemmälle.

Potilasohjaus lääkehoidossa koetaan tutkituilla osastoilla tärkeäksi. Vastanneista (n=41) 90 % mielestä potilasohjaus on tärkeää ja 7 % mielestä melko tärkeää. Yhden vastanneen mielestä lääkehoidon ohjaus potilaalle on vain jonkin verran tärkeää. Potilasohjaukseen käytettävissä olevan ajan kohdalla mielipiteet jakautuivat. Suurimmalla osalla (55 %) vastanneista (n=40) oli melko riittävästi aikaa, mutta vain yhdellä hoitajista oli mielestään riittävästi aikaa potilasohjaukseen. 43 % koki aikaa olevan melko vähän tai vähän.

Hoitajat kertovat potilaille useammin lääkkeiden käyttötarkoituksesta kuin haitta- tai yhteisvaikutuksista. Vastajista (n=40) kertoi potilaalle lääkkeen käyttötarkoituksen lähes aina tai aina 60 % ja melko usein 35 %. Suurin osa (90 %) kertasi melko usein tai lähes aina myös lääkkeen käyttötarkoituksen nähdessään potilaan käyttävän niitä väärin. Haittavaikutuksista potilaalle kertoi harvoin lähes puolet vastajista (n=41). Vain 15 % ilmoitti kertovansa haittavaikutuksista potilaalle lähes aina tai aina ja 37 % melko usein. Lääkkeiden yhteisvaikutuksista kerrottiin vieläkin harvemmin, sillä 75 % vastanneista (n=40) informoi potilaita niistä vain harvoin ja yksi ei informoinut potilaita lainkaan. Kuitenkin 20 % kertoi yhteisvaikutuksista melko usein. Lääkkeiden ja päihteiden yhteisvaikutuksista kertoo potilaille vastajista (n=40) noin puolet melko usein, 13 % lähes aina tai aina ja 35 % harvoin.

Pääsääntöisesti sairaanhoitajat kertovat lähi- ja perushoitajia useammin lääkehoidon käyttötarkoituksesta sekä haitta- ja yhteisvaikutuksista ( $p > 0.05$ ). Kaikki ikäluokat kertoivat potilaalle lääkkeiden käyttötarkoituksesta yhtä usein ( $p > 0.05$ ). 40–50-vuotiaat kertoivat muita useammin lääkkeiden haittavaikutuksista ( $p = 0.043$ ) (Kuvio 5) sekä lääkkeiden yhteisvaikutuksista ( $p = 0.033$ ).



Kuvio 5 Lääkehoidon haittavaikutuksista kertominen

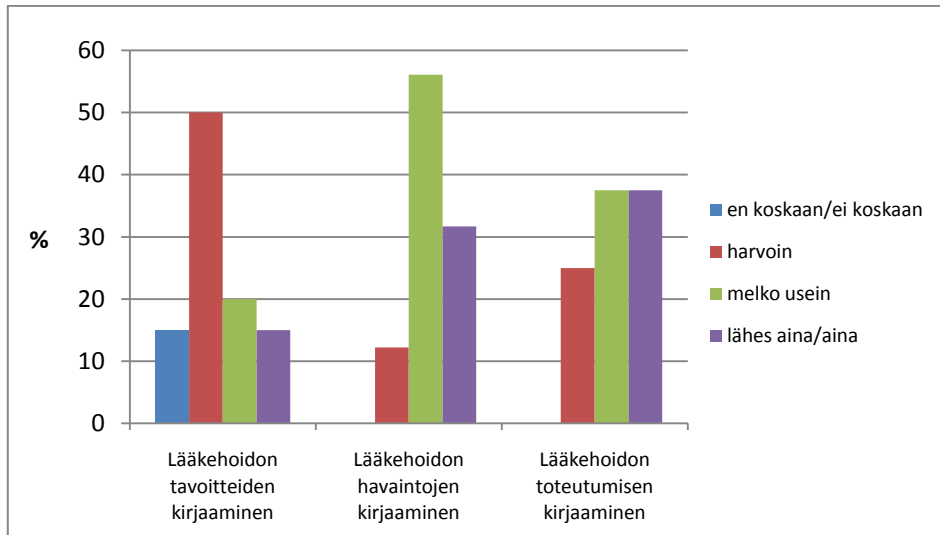
Kyselyn perusteella hoitajat ohjaavat potilaita hyvin lääkkeiden ottoajankohdasta ja ottotavasta. Suurin osa (88 %) vastaajista (n=40) ilmoitti ohjaavansa potilasta lääkkeiden ottoajankohdasta melko usein, lähes aina tai aina. Oikeasta ottotavasta potilasta ohjattiin myös paljon, koska vain kymmenen prosenttia ilmoitti ohjaavansa sitä vähemmän kuin melko usein. Esimerkiksi ravinnon vaikutuksista lääkehoitoon kertoi 59 % vastaajista (n=39) melko usein, lähes aina tai aina. Harvoin ravinnon vaikutuksista lääkehoitoon informoi 39 %. Potilaan lääkehoidon arvioinnissa käytetyistä tutkimuksista ja keinoista kerrottiin potilaalle pääasiassa hyvin, sillä vastaajista (n=40) 80 % kertoi niistä melko usein tai lähes aina ja viidesosa harvoin.

Vastaajista (n=40) lääkehoitoa potilaalle selvitti potilaan sitä erikseen kysymättä melko usein tai lähes aina 65 % ja harvoin 33 %. Vastanneista hoitajista (n=40) 70 % opasti usein potilasta kirjallisen lääkelistan käytössä. Hoitajat varmistavat hyvin, että potilaat ymmärtävät saamansa lääkehoidon ohjauksen. Hoitajista (n=40) ohjauksen ymmärtämisen varmisti lähes aina tai aina 40 %, melko usein 50 % ja harvoin 10 %.

#### 7.2.4. Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi

Lääkehoidon kirjaamista ja raportointia selvitettiin hoitajilta muutamalla kysymyksellä. Tulosten mukaan hoitajat kirjaavat useammin lääkehoidosta tekemistään havainnoista ja lääkehoidon toteutumisesta kuin lääkehoidon tavoitteista. Potilaspapereista ja suullisilla raporteilla saadaan yleisesti selkeä kuva potilaan lääkehoidosta.

Hoitajista (n=40) 50 % vastasi kirjaavansa potilaan lääkehoitoa koskevia tavoitteita vain harvoin ja jopa 15 % ei kirjaa niitä koskaan. Melko usein lääkehoidon tavoitteet kirjasi vastaajista 20 %. Lääkehoidon vaikutuksista kirjattiin useammin. Reilu puolet (56 %) vastanneista (n=41) kirjasi tekemänsä havainnot lääkehoidon vaikutuksista melko usein ja 32 % lähes aina tai aina. Vain harvoin havainnostaan kirjasi 12 %. Kolme neljäsosaa vastanneista hoitajista (n=40) kertoi kirjaavansa kuinka potilaan lääkehoito toteutui melko usein, lähes aina tai aina. Loput ilmoittivat kirjaavansa lääkehoidon toteutumisesta harvoin. (Kuvio 6.)



Kuvio 6 Hoitajien potilaan lääkehoidosta tekemä kirjaaminen

Alle 10 vuotta ja 10- 20 vuotta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskennelleistä suurin osa kirjasi lääkehoitoa koskevat tavoitteet vain harvoin. Yli 20 vuotta työskennelleiden kohdalla vastaukset jakaantuivat tasaisemmin eri vastausvaihtoehtojen kesken ( $p=0.052$ ). Havaintojen kirjaamiseen ei vaikuttanut työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa ( $p>0.05$ ). Yli 20 vuotta alalla työskennelleistä suurempi osa kirjasi lääkehoidon toteutumisesta lähes aina tai aina verrattuna niihin, joilla on vähemmän työkokemusta ( $p>0.05$ ).

Osaston kirjaamiskäytäntöjä pidetään pääasiassa toimivina. Vastaajista ( $n=41$ ) lähes kaksi kolmasosaa oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä, että lääkemuutosten kirjaamiskäytäntö on työyksikössä toimiva. Kuitenkin 32 % on asiasta jokseenkin eri mieltä ja kaksi vastaajaa täysin eri mieltä. Vastanneista hoitajista ( $n=40$ ) lähes kaikki (95 %) koki työyksikössä olevan selkeästi määritelty paikat, joihin hoitaja kirjaa potilaan lääkehoidossa tapahtuvat muutokset.

Hoitajat pystyvät muodostamaan selkeän kuvan potilaan lääkehoidosta sekä raportilla että potilasapereita tutkimalla. Vastaajista ( $n=41$ ) 78 % kertoi, että sai selkeän kuvan potilaan lääkehoidosta suullisella raportilla melko usein ja 22 % lähes aina tai aina. Potilasapereista potilaan lääkehoidosta selvä kuva muodostuu lähes puolelle (48 %) hoitajista lähes aina tai aina. Loput vastaajista kertoivat saaneensa selvän kuvan melko usein.

### 7.3. Lääkehoidon turvallisuus

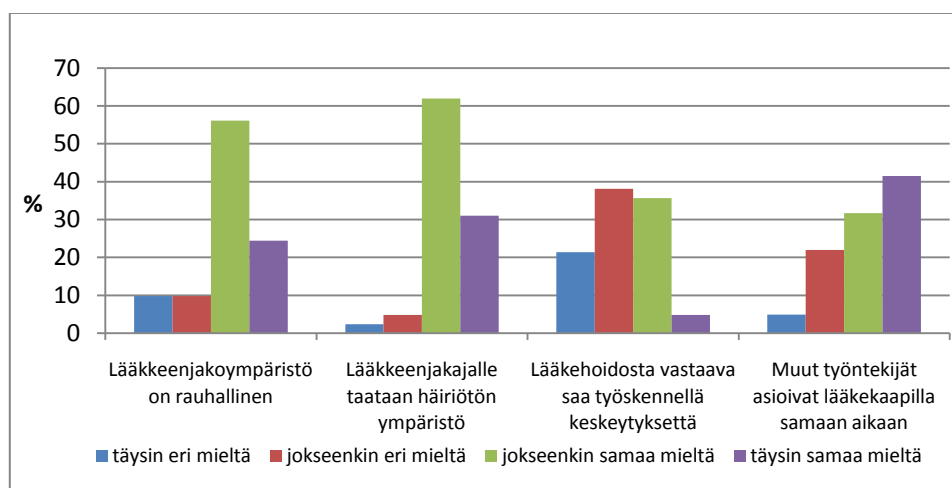
Lääkehoidon turvallisuus kohdassa selvitettiin turvallisuutta tutkituilla osastoilla edistäviä ja estäviä tekijöitä. Lisäksi tarkasteltiin lääkehoidossa ilmeneviä vaaratapahtumia ja niiden raportointikäytäntöjä sekä hoitohenkilöstön yhteistyötä lääkehoidon toteuttamisen kannalta.

### 7.3.1. Lääkehoidon turvallisuuteen yhteydessä olevat tekijät

Hoitajilta kysyttiin lääkehoitoprosessin turvallisuuteen yhteydessä olevista tekijöistä. Kysymykset koskivat mm. lääkehoitoon käytössä olevan ajan riittävyttä, rauhallisen lääkkeenjakoympäristön toteutumista ja lääkkeiden jaon vastuu- ja osaamisasioita.

Suurin osa (46 %) vastaajista (n=41) kertoi, että on jokseenkin eri mieltä siitä, että lääkehoidon toteuttamiseen on riittävästi aikaa. Kuitenkin 39 % vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä ajan riittävydestä ja 12 % täysin samaa mieltä.

Reilu puolet (56 %) vastaajista (n=41) oli jokseenkin samaa mieltä, että lääkkeidenjakoympäristö on rauhallinen. Täysin samaa mieltä ympäristön rauhallisuudesta oli noin neljännes hoitajista. Kuitenkin 10 % oli sekä jokseenkin eri mieltä että täysin eri mieltä työympäristön rauhallisuudesta. Lääkkeitä jakavalle hoitajalle pyritään vastaajien (n=41) mielestä myös takaamaan häiriötön työympäristö, sillä 62 % oli asiasta jokseenkin samaa mieltä ja 31 % täysin samaa mieltä. Silti vastaajien (n=42) mukaan lääkehoidosta vastaava hoitaja ei saa aina työskennellä keskeytyksettä, sillä 60 % on täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Vain kaksi hoitajista oli täysin samaa mieltä, että lääkehoidosta vastaava saa työskennellä keskeytyksettä. 73 % hoitajista vastasi (n=41), että lääkekaapilla asioi usein muitakin työntekijöitä samanaikaisesti lääkkeidenjakovuorossa olevan hoitajan kanssa. (Kuvio 7.) Suurin osa (72 %) hoitajista (n=42) koki, että lääkekierrolla oleva hoitaja ei saa myöskään aina työskennellä kierrosta keskeytyksettä ja ilman häiriötekijöitä.



Kuvio 7 Hoitajien mielipiteitä lääkkeenjakoympäristöstä

Vastaajista (n=40) lähes kaikki (95 %) kokivat osaavansa enteraalisten lääkeaineiden valmistelun ja annostelun potilaskohtaisiin annoksiin. Hoitajista (n=41) 71 % on täysin samaa mieltä siitä, että toimii lääkehoidossa osaamisensa rajoissa ja 17 % oli asiasta jokseenkin samaa mieltä. Kuitenkin 12 % oli toimimisesta osaamisensa rajoissa jokseenkin, tai täysin eri mieltä. Lisäksi hoitajien mielestä vastuu lääkkeiden oikeista annoksista ei ole ainoastaan lääkkeet jakaneella hoitajalla, sillä 88 % vastanneista hoitajista (n=42) oli jokseenkin tai täysin eri mieltä vastuun olevan vain lääke-

keenjakajalla. Loput (12 %) kokivat, että ainoastaan lääkkeenjakaaja on vastuussa potilaskohtaisten lääkeannosten oikeellisuudesta.

Hoitajista (n=42) 95 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä, että lääkkeet säilytetään siististi ja selkeässä järjestyksessä osaston lääkekaapissa. Kaksi vastanneista oli asiasta jokseenkin eri mieltä. Lääkkeiden muuttuvien kauppanimien kanssa ajan tasalla pysyminen koettiin hankalaksi. 62 % vastaajista (n=42) oli täysin tai jokseenkin eri mieltä siitä, että pysyy ajan tasalla lääkkeiden kauppanimien muuttumisessa, mutta kuitenkin 36 % oli asiasta jokseenkin samaa mieltä.

### 7.3.2. Lääkehoidon vaaratapahtumat ja niiden raportointi

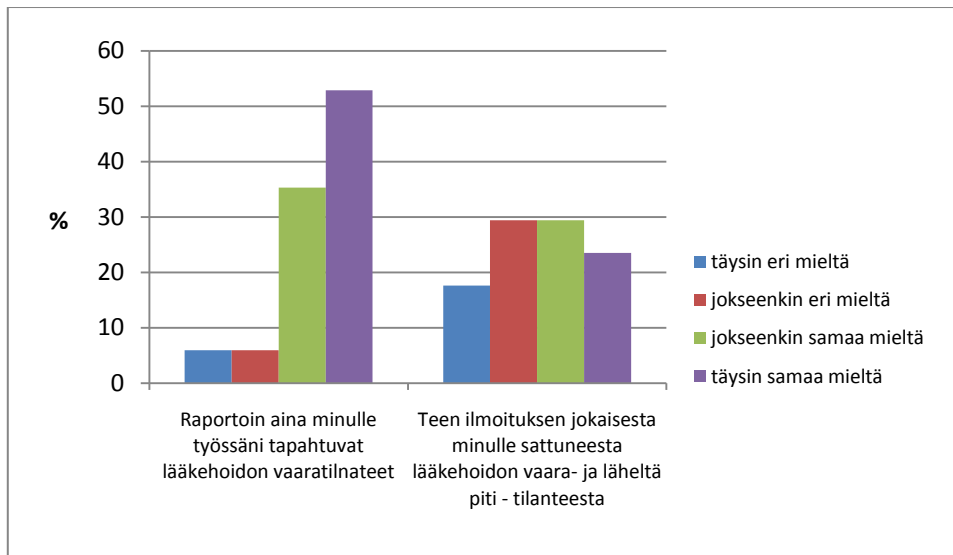
Kyselylomakkeessa kartoitettiin lääkehoidon vaaratapahtumiin liittyviä asioita yhdeksällä kysymyksellä. Nämä kysymykset olivat vaaratapahtumien yleisyydestä sekä niiden raportointi- ja käsittelykäytännöistä.

Vastanneista hoitajista (n=41) kaikki ilmoittivat tietävänsä, mitkä lääkehoidon virheet voivat aiheuttaa potilaalle vaaratilanteen. 73 % kertoi olevansa asiasta täysin samaa mieltä ja 27 % jokseenkin samaa mieltä. Vastanneet hoitajat (n=40) kertoivat, että osastolla keskustellaan lääkehoidon ongelmatilanteista. 93 % oli tästä samaa mieltä ja 8 % eri mieltä. Kysyttäessä lääkehoidossa sattuneista vaaratilanteista, vastanneista (n=40) 70 % kertoi, ettei ole toiminnallaan aiheuttanut potilaalle vaaratilannetta. Näin ollen vain 30 %:lle hoitajista oli sattunut lääkehoidossa tilanne, joka on aiheuttanut potilaalle vaaratilanteen.

Muihin vaaratapahtumia koskeviin kysymyksiin ohjeistettiin vastaamaan vain niitä, joille oli lääkehoidossa sattunut vaaratapahtuma. Tästä huolimatta osa niistä, joille vaaratapahtumaa ei ollut sattunut vastasi kuitenkin ko. kysymyksiin ja myös nämä vastaukset huomioitiin aineiston analysoinnissa.

Vastanneista hoitajista (n=17) 53 % oli täysin samaa mieltä ja 35 % jokseenkin samaa mieltä, että raportoi aina itselleen työssä sattuneet lääkehoidon vaaratilanteet. Noin kymmenesosa oli täysin tai jokseenkin eri mieltä. Kuitenkin kysyttäessä tekeekö hoitajat ilmoituksen jokaisesta lääkehoidosta tapahtuneesta vaara- ja läheltä piti -tilanteesta mielipiteet jakautuivat. Vastanneista (n=17) 18 % oli täysin eri mieltä asiasta ja 29 % jokseenkin eri mieltä. Edelliseen kysymykseen verrattuna ainoastaan 24 % oli jokaisen vaara- ja läheltä piti -tilanteen ilmoittamisesta täysin samaa mieltä ja 29 % jokseenkin samaa mieltä. (Kuvio 8.)





Kuvio 8 Hoitajien vaaratilanteiden raportointi

Suurin osa vastaajista (n=16) koki vaaratilanteiden raportointitavan olevan selkeä, sillä puolet oli asiasta jokseenkin samaa mieltä ja 25 % täysin samaa mieltä. Vain neljäsosa vastaajista oli raportointitavan selkeydestä jokseenkin eri mieltä. 93 % hoitajista (n=17) oli sitä mieltä, että osaa tehdä ilmoituksen tapahtuneesta vaaratilanteesta. Vain yksi vastaaja oli täysin eri mieltä osaamisestaan tehdä ilmoitus sattuneesta vaaratapahtumasta.

Hoitajista (n=17) 88 % oli täysin samaa mieltä ja 12 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että tietää, miksi lääkehoidossa tapahtuvista vaaratilanteista raportoidaan. Kaikki vastaajat (n=16) kokivat myös vaaratapahtumien raportoinnista olevan hyötyä.

### 7.3.3. Hoitohenkilöstön yhteistyö

Kyselylomakkeessa oli kysymyksiä myös lääkehoitoon osallistuvien tahojen yhteistyöstä. Kysymyksillä selvitettiin mm. kuinka usein hoitajat käyttävät lääkäri- ja hoitajakonsultaatiota lääkehoitoa toteuttaessaan ja kuinka potilaan lääkehoidon jatkuvuus taataan.

Hoitajat konsultoivat lääkäriä tulosten mukaan usein potilaan lääkehoidosta. 95 % vastanneista (n=38) konsultoi lääkäriä melko usein, lähes aina tai aina ollessaan epätietoinen potilaalle määrätystä lääkkeestä. Kaksi hoitajaa konsultoi lääkäriä tässä yhteydessä harvoin. Huomatessaan potilaan lääkehoidossa ongelmia, hoitajat konsultoivat lääkäriä myös paljon, sillä 66 % konsultoi lääkäriä lähes aina tai aina ja 26 % melko usein. Potilaan lääkehoidosta keskustelu koetaan lääkärin kanssa helpoksi. 90 % vastaajista (n=39) kertoi keskustelun olevan helppoa melko usein, lähes aina tai aina. Noin kymmenesosan mielestä se oli vain harvoin helppoa. Lähes kaikki (98 %) vastaajista (n=40) kertoi käyttävänsä usein ns. hoitajakonsultaatiota tarvittaessaan lisätietoa potilaan lääkehoidosta.

Lääkehoidon jatkuminen taataan antamalla potilaalle selkeä ja ajantasainen lääkelista hoidon päätyttyä 70 %:n mielestä aina tai lähes aina ja 30

%:n mielestä melko usein. Potilaalle annetaan vastanneiden hoitajien (n=40) mielestä myös hyvin tarvittavat tiedot lääkähoidosta potilaan hoidon päättyessä, sillä 73 % oli sitä mieltä, että tarvittava tieto annetaan lähes aina tai aina ja 27 % mielestä melko usein.

#### 7.4. Lääkehoitoprosessin kehittämiskohteet tutkituilla osastoilla

Kyselyyn vastanneista hoitajista 21 eli lähes puolet vastasi kyselylomakkeen lopussa olevaan avoimeen kysymykseen, jolla kartoitettiin hoitajien mielipiteitä osaston enteraalisen lääkehoitoprosessin kehittämistarpeista. Kehittämistarpeet on luokiteltu opinnäytetyössä olevien aihealueiden mukaan. Kahdeksi pääluokaksi saatiin lääkehoidon toteuttaminen ja lääkehoidon turvallisuus. Lääkehoidon toteuttamisen alaluokiksi muodostui toteutus, seuranta, ohjaus ja kirjaaminen. Lääkehoidon turvallisuuden alaluokiksi muodostui turvallisuuteen liittyvät tekijät ja yhteistyö. Alaluokat sisältävät kohdeosastojen kehittämistarpeet vastanneiden näkökulmasta. (Taulukko 2.) Kehittämisehdotukset on esitetty tekstissä alla esitetyn taulukon mukaisessa järjestyksessä.

Taulukko 2 Tutkittujen osastojen kehittämistarpeet luokiteltuina.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Lääkehoidon toteuttaminen	Toteutus	Yhteisvaikutusten huomioiminen ja lisätiedon tarve
		Lääkemääräysten toteutettavuus
	Seuranta	Lääkkeenoton tarkempi seuranta
	Ohjaus	Potilaan ohjaaminen uudesta lääkkeestä
		Kotiuttamispalaveri
	Kirjaaminen	Lääkehoidon kirjaamiskäytäntöjen selkeyttäminen
Lääkelistojen ajantasaisuus ja niiden päivittäminen		
Lääkehoidon turvallisuus	Turvallisuuteen liittyvät tekijät	Työrauha ja työn keskeytyksättömyys
		Ajan riittävyys
		Huolellisuus
		Aseptiikka
	Yhteistyö	Osastofarmasian käyttö
		Työntekijöiden keskinäinen luottamus

Lääkehoidon toteuttamisen kannalta vastauksissa korostui lääkelistojen ajantasaistamisen, kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen sekä lääkkeiden yhteisvaikutusten huomioimisen tarve. Lisäksi korostettiin potilaan lääkehoidon seurannan ja ohjauksen kehittämistä.

Vastanneiden mielestä lääkkeiden yhteisvaikutuksiin pitäisi kiinnittää enemmän huomiota. He toivoivat yhteisvaikutuksista lisää tietoa. Lisäksi kaivattiin interaktiomuistutusten huomioimista ja niihin puuttumista nykyistä useammin. Hoitajat toivoivat, että lääkemääräykset olisi alunperinkin toteutettavia, esimerkiksi määrätystä lääkkeestä olisi oltava juuri sille potilaalle sopiva valmiste.

*”Lääkkeiden yhteisvaikutuksia ei huomioida. Hoitaja laittaa lääkkeet potilastietojärjestelmän lääkelehdelle, jolloin ”interaktiot” kohta hyppää esiin, mutta lääkäri ei ole sitä näkemässä.”*

*”Lääkäri määrää lääkkeen, käytössä ei kuitenkaan sopivaa malmistetta, esim. syöttöletkupotilaat (lääkkeiden murskaaminen, kapselien avaaminen).”*

Vastanneet hoitajat toivoivat, että potilaan lääkkeenottoa seurattaisiin nykyistä paremmin. Vastanneiden mielestä potilaalle tulisi antaa ohjeita uuden lääkkeen käytöstä hyvissä ajoin jo potilaan ollessa osastolla. Lisäksi kotiutumisen yhteyteen ajateltiin olevan hyödyllistä järjestää potilaan, lääkärin ja sairaanhoitajan kesken yhteinen palaveri potilaan lääkehoidosta.

*”Potilaalle kirjallinen ohje uuden lääkkeen käytöstä jo osastolla ollessa.”*

*”Kotiuttamistilanteessa lääkäri ja sairaanhoitaja potilaan luokse vielä palaveriin koskien potilaan lääkelistaa ja -hoitoa”*

Vastanneiden hoitajien mukaan lääkemutokset kirjataan liian moneen paikkaan, jolloin virhealttius lisääntyy. Vastauksista kävi myös ilmi, että lääkelistojen ajan tasalla pitämisessä on vaikeuksia. Hoitajat toivoivat, että lääkärit tarkistaisivat lääkelistojen oikeellisuuden ja päivittäisivät ne ajantasaiseksi. Lisäksi vastauksista kävi ilmi, että osastoilla olisi tarvetta kirjaamiskäytäntöjen selkeyttämiseksi. Erityisesti kotoa hoitoon tulevan potilaan lääkehoidosta tarvittavan tiedon saanti koettiin hoitajien keskuudessa haasteelliseksi.

*”Läkelistojen ajan tasalla pitäminen, turhan moneen paikkaan tehdään muutokset, jolloin virheiden määrä lisääntyy kun lääkkeet päivitetään koneelle mutta ei potilaan papereihin.”*

*”Selkeyttä kirjaamiseen ja usein myös puuttuu lääkelistalta kuinka monta kertaa lääkettä annostellaan.”*

Läkehoidon turvallisuutta hoitajat toivoivat kehitettävän työympäristön parannuksilla ja lisääjällä läkehoidon toteuttamiseen. Lisäksi korostettiin huolellisuuden ja aseptisten työtapojen merkitystä turvallisuuden kannalta. Myös osastofarmasian käyttö mietitytti hoitajia.

Vastausten mukaan lääkkeenjakejalle pitäisi taata nykyistä paremmin työrauha. Hoitajat toivoivat, että lääkkeenjakeja saisi työskennellä keskeytyk-

settä ja lääkkeidenjakoympäristö olisi muutoinkin rauhallinen. Lisäksi lääkkeenjako koettiin tarvittavan lisää aikaa. Lääkehoidon turvallisuuden takaamiseksi pöydälle jätettyjen lääkkeiden ottoajankohta tulisi myös ilmetä selkeämmin.

*”Taata keskeytyksetön lääkkeiden jako tarjottimelle (rauhallinen ympäristö)”*

*”Usein iltavuoro kiireinen...lääkkeiden jakoa ei pysty rauhassa ja ajan kanssa tekemään.”*

Hoitajat korostivat huolellisuuden merkitystä lääkehoitoprosessin aikana. Lääkehoidossa tapahtuvien virheiden mahdollisuutta vähennettäisiin esimerkiksi sillä, että potilaan vaihtaessa vuodepaikkaa, muistetaan muutokset päivittää myös lääkelistaan ja dosettiin. Myös aseptiikassa koettiin olevan parantamisen varaa.

*”Aseptiikka puutteellista. Liikaa toimitaan paljain käsin.”*

Osastofarmasian käytöstä oltiin kahta mieltä. Toisaalta sen käyttöä toivottiin lisää ja hoitajien mielestä farmaseuttia voitaisiin hyödyntää esimerkiksi potilasohjauksessa. Toisaalta vastauksista kävi ilmi, että hoitajat ajattelivat osastofarmasian lisäämisen heikentävän heidän omia lääkehoitotaitojaan ja farmasian lisäämisen sijaan toivottiin osaston oman henkilökunnan lisäämistä. Tärkeänä lääkehoidon onnistumisen kannalta pidettiin, että hoitohenkilökunnan välillä vallitsee keskinäinen luottamus ja tasa-arvo.

*”Osastofarmasian käyttäminen mm. potilaan ohjauksessa! ja lääkkeen jaossa enemmän.”*

*”Lääkkeiden jaon toteuttaminen ulkopuolisen henkilön voimin ei ok, oikea tapa lisätä henkilökuntaa; että saadaan tehdä lääkkeidenjakoa omassa modulissa. Tuntemus/näppituntuma säilyy.”*

*”Vanhat sairaanhoitajat ei luota uusiin hoitajiin! Osastolla paljon parantamisen varaa.”*

## 8 POHDINTA

### 8.1. Opinnäytetyön luotettavuus

Hoitotieteellisen tutkimuksen keskeisiä käsitteitä on luotettavuus. Tutkimuksen luotettavuutta on käsiteltävä sekä mittarin että aineiston keruun ja saatujen tulosten kannalta. Luotettavuutta tarkastellaan reliabiliteetilla ja validiteetilla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206.)

Tutkimuksen reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta ja tutkimuksen ja siinä käytettävän mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Heikkilä 2004, 187; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152. ) Reliabelin tutkimuksen tulee olla toistettavissa

muiden tutkijoiden toimesta samankaltaisissa tutkimusolosuhteissa niin, että saadut tulokset ovat myös samat. Tutkimuksessa käytetyn mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin pysyvyytenä, vastaavuutena ja sisäisenä johdonmukaisuutena. Mittarin reliabiliteettia voidaan parantaa esimerkiksi esitestauksella, tutkimusjoukon hyvällä ohjauksella ja pyrkimällä minimoimaan kohteesta johtuvat virhetekijät kuten väsymys, kiire, kysymysten paljous, ymmärrettävyys sekä niiden järjestys. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 209–210.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on erityisen tärkeää mittarin luotettavuus, sillä tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetty mittari. Mittarin validiteettia voidaan arvioida monelta eri kannalta, joita ovat sisältö-, käsite- sekä kriteerivaliditeetti. Mittarin on oltava tarkka, täsmällinen ja mitattava juuri haluttua asiaa. Mittarin validiteettia lisää, jos teoreettiset käsitteet on onnistuttu operationalisoimaan luotettavasti eli muuttamaan käsite konkreettiseksi ja mitattavaan muotoon sekä kehittämään niille mittaamenetelmä. Luotettava mittari pohjautuu kokonaisuudessaan aikaisempaan teorian tietoon. Mittarin esitestaamisella on suuri rooli mittarin validiteetin arvioinnissa ja esitestaaminen on erityisen tärkeää, kun käytetään uutta ja tutkimusta varten laadittua mittaria. Testauksen avulla tutkija voi varmistaa mittarin toimivuuden, loogisuuden, ymmärrettävyyden ja helppokäyttöisyyden. Mittarilla saatujen tulosten on vastattava todellisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–155; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206–209.)

Opinnäytetyötä varten laadittu kyselylomake on tehty teorian tietoon ja ko. asiasta tehtyihin aikaisempiin tutkimuksiin pohjautuen. Kyselylomakkeen tekoa varten valmistettiin teorian tiedon pohjalta runko, jonka ajateltiin kuvaavan osastoilla toteutettavaa enteraalista lääkehoitoprosessia. Tämän jälkeen tutkittavien osastojen osastotunneilla käytiin läpi tehtyä runkoa ja osastojen lääkehoitoa pääpiirteissään. Lisäksi hoitajilta kysyttiin mielipidettä siihen, mihin työssä heidän mielestään olisi tärkeä kiinnittää huomiota. Tällä pyrittiin siihen, että kysely vastaisi mahdollisimman hyvin osastojen tarpeita ja työstä saatua tietoa voitaisiin hyödyntää.

Varsinaisen mittarin laadintaan käytettiin runsaasti aikaa, jolloin mittaria pyrittiin kehittämään mahdollisimman luotettavaksi ja tutkittavaa asiaa mittaavaksi. Jokaisen kysymyksen tarpeellisuutta mietittiin tarkkaan ja lomakkeesta pyrittiin tekemään selkeä ja ymmärrettävä kokonaisuus. Laaditun kyselylomakkeen luotettavuutta ja toimivuutta testattiin varsinaista tutkimusotosta vastaavalla pienemmällä vastaajajoukolla. Esitestauksessa siihen osallistuneilta hoitajilta pyydettiin parannus- ja kehittämissuhteita, joiden avulla lomakkeen selkeyttä vielä parannettiin varsinaista tutkimusta varten.

Syntyneen kyselylomakkeen koetaan kartoittaneen haluttua asiaa laajasti ja useasta näkökulmasta. Lomaketta olisi mahdollisesti pitänyt jopa tiivistää, sillä sen pituus on saattanut vaikuttaa alentavasti vastausprosenttiin. Tulosten analysoinnin yhteydessä huomattiin myös, että kyselylomakkeen loogisuutta olisi voinut vielä parantaa, mutta toisaalta asian ei uskota vaikuttaneen negatiivisesti tutkimuksen tuloksiin. Kyselylomake oli kokonai-

suudessaan kuitenkin toimiva ja onnistunut siihen nähden, että sen laatijat tekivät tämän kaltaista työtä ensimmäistä kertaa.

Tutkimuksen validiteetti eli pätevyys kuvaa sitä, onnistutaanko tutkimuksessa mittaamaan juuri sitä mitä oli tarkoitus mitata. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimus tuottaa tietoa asetetuista tutkimusongelmista ja vastaa niihin. Sisäiseen validiteettiin vaikuttavat mm. tutkimukseen valitun otoksen edustavuus, perusjoukon määrittely ja vastausprosentti. (Heikkilä 2004, 186.) Myös ulkoisen validiteetin arviointikohteena on otoksen ja kadon suhde. Ulkoinen validiteetti kuvaa myös miten hyvin tutkimuksesta saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152). Ulkoisesti validissa tutkimuksessa tuloksista saadaan samanlaiset vaikka niiden analysoija vaihtuisi (Heikkilä 2004, 186). Validiteetin uhkiin kuuluu mm. Hawthornen efekti, tutkijavaikutus ja valikoituminen. Tutkittava voi muuttaa käyttäytymistään tietäessään olevansa tutkittavana tai tutkijan oma näkemys saattaa vaikuttaa esimerkiksi tutkimustuloksiin. Valikoituminen puolestaan tarkoittaa sitä, että vain ns. hyvät vastaajat ovat tavalla tai toisella seuloituneet mukaan tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 156–158.)

Opinnäytetyöstä saadut tulokset vastaavat työn alussa asetettuihin tutkimusongelmiin. Tuloksissa käy ilmi, miten enteraalinen lääkehoito toteutuu tutkituilla osastoilla, mitkä tekijät vaikuttavat lääkehoidon turvallisuuteen ja miten hoitajat kehittäisivät lääkehoitoa. Tutkimustulosten todenmukaisuuteen on saattanut kuitenkin vaikuttaa se, että hoitajat tiesivät olevansa tutkittavina. Vastaajat ovat voineet vastata kysymyksiin niin kuin olettavat olevan oikein.

Tässä työssä tutkimuksen perusjoukon muodosti kolmen tutkittavan osaston hoitajat. Perusjoukon koosta ei saatu tarkkaa tietoa, joten sen määrittely jäi työn tekijöiden päättelyn varaan. Yhteistyöorganisaatiosta saatiin arvio, että yhdellä osastolla olisi noin 30 hoitajaa, jonka perusteella päätettiin osastoille viedä yhteensä 90 kyselylomaketta. Kyselyyn vastanneet hoitajat osallistuvat potilaan lääkehoitoon usein ja näin ollen voidaan olettaa, että he tietävät tutkitusta asiasta eli lääkehoidon toteuttamisesta tutkituilla osastoilla. Sitä, valikoituivatko tutkimukseen osallistujat ei voida tarkasti selvittää, mutta kysymyksiin saatiin laajasti erilaisia vastauksia ja näkemyksiä, joten sen perusteella voidaan päätellä, että kyselyyn ei ollut valikoitunut vain tietynlaiset vastaajat. Vastausprosentti jäi odotettua pienemmäksi, mutta siitä huolimatta uskotaan, että saadut tulokset kuvaavat hyvin tutkittujen osastojen enteraalisen lääkehoidon toteuttamista. Näiden seikkojen myötä otoksen oletetaan olleen edustava. Opinnäytetyöstä saadut tulokset voidaan hyödyntää tutkituilla osastoilla niin kuin alun perin oli tarkoituskin, mutta ei kuitenkaan voida yleistää sen laajemmin osastoon pienuuden vuoksi.

Kyselylomakkeista saatuja vastauksia käsitteli koko ajan kaksi työn tekijää, joilla oli sama näkemys tulosten analysoinnista ja saaduista tuloksista. Koska vastauksissa ei koettu olevan tulkinnan varaa, ajatellaan kyselylomakkeen ja saatujen tulosten olevan luotettavia ja pysyviä. Myös tutkijan

vaikutus on vähentynyt kahden tekijän myötä, sillä työtä ei ole katsottu vain yhdestä näkökulmasta vaan näkökantoja on jouduttu pohtimaan ja yhdistelemään.

## 8.2. Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyö tulee hoitotieteellisen tutkimuksen tavoin toteuttaa asianmukaisesti ja tutkimusetiikka koko prosessin ajan huomioiden. Tutkimustyön eettisiin kysymyksiin on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota niissä teiteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa, kuten hoitotieteessä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–27.)

Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään: tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan sekä tutkimustulosten raportointiin liittyviin seikkoihin. Tutkimuksen tulee olla tarpeellinen ja käyttökelpoinen. Lisäksi tutkimuksen hyötyä ja haittaa on verrattava keskenään, sillä tutkimuksesta saatavan hyödyn tulee olla huomattavasti suurempi kuin haitan. Eettisyyden kannalta on keskeistä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja se on mahdollista keskeyttää missä tahansa prosessin vaiheessa tutkittavan niin halutessa. Tutkimukseen on pyydettävä lupa yhteistyöorganisaatiolta sekä siihen osallistuvilta henkilöiltä. Osallistuvien on saatava riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Tutkimusaineistoa on säilytettävä tietosuojan vaatimalla tavalla. Tutkimuksen tulokset tulee raportoida avoimesti ja rehellisesti, mutta samalla on kiinnitettävä erityistä huomiota osallistujien anonymiteetin säilyttämiseen. Raportoinnissa on tuotava esiin tutkimuksessa käytetyt menetelmät ja toimintatavat heikkouksineenkin eikä tuloksia saa väärennellä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–26; Paunonen ym. 1997, 27–31.) Raportissa on esitettävä kaikki merkittävät tulokset ja johtopäätökset eikä pidä rajoittua vain toimeksiantajan kannalta edullisiin tuloksiin (Heikkilä 2004, 31).

Tätä työtä tehdessä on pyritty kaikin tavoin ottamaan huomioon edellä mainitut tieteelliselle tutkimukselle asetetut eettiset ohjeet. Opinnäytetyön on lähtöisin työelämän tarpeista ja on sen vuoksi hyödynnettävissä kohdeosastoilla. Kyselylomakkeisiin vastatessaan hoitajat joutuivat pohtimaan omaa työskentelyään, mutta aihe ei kuitenkaan ollut kovin sensitiivinen. Hoitajat vastasivat kyselylomakkeeseen työajallaan, joten vastausaika oli pois potilastyöstä. Vastaamiseen kului kuitenkin vain noin kymmenen minuuttia ja työstä saadut tulokset voidaan käyttää potilasturvallisuuden lisäämiseen osastojen lääkehoidossa. Näiden seikkojen myötä voidaan katsoa, että opinnäytetyöstä on ollut enemmän hyötyä kuin haittaa.

Ennen työn toteuttamista osastoja informoitiin tulevasta opinnäytetyöstä ja organisaatiolta saatiin lupa työn toteuttamiseen. Kyselylomakkeiden ohessa olleessa saatekirjeessä kerrottiin vielä työn tarkoituksesta ja tavoitteesta ja lisäksi painotettiin, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastaamisen ajateltiin olevan tietoinen suostumus osallistumisesta.

Tutkimukseen osallistujien anonymiteetti säilytettiin koko tutkimusprosessin ajan. Vastaaminen tapahtui nimettömästi ja tuloksia raportoidessa on huolehdittu, että yksittäisen vastaajan henkilöllisyyttä ei pystytä tunnistamaan.

maan. Lomakkeita käsiteltiin ja säilytettiin niin, että vain työn tekijät pääsivät niihin käsiksi ja lisäksi ne hävitettiin asianmukaisesti polttamalla työn valmistuttua.

Opinnäytetyön raportissa on tuotu tarkasti esiin työn eri vaiheet ja käytetyt toimintatavat sekä -menetelmät. Tulosten raportointi on tehty avoimesti väärentelemättä saatuja vastauksia. Tuloksissa on tuotu esiin myös kielteiset tulokset, joiden mukaan osastojen lääkehoidon toteuttamisessa olisi parannettavaa.

### 8.3. Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää enteraaliseen lääkehoidon toteuttamista tutkituilla osastoilla. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitajien näkemyksistä lääkehoidon toteutumisesta ja siitä miten enteraalista lääkehoitoa voitaisiin kehittää. Työllä saatiin tietoa myös siitä, mitkä tekijät edistävät tai estävät turvallisen lääkehoitoprosessin toteutumista.

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan tutkituilla osastoilla toteutettu lääkehoito on pääsääntöisesti turvallista. Toimintatavat ovat tarkoituksenmukaisia ja hoitajat pyrkivät työssään ottamaan huomioon potilaan turvallisuuden. Lääkehoidon suunnittelu, toteutus, seuranta, arviointi ja kirjaaminen tapahtuvat kattavasti ja lääkehoidon luonteen vaatimalla tavalla. Vaaratapahtumia oli hoitajille sattunut lääkehoidossa hyvin vähän.

#### 8.3.1. Lääkehoidon toteuttaminen

##### *Lääkehoidon suunnittelu ja käytännön toteutus*

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan hoitajat kirjaavat yleensä lääkärin tekemät lääkemääräykset potilaspapereihin. He myös kokevat lääkemääräyksiä olevan selkeitä ja saavansa niistä kaiken tarvitsemansa tiedon potilaan lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen. Aikaisempien tutkimusten mukaan lääkemääräyspoikkeamia, jotka vaarantavat lääkehoidon turvallisuuden, tapahtuu suhteellisen paljon (Armutlu ym. 2008; Mustajoki 2005; Suikkanen 2008; Veräjänkorva 2003). Määräämispoikkeamat saattavat liittyä Suikkasen (2008) mukaan esimerkiksi määräysten sisältöön tai antotapaan. Lääkemääräykset ovat joko vajaita tai ne tulkitaan väärin. Suullisesti annettu lääkemääräys lisää epäselvyyksien ja virheiden riskiä. Veräjänkorvan (2003) tutkimuksen mukaan lääkemääräysten antamisen selkeyttä tulisi lisätä, sillä se lisää potilasturvallisuutta lääkehoidossa.

Hoitajat kokivat tulosten mukaan, että potilaiden lääkehoidosta on yleisesti helppo saada tietoa lääkehoidon toteuttamiseksi. Vaikeinta tietoa potilaan lääkehoidosta oli saada silloin, kun potilas tulee hoitoon kotoaan. Tutkimusten mukaan asiakkaan siirtyminen kotoaan hoitoyksikköön tai yksiköstä toiseen ovat riskialttiita tilanteita turvallisen lääkehoidon toteuttamisen kannalta, sillä tiedonkulku on silloin vaarassa katketa (Määttä 2009; Suikkanen 2008).



Veräjänkorvan (2003) mukaan hoitajien lääkkeiden käsittelytaidot ovat tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella keskimäärin hyvät. Hoitajien lääkkeiden käsittelytaitojen osaaminen korostui muihin taitoihin nähden. Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan hoitajat käyttävät hyvin aseptiikkaa parantavia toimintatapoja lääkehoitoa toteuttaessaan ja lääkkeitä käsitellessään. Näitä olivat käsienpesu ennen lääkehoidon toteuttamista ja suojakäsineiden sekä apuvälineiden käyttö toteuttamisen yhteydessä. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet kokivat myös osaavansa enteraalisten lääkeaineiden valmistelun ja annostelun potilaskohtaisiin annoksiin. Silti aikaisempien tutkimusten (Määttä 2009; Sipola- Kauppi 2009) tavoin, osa hoitajista ilmoitti kyselyssä puolittavansa tai murskaavansa lääkkeitä, joille ei näin pitäisi tehdä.

Lääkkeiden jako- ja annostelutilanne on tutkimusten mukaan yksi riskialtteimmista lääkehoitoprosessin vaiheista (Jones 2009; Kankkunen ym. 2007; Määttä 2009; Suikkanen 2008; Veräjänkorva 2003). Suikkasen (2008) tutkimuksessa lääkkeenjako virhe oli erittäin tyypillinen ja usein väärät lääkkeet saattoivat mennä potilaalle asti hoitajan huomaamatta. Potilasturvallisuutta tässä prosessin vaiheessa voitaisiin parantaa esimerkiksi kaksoistarkastusta käyttämällä (Jones 2009; Sipola- Kauppi 2009). Opinnäytetyössä tutkituilla osastoilla kaksoistarkastusta käytettiin usein.

### *Lääkkeenanto sekä lääkehoidon seuranta ja arviointi*

Vastanneet hoitajat tarkistavat työn tulosten mukaan melko hyvin potilaan henkilöllisyyden ennen lääkkeen antoa potilaalle. Jonesin (2009) mukaan potilaan henkilöllisyys tarkistetaan myös melko hyvin, vaikka vain 57 % tarkistaa sen aina. Potilaan identifiointi on erityisen tärkeää potilaan turvallisuuden kannalta. (Jones 2009; Määttä 2009; Suikkanen 2008). Suikkasen (2008) ja Määttän (2009) tutkimuksissa lääkkeenanto oli lääkehoitoprosessissa vaihe, jossa tapahtui eniten poikkeamia.

Tässä työssä hoitajat kokivat hallitsevansa lääkehoidon aiheuttamien muutosten tunnistamisen ja he seurasivat aktiivisesti sekä lääkkeiden ottoa että potilaan tilaa välittömästi lääkkeiden oton jälkeen. Myös lääkkeiden pitkäaikaisvaikutuksia seurattiin melko hyvin. Muissa tutkimuksissa hoitajat ovat kokeneet taitonsa lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnissa puutteelliseksi (Ernvall ym. 2008; Veräjänkorva 2003). Ernvallin ym. (2008) mukaan hoitajien lääkehoidon seurantataidot olivat kuitenkin hyvät. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat opastivat potilaita melko usein arvioimaan itse lääkehoitoaan ja ottivat hyvin huomioon potilaan oman kokemuksen lääkehoidon vaikutuksista.

### *Potilaan ohjaus*

Tulosten perusteella hoitajat kokivat potilaan ohjaamisen lääkehoidossa tärkeäksi. Lääkehoidon ohjaus on myös aiempien tutkimusten mukaan tärkeä osa potilaan lääkehoitoa (Määttä 2009; Veräjänkorva 2003). Hyvän ohjauksen myötä potilas ymmärtää ja tiedostaa oman lääkehoidonsa ja tä-

mä parantaa potilaan lääkehoitoon sitoutumista ja hoidon turvallisuutta. (Sipola- Kauppi 2009; Veräjänkorva 2003.) Noin puolet vastanneista tunsi kuitenkin, että lääkehoidon ohjaamiseen ei ole käytettävissä riittävästi aikaa.

Vastanneet ohjasivat potilaita hyvin käyttötarkoituksesta sekä ottoajasta ja -tavasta. Hoitajat selvittivät lääkehoitoa potilaalle melko usein myös potilaan sitä erikseen pyytämättä. Lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista ohjattiin vähemmän. Puiravan (2007) mukaan lääkkeiden yhteisvaikutusten löytäminen on yksi haasteellisimmista osista lääkehoidossa. Tämän perusteella voidaan ajatella, että myös yhteisvaikutuksista ohjaaminen on hankalaa. Opinnäytetyöhön vastanneet hoitajat varmistivat usein, että potilas on ymmärtänyt lääkehoidosta saamansa ohjauksen.

Veräjänkorvan (2003) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajien taidot ohjata potilaita lääkehoidossa ovat keskimäärin hyvät, vaikkakin ne ovat muihin taitoihin nähden heikommat. Opinnäytetyön tuloksien perusteella tutkittujen hoitajien antama ohjaus oli myös melko kattavaa ja hyvää heidän itsensä mielestä.

### *Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi*

Tämän työn tulosten mukaan hoitajat dokumentoivat melko hyvin potilaan lääkehoitoa. Lääkehoidon vaikutuksista, hoidosta tehdyistä havainnoista ja toteutuksesta kirjataan usein kun taas lääkehoidon tavoitteita kirjattiin harvemmin. Aikaisempiin tutkimuksiin nähden nyt saadut tulokset ovat eräviä, sillä niiden mukaan lääkehoidossa tapahtuvista poikkeamista suuri osa tapahtuu juuri kirjaamisen puutteellisuuden tai epäselvyyden vuoksi (Mustaajoki 2005; Suikkanen 2008). Myös Veräjänkorvan (2003) tutkimuksen mukaan lääkehoidon kirjaamista tulisi parantaa. Erityisesti tutkimuksessa korostui lääkehoidon toteuttamisen riittämätön kirjaaminen (Veräjänkorva 2003).

Suurimman osan kyselyyn vastanneiden mielestä toimipaikan kirjaamiskäytännöt ovat toimivia. Kuitenkin lähes kolmasosa näki niissä puutteita. Lähes kaikki vastaajat kokivat, että osastolla on selkeästi määritellyt paikat, joihin tulee kirjata potilaan lääkehoidossa tapahtuneet muutokset. Myös potilaan lääkelistan koettiin useimmiten olevan siisti ja selkeä. Suikkasen (2008) tutkimuksen mukaan lääkemääräysten ja -muutosten kopioiminen moneen paikkaan lisää riskiä lääkityspoikkeamille. Tulkinanvaraiset, epäselvät tai vanhat merkinnät potilaspapereissa tai lääkelistoissa ovat myös riski poikkeamien syntymiselle (Määttä 2009; Sipola-Kauppi 2009; Suikkanen 2008). Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaspapereihin on selkeästi kirjattu potilaan lääkehoito ja hoitajien on helppo muodostaa potilaspapereista ja raportilta saamansa tiedon perusteella ymmärrettävä kuva potilaan lääkehoidosta.

### 8.3.2. Lääkehoidon turvallisuus

#### *Lääkehoidon turvallisuuteen yhteydessä olevat tekijät*

Aikaisempien tutkimusten mukaan lääkehoidossa esiintyy useita tekijöitä, jotka saattavat estää tai edistää lääkehoidon turvallisuuden toteutumista. Turvallisuutta vähentää tutkimusten mukaan mm. kiireinen työtahti, riittämätön henkilökunta, liian pitkät työpäivät, stressi, kokemattomuus, riittämätön perehdytys ja huono työilmapiiri. Lisäksi lääkehoitotilojen puutteet, hoitajien työn keskeytykset, uusien lääkevalmisteiden suuri määrä ja nimien muuttuminen vaikuttavat negatiivisesti lääkehoidon turvallisuuteen. (Dillström 2007; Jones 2009; Kankkunen ym. 2007; Mustajoki 2005; Määttä 2009; Pasternack 2006; Sipola- Kauppi 2009; Suikkanen 2008.)

Opinnäytetyössä hoitajista lähes puolet koki, että heillä ei ole riittävästi aikaa potilaan lääkehoidon toteuttamiseen. Suurin osa vastaajista koki, että lääkkeenjako- ja ympäristö on rauhallinen ja hoitajat myös pyrkivät takaamaan häiriöttömän ympäristön työtovereilleen. Kuitenkin yli puolet vastasi, että lääkehoitoa toteuttava ei saa työskennellä keskeytyksettä ja lääkekaapilla asioi muita samaan aikaan. Lähes kaikkien hoitajien mielestä lääkekaappi on toimipaikassa siisti ja selkeässä järjestyksessä. Aikaisempien tutkimusten (Sipola- Kauppi 2009; Suikkanen 2008) tavoin vastaajat kokivat hankalaksi lääkevalmisteiden suuren määrän ja kaupanimien muuttumisen generisten valmisteiden myötä.

Veräjänkorvan (2003) mukaan työntekijän ikä, työkokemus hoitajana ja kokemus samassa toimipisteessä paransivat lääkehoitotaitoja. Tässä työssä nämä taustamuuttujat eivät vaikuttaneet huomattavasti enteraalisten lääkeaineiden valmistelun hallitsemiseen tai osaamisen rajoissa toimimiseen. Veräjänkorva ym. (2006) ovat todenneet hoitajien olevan työssään hyvin vastuuntuntoisia ja hoitajien arviot omasta osaamisestaan ovat yleensä luotettavia.

#### *Lääkehoidon vaaratapahtumat ja niiden raportointi*

Tässä työssä 30 % hoitajista ilmoitti, että on aiheuttanut potilaalle lääkehoidossa vaaratilanteen. Kaikki vastaajat kertoivat tietävänsä mitkä lääkehoidon virheet voivat aiheuttaa potilaalle vaaratilanteen. Veräjänkorvan (2003) tutkimuksen mukaan hoitajien taitoja lääkehoidon turvallisuuden uhkaavien tekijöiden tunnistamiseksi ja raportoimiseksi tulisi kuitenkin lisätä. Lääkehoidon riskitekijöitä ja ns. läheltä piti -tilanteita ei tutkimuksen mukaan tunnisteta tarpeeksi. Hoitajat eivät ole myöskään mielestään toiminnallaan aiheuttaneet potilaille vaaratilanteita lääkehoidossa. (Veräjänkorva 2003.)

Lähes kaikki vastanneista ilmoittivat raportoivansa aina tapahtuneesta vaaratilanteesta. Kuitenkin noin puolet vastaajista kertoi, ettei tee ilmoitusta jokaisesta tapahtuneesta vaaratilanteesta. Virheiden ja läheltä piti -tilanteiden raportointi on Veräjänkorvan (2003) mukaan epäsystemaattista

ja sattumanvaraista. Kankkusen ym. (2007) tutkimuksessa virheilmoitusten tekemättä jättämiseen suurin syy oli kiireestä johtuva unohtaminen.

Kaikki opinnäytetyön kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat tietävänsä miksi vaaratapahtumista raportoidaan ja ajattelivat raportoinnista olevan hyötyä. Vaaratilanteiden raportointikäytäntöjen selkeyteen suurin osa vastaajista oli myös tyytyväisiä tässä työssä. Kankkunen ym. (2007) saivat edellä mainituissa asioissa eriäviä tuloksia, sillä esimerkiksi sairaanhoitajista viidennes ei tiennyt millaisista asioista olisi raportoitava ja ilmoituksia jätettiin tekemättä, koska niiden myötä ei toimintatapojen koettu parantuvan. Sipola- Kaupin (2009) tutkimuksessa hoitajan arvio haitan vakavuudesta vaikutti myös ilmoituksen tekemiseen tai tekemättä jättämiseen, eikä usein tapahtuvia läheltä piti -tilanteita välttämättä raportoitu.

Opinnäytetyössä yli 90 % hoitajista koki, että lääkehoidon ongelmatilanteista keskustellaan omassa työyhteisössä usein. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on vaaratapahtumien käsittelyn katsottu olevan melko hyvää, sillä virheistä on puhuttu avoimessa ilmapiirissä ja niistä on pyritty oppimaan (Kankkunen ym. 2007). Sipola- Kaupin (2009) tutkimuksessa lääkevirheet aiheuttivat hoitajissa huolen, pelon ja kauhun tunteita, joita helpotti keskustelu asiasta kollegan kanssa. Virheet tai läheltä piti -tilanteet sekä niihin liittyvät tunteet muistetaan pitkään ja hoitohenkilökunta pyrkii välttämään samankaltaisten virheiden syntymistä.

#### *Hoitohenkilöstön yhteistyö*

Tämän työn tulosten mukaan vastanneet hoitajat hyödynsivät usein kollegoidensa asiantuntemusta tarvitessaan lisätietoa potilaan lääkehoidosta. Lääkäriltä kysyttiin usein neuvoa epäselvissä tilanteissa ja lisäksi lääkäriä informoitiin sekä konsultoitiin potilaan lääkehoidon ongelmatilanteissa. Ollessaan epätietoisia potilaan lääkehoidosta hoitajat konsultoivat myös usein toisiaan. Yhteistyön koettiin olevan melko helppoa. Sujuva moniammatillinen yhteistyö lisää lääkehoidon turvallisuutta. Tämän vuoksi tiimityön merkitystä tulee korostaa ja yhteisiä työtapoja kehittää. (McBride-Henry & Foureur 2006; Määttä 2009; Suikkanen 2008; Veräjänkorva 2003.) Dillströmin (2007) mukaan hoitajat pitävät moniammatillista yhteistyötä tärkeänä. Suikkasen (2008) tutkimuksessa todettiin, että huonosti toimiva tiedonkulku ja kommunikaatio eri ammattiryhmien välillä altistaa lääkityspoikkeamille.

#### 8.3.3. Lääkehoitoprosessin kehittämiskohteet tutkituilla osastoilla

Hoitajat toivat esiin erilaisia toimintayksikkönsä enteraalisen lääkehoitoprosessin kehittämiskohteita. Kirjaamiskäytäntöjen muutostarve oli keskeinen. Lääkemuutokset kirjataan moneen paikkaan ja listojen ajan tasalla pitäminen on hankalaa, jolloin virhealttius lisääntyy. Suikkasen (2008) mukaan systemaattisen kirjaamistavan puute ja lääkemerkintöjen teko useaan eri paikkaan saattaa johtaa siihen, että potilaan lääkitys on erilainen eri dokumenteissa. Tämä lisää lääkehoidon vaaratapahtumien riskiä. (Suikkanen 2008.)

Toinen tärkeä kehittämiskohde oli hoitajien mielestä lääkkeenjakoympäristö. Hoitajat toivoivat, että ympäristöstä karsittaisiin tekijöitä, jotka heikentävät työntekijöiden mahdollisuutta toteuttaa lääkehoitoa mahdollisimman turvallisesti. Tällaisia tekijöitä olivat mm. työrauhan puute, keskeytykset ja kiire. Näkemys on samankaltainen aiheesta aiemmin saatujen tutkimustulosten kanssa. Niiden mukaan hoitohenkilökunta toteuttaa lääkehoitoa ympäristössä, jossa on monesti paljon vaaratapahtumiin johtavia tai myötävaikuttavia tekijöitä. (Dillström 2007; Jones 2009; Kankkunen ym. 2007; Mustajoki 2005; Määttä 2009; Pasternack 2006.)

Hoitohenkilökunnan yhteistyössä olisi vastaajien mukaan parannettavaa. Vastauksissa toivottiin mm. työntekijöiden keskinäisen kunnioituksen lisääntymistä. Hoitohenkilöstön saumaton yhteistyö on erittäin tärkeää potilasturvallisuuden kannalta (McBride-Henry & Foureur 2006). Veräjänkorvan (2003) mukaan moniammatillista yhteistyötä erityisesti lääkehoidossa tulisi kehittää. Samassa tutkimuksessa todettiin, että hoitajat eivät erityisemmin hyödynnä esimerkiksi farmasian henkilöstön asiantuntemusta (Veräjänkorva 2003). Jotkut vastanneista hoitajista ehdottivat, että farmaseutin osaamista voitaisiin nyt tutkituilla osastoilla käyttää esimerkiksi potilasohjauksessa.

Potilasohjauksen muita kehittämisideoita olivat ns. kotiutuspalaverit ja ohjauksen varhainen aloittaminen sekä systemaattinen jatkaminen koko hoitajakson ajan. Näillä keinoilla voitaisiin parantaa potilaan lääkehoitoon sitoutumista sekä hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta (Veräjänkorva 2003). Lisäksi vastaajat olisivat parantaneet lääkehoidon turvallisuutta lisäämällä potilaan seuranta ja interaktioihin puuttumalla. Osastoilla oli käytössä yhteisvaikutuksista ilmoittava ohjelma, mutta lääkäri ei ollut kirjaamishetkellä näkemässä koneen varoitusta eikä hoitaja yksin välttämättä osannut tai voinut puuttua interaktioihin. Sipola- Kaupin (2009) mukaan joskus yhteisvaikutuksia katsotaan jopa tietoisesti läpi sormien puuttumatta asiaan.

Vastanneiden hoitajien mielestä huolellisuuden ja aseptiikan merkitystä pitäisi lääkehoidon toteutuksessa entisestään korostaa. Myös Suikkasen (2007) tutkimuksessa hoitajat toivat esiin, että huolellisuuden ja tarkkaavaisuuden lisääminen kaikissa lääkehoidon prosessin vaiheissa on tärkeää lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisyn kannalta. (Suikkanen 2008.)

#### 8.4. Opinnäytetyön hyödynnettävyys, johtopäätökset ja jatkotutkimusideat

Läákehoidon toteuttaminen on merkittävä osa päivittäistä hoitotyötä ja siksi sitä tulisi kehittää jatkuvasti sekä tutkia lisää. Tässä opinnäytetyössä selvitettiin kohdeosastojen hoitajien enteraalisen lääkehoidon toteuttamisesta ja asiasta saatiin runsaasti tietoa. Tuloksien perusteella voidaan kohdeosastojen lääkehoidon prosessia kehittää yksiköiden puutteiden ja kehittämistarpeiden mukaan.

Työn tulosten perusteella voidaan esittää seuraavia johtopäätöksiä. Lääkehoidon turvallisuutta vaarantaviin tekijöihin, kuten kiireeseen ja rauhattomaan työympäristöön tulisi pyrkiä puuttumaan. Lisäksi vaaratapahtumien

raportointia pitäisi entisestään parantaa. Kirjaamiskäytäntöjen selkeyttä voitaisiin myös lisätä. Myös lääkehoidon ohjausta ja seurantaan voisi vastauksen perusteella olla hyödyllistä ainakin joiltakin osin tehostaa. Hoitajien mukaan huolellisuuden ja tarkkuuden merkitystä lääkehoidon toteutuksessa olisi vielä entisestään korostettava.

Jatkossa voitaisiin toistaa kysely ja verrata siitä saatuja tuloksia tästä opinnäytetyöstä saatuihin vastauksiin. Näin nähtäisiin ovatko osastojen hoitajat perehtyneet enteraalisen lääkehoidon toteuttamisessa niihin asioihin, joissa kokivat epäkohtia. Mielekäs jatkotutkimusidea voisi olla myös saman tutkimuksen toistaminen niin, että tutkittaisiinkin enteraalisen lääkehoidon sijasta parenteraalisen lääkehoidon toteutumista. Mielenkiintoista olisi selvittää lisäksi asiakkaiden kokemus hoitajien toteuttamasta lääkehoidosta ja sen onnistumisesta sekä kokevatko he esim. lääkehoidon ohjaamisen tarpeitaan vastaavaksi.

Tuloksia tarkastellessa on muistettava, että vastaukset ovat hoitajien näkemyksiä oman työyksikön toiminnasta ja lisäksi otoskoko oli melko pieni. Tästä johtuen opinnäytetyön tuloksia ei voida yleistää laajemmin, mutta niitä voidaan hyödyntää kohdeosastojen lääkehoidon toteutusta kehitettäessä.

## LÄHTEET

- Airaksinen, M. & Dahlström, A. 2005. Hoitaja potilaan lääkehoidon toteuttajana. Teoksessa Airaksinen, M. (toim.) *Hoitona lääke*. Helsinki: Edita Prima oy, 16–35.
- Armutlu, M., Foley, M-L., Surette, J., Belzile, E. & McCusker, J. Survey of nursing perceptions of medication administration practices, perceived sources of errors and reporting behaviours. *Healthcare Quarterly* 11/2008, 58–65.
- Dillström, J. 2007. Sairaanhoidajien tiedot ja taidot näyttöön perustuvassa lääkehoidossa kirurgian ja sisätautien vuodeosastoilla. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Erikoissairaanhoitolaki nro 1062/1989. 1.12.1989. Saatavilla [www.muodossa: www.finlex.fi](http://www.muodossa: www.finlex.fi)
- Ernvall, S., Saarikoski, M. & Veräjänkorva, O. 2008. Lääkehoito-osaaminen ennen ja jälkeen täydennyskoulutuksen. Teoksessa Veräjänkorva, O. (toim.) *Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa*. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Tampereen yliopistopaino Oy, 37–45.
- Grandell-Niemi, H. 2005. The medication calculation skills of nursing students and nurses. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hughes, R. G. & Ortiz, E. 2005. Medication errors: Why they happen, and how they can be prevented. *American Journal of Nursing* 105, 14–24.
- Hukkanen E. & Vallimies-Patomäki M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveystieteen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005:21.
- Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2004. Hoitamisen taito 1. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Jones, S. W. 2009. Reducing medication administration errors in nursing practice. *Nursing Standard* 50, 40–46.
- Kankkunen, P., Koivunen, E. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. *Tutkiva Hoitotyö* 3/2007, 10–15.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kansanterveyslaki nro 66/1972. 28.1.1972. Saatavilla [www-muodossa: www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Kivistö, K. & Neuvonen, P. J. 2007. Farmakologia ja toksikologia. Kuopio: Gummerus kirjapaino Oy.

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 89–96.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus –tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja–Sjuksköterska 10/2006, 6–9.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden huoltohenkilökunnan käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18/2006, 4–13.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista nro 785/1992. 17.8.1992. Saatavilla [www-muodossa: www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä nro 559/1994. 28.6.1994. Saatavilla [www-muodossa: www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Lääkeasetus nro 693/1987. 24.7.1987. Saatavilla [www-muodossa: www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Lääkelaki nro 395/1987. 10.4.1987. Saatavilla [www-muodossa: www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

McBride-Henry, K. & Foureur, M. 2007. A secondary care nursing perspective on medication administration safety. *Journal of Advanced Nursing*, 60/2007, 58–66.

Mustajoki, P. 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy. Peijaksen sairaalaprojekti. *Suomen lääkirlehti* 23/2005, 2623–2625.

Määttä, H. 2009. Turvallisen lääkehoidon toteutuminen ikääntyneiden koti- ja laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Pro gradu- tutkielma.

Nurminen, M-L. 2001. Lääkehoito. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Ojala, E. 2005. Lääkemuodot ja lääkkeiden antotavat. Teoksessa Airaksinen M. (toim.) Hoitona lääke. Helsinki: Edita Prima oy, 62–89.

Paltau, H. & Veräjänkorva, O. 2008. Lääkehoito-osaamisen kehittämishanke. Teoksessa Veräjänkorva, O. (toim.) Sairaanhoitajien lääkehoito-



osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Tampereen yliopistopaino Oy, 17–21.

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

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Pelkonen, R. 2003. Viisas oppii virheistä. *Duodecim* 119, 281–283.

Pietikäinen, E., Ruuhilehto, K. & Heikkilä, J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen- opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Tutkimusraportti. Saatavilla [www-muodossa: http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas\\_terveydenhuolto-organisaatioiden\\_vaaratapahtumista\\_oppimiseksi.pdf](http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto-organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf)

Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu- tutkielma.

Potilasvahinkolaki nro 585/1986. 25.7.1986. Saatavilla [www-muodossa: www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Puirava, A. 2007. Sairaanhoidajan lääkehoidon osaamisen varmistaminen. *Poliklinikka* 2/2007, 13–14.

Sipola-Kauppi, I. 2009. ”Apua, minäkö tein virheen?” Sairaanhoidajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista nro 298/2009. 30.3.2009. Saatavilla [www-muodossa: www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28/2006. Helsinki: Valopaino Oy.

Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Suomen farmasialiitto & Tehy ry. 2003. Tehokkuutta ja turvallisuutta lääkehoitoon. Osastofarmasian työryhmän raportti. Helsinki.

Torniainen, K. 2008. Lääkehoito yliopistosairaalassa. Teoksessa Veräjänkorva, O. (toim.) Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaala-

lassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Tampereen yliopistopaino Oy, 22–24.

Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoidtajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopiston julkaisuja. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Turku: Painosalama Oy.

Veräjänkorva, O. 2008. Sairaanhoidtajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Tampereen yliopistopaino Oy.

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

Veräjänkorva, O., Pyyhtiä, A. & Lahtonen, P. 2001. Lääkehoidon hyvä hallinta on potilasturvallisuutta. Sairaanhoidtaja- Sjuksköterska 9/2001, 8–11.

Ympäristöterveys. 2002. Tutkimustulosten tulkinta. Kuopion yliopisto. Koulutus- ja kehittämiskeskus. Saatavilla www-muodossa:  
[http://www.uku.fi/avoin/ymp\\_terveys/oppimateriaali/tutkimus/tutkim5\\_tulkinta.html](http://www.uku.fi/avoin/ymp_terveys/oppimateriaali/tutkimus/tutkim5_tulkinta.html)

## Kysely enteraalisen eli ruuansulatuskanavan kautta annosteltavan lääkehoidon toteutuksesta.

Ole hyvä ja ympyröi yksi vaihtoehto jokaisesta kysymyksestä tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

### Taustatiedot

1. Ikä \_\_\_\_\_ Vastaajien (n=43) keski-ikä 42,5 vuotta

2. Koulutukseni (viimeisin)

- |                             |      |      |
|-----------------------------|------|------|
| 1) lähihoitaja/perushoitaja | n=14 | 33 % |
| 2) sairaanhoitaja           | n=27 | 63 % |
| 3) muu, mikä: _____         | n=2  | 5 %  |

3. Valmistumisvuoteni (viimeisin)\_\_\_\_\_. Keskiarvo 1994 (n=40)

4. Työkokemukseni sosiaali- ja terveydenhuollossa? \_\_\_\_\_ vuotta.  
Keskiarvo 19 vuotta (n=42)

5. Työkokemukseni nykyisessä toimipisteessä? \_\_\_\_\_ vuotta.  
Keskiarvo 9 vuotta (n=42)

6. Osallistun lääkehoidon toteutukseen...

- |                                |      |      |
|--------------------------------|------|------|
| 1) päivittäin                  | n=34 | 79 % |
| 2) viikoittain                 | n=7  | 16 % |
| 3) kerran kahdessa viikossa    | n=1  | 2 %  |
| 4) en osallistu lainkaan       | n=1  | 2 %  |
| 5) muu vaihtoehto, mikä? _____ |      |      |

**Jos et osallistu lääkehoidon toteutukseen, voit lopettaa vastaamisen tähän. Kiitos! Jos sen sijaan osallistut lääkahoitoon, ole hyvä ja jatka vastaamista eteenpäin.**

**Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä mielipidettäsi lähinnä vastaava vaihtoehto.**

**7. Kuinka hyvin seuraavat väittämät kuvaavat työyksikkösi lääkehoidon käytäntöjä?**

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
1) Ympäristö, jossa jaan lääkkeitä, on rauhallinen. (n=41)	(n=4) 10%	(n=4) 10%	(n=23) 56%	(n=10) 24%
2) Lääkekaapilla asioi usein muitakin työntekijöitä samanaikaisesti lääkkeidenjakovuorossa olevan hoitajan kanssa. (n=41)	(n=2) 5%	(n=9) 22%	(n=13) 32%	(n=17) 42%
3) Lääkehoidosta vastaava hoitaja saa toimipaikassani työskennellä keskeytyksettä. (n=42)	(n=9) 21%	(n=16) 38%	(n=15) 36%	(n=2) 5%
4) Toimipaikkani lääkekaapissa, lääkkeet säilytetään siististi ja selkeässä järjestyksessä. (n=42)	-	(n=2) 5%	(n=19) 45%	(n=21) 50%
5) Pysyn hyvin ajan tasalla lääkkeiden kauppanimien muuttumisessa. (n=42)	(n=10) 24%	(n=16) 38%	(n=15) 36%	(n=1) 2%
6) Lääkkeiden jakajalle pyritään takaamaan häiriötön ympäristö. (n=42)	(n=1) 2%	(n=2) 5%	(n=26) 62%	(n=13) 31%
7) Lääkekierrolla oleva hoitaja, saa työskennellä kierron ilman keskeytyksiä tai häiriötekijöitä. (n=42)	(n=7) 17%	(n=23) 55%	(n=9) 21%	(n=3) 7%
8) Vastuu lääkkeiden oikeista annoksista on vain sillä hoitajalla, joka jakaa lääkkeet tarjottimelle. (n=42)	(n=29) 69%	(n=8) 19%	(n=3) 7%	(n=2) 5%
9) Osaan enteraalisten lääkeaineiden valmistelun ja annostelun potilaskohtaisiin annoksiin. (n=40)	(n=1) 3%	(n=1) 3%	(n=7) 18%	(n=31) 78%
10) Käsittelem lääkkeitä siten, että lääkevalmisteet säilyvät aseptisesti moitteettomana pakkauksesta ottamisesta potilaalle antamiseen asti. (n=41)	-	(n=1) 2%	(n=8) 20%	(n=32) 78%
11) Koen, että minulla on riittävästi aikaa lääkehoidon toteuttamiseen. (n=41)	(n=1) 2%	(n=19) 46%	(n=16) 39%	(n=5) 12%

**8. Miten arvioit väittämien toteutumista osastollasi?**

1) Minulle on lääkehoidossa sattunut tilanteita, joissa olen toiminnallani aiheuttanut potilaalle vaaratilanteen. (n=40) (jos vastasit ei, niin siirry kohtaan 8)	kyllä (n=12) 30%	ei (n=28) 70%		
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
2) Raportoin aina minulle työssäni tapahtuvat lääkehoidon vaaratilanteet. (n=17)	(n=1) 6%	(n=1) 6%	(n=6) 35%	(n=9) 53%
3) Tapa, jolla vaaratilanteista toimipaikassani raportoidaan, on selkeä. (n=16)	-	(n=4) 25%	(n=8) 50%	(n=4) 25%
4) Osaan tehdä ilmoituksen tapahtuneesta vaaratilanteesta. (n=17)	(n=1) 6%	-	(n=6) 35%	(n=10) 59%

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
5) Tiedän, miksi lääkehoidossa tapahtuvista vaaratilanteista raportoidaan. (n=17)	-	-	(n=2) 12%	(n=15) 88%
6) Koen, että vaaratapahtuman raportoinnista on hyötyä. (n=16)	-	-	(n=4) 25%	(n=12) 75%
7) Teen ilmoituksen jokaisesta minulle sattuneesta lääkehoidon vaara- ja läheltä piti -tilanteesta. (n=17)	(n=3) 17%	(n=5) 29%	(n=5) 29%	(n=4) 24%
8) Toimipisteessäni keskustellaan lääkehoidon ongelmatilanteista. (n=40)	(n=1) 3%	(n=2) 5%	(n=20) 50%	(n=17) 43%
9) Tiedän, mitkä lääkehoidon virheet voivat aiheuttaa potilaalle vaaratilanteen. (n=41)	-	-	(n=11) 27%	(n=30) 73%
10) Toimin lääkehoidossa osaamiseni rajoissa. (n=41)	(n=2) 5%	(n=3) 7%	(n=7) 17%	(n=29) 71%
11) Lääkemuutosten kirjaamiskäytäntö on työyksikössäni toimiva. (n=41)	(n=2) 5%	(n=13) 32%	(n=19) 46%	(n=7) 17%
12) Työyksikössäni on mielestäni selkeästi määritelty paikat, joihin kirjaan potilaan lääkehoidossa tapahtuvat muutokset. (n=40)	(n=1) 3%	(n=1) 3%	(n=17) 43%	(n=21) 53%

**Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä mielipidettäsi lähinnä vastaava vaihtoehto.**

9. Kuinka usein seuraavat lääkehoitoon liittyvät käytännöt toteutuvat työyksikössäsi?

	en koskaan/ ei koskaan	harvoin	lähes aina	aina
1) Pesen käteni ennen lääkehoidon toteuttamista. (n=41)	-	(n=1) 2%	(n=8) 20%	(n=32) 78%
2) Jakaessani lääkkeitä, käytän annostelulusikkaa tai muuta apuvälinettä. (n=41)	(n=2) 5%	(n=12) 29%	(n=12) 29%	(n=15) 37%
3) Käytän suojäkäsineitä lääkkeitä jakaessani. (n=41)	(n=6) 15%	(n=11) 27%	(n=139) 32%	(n=1) 27%
4) Saatan murskata/puolittaa tabletteja, jotka ohjeen mukaan täytyy ottaa kokonaisuena. (n=39)	(n=4) 10%	(n=30) 77%	(n=5) 13%	-
5) Jakaessani lääkkeitä, minulla on käytössä siisti ja ajantasainen lista potilaan lääkityksestä. (n=40)	-	(n=3) 8%	(n=21) 53%	(n=16) 40%
6) Toinen hoitaja tarkastaa lääkkeet lääkejaon jälkeen (kaksoistarkistus). (n=41)	(n=1) 2%	(n=4) 10%	(n=10) 24%	(n=26) 63%
7) Varmistan potilaan henkilöllisyyden antaessani hänelle lääkkeitä. (n=41)	-	(n=4) 10%	(n=10) 24%	(n=27) 66%

10. Miten arvioit yhteistyötä työyksikössäsi lääkehoidon toteutumisen kannalta?

	en koskaan/ ei koskaan	harvoin	lähes aina	aina
1) Konsultoin lääkäriä ollessani epätietoinen potilaalle määrätystä lääkkeestä. (n=38)	-	(n=2) 5%	(n=8) 21%	(n=28) 74%
2) Käytän ns. hoitajakonsultaatiota tarvitessani lisätietoa potilaan lääkehoidosta. (n=40)	-	(n=1) 3%	(n=15) 28%	(n=24) 60%
3) Lääkärin antamat lääkemääräykset ovat selkeitä. (n=40)	-	(n=1) 3%	(n=33) 83%	(n=6) 15%
4) Lääkemääräyksistä käy ilmi kaikki lääkehoidon toteuttamiseen tarvittavat tiedot, eikä minun hoitajana tarvitse päätellä esim. lääkkeen annostelutapaa. (n=40)	-	(n=6) 15%	(n=21) 53%	(n=13) 33%
5) Lääkäri kirjaa itse lääkemääräykset potilaan sairaskertomukseen. (n=38)	(n=5) 13%	(n=25) 66%	(n=7) 18%	(n=1) 3%
6) Minun on helppo keskustella potilaan lääkehoitoon liittyvistä huomioista lääkärin kanssa. (n=39)	-	(n=4) 10%	(n=17) 44%	(n=1) 46%
7) Tiedot potilaan käyttämistä lääkkeistä on helposti saatavissa hänen tullessaan osastolle hoitoon:				
a. kotoaan (n=40)	(n=1) 3%	(n=28) 70%	(n=11) 28%	-
b. kotoaan, hänen ollessa kotisairaanhoidon/kotihoidon asiakas (n=38)	-	(n=8) 21%	(n=27) 71%	(n=3) 8%
c. muista hoitoyksiköistä (n=38)	-	(n=5) 13%	(n=25) 66%	(n=8) 21%
8) Potilaalle annetaan tarvittavat tiedot hänen lääkehoitoaan koskien, kun potilaan hoito osastolla päättyy. (n=40)	-	-	(n=11) 28%	(n=29) 73%
9) Lääkehoidon jatkuminen taataan antamalla potilaalle aina selkeä ja ajantasainen lääkelista hoidon päätyttyä. (n=40)	-	-	(n=12) 30%	(n=28) 70%

11. Kuinka usein seuraavat väittämät toteutuvat työyksikössäsi?

	en koskaan/ ei koskaan	harvoin	lähes aina	aina
1) Kirjaan potilaspapereihin tavoitteet koskien potilaan lääkehoitoa. (n=40)	(n=6) 15%	(n=20) 50%	(n=8) 20%	(n=6) 15%
2) Kirjaan tekemäni havainnot lääkehoidon vaikutuksista. (n=40)	-	(n=5) 12%	(n=23) 56%	(n=13) 32%
3) Raportilla saan selkeän kuvan potilaan lääkehoidosta. (n=41)	-	-	(n=32) 78%	(n=9) 22%
4) Pystyn muodostamaan selkeän kuvan potilaan lääkehoidosta potilaspapereita tutkimalla. (n=40)	-	-	(n=21) 53%	(n=19) 48%

## 12. Kuinka usein arvioit lääkehoitoa seuraavasti?

	en koskaan/ ei koskaan	harvoin	lähes aina	aina
Seuraan potilaan ohjeenmukaista lääkkeen ottamista. (n=41)	-	(n=5) 12%	(n=22) 54%	(n=1) 34%
Seuraan potilaan tilaa välittömästi lääkkeen annon jälkeen. (n=41)	-	(n=7) 17%	(n=24) 59%	(n=10) 24%
Seuraan lääkehoidon pitkäaikaisvaikutuksia. (n=39)	-	(n=10) 26%	(n=24) 62%	(n=5) 13%
1) Tunnistan potilaassa muutokset, jotka mahdollisesti johtuvat lääkehoidon vaikutuksesta. (n=40)	-	(n=1) 3%	(n=28) 70%	(n=1) 28%
2) Opastan potilasta, miten hän voi itse arvioida lääkehoidon vaikuttavuutta. (n=40)	-	(n=14) 35%	(n=21) 53%	(n=5) 13%
3) Otan lääkehoidon arvioinnissa huomioon potilaan kokemuksen lääkehoidon vaikutuksesta. (n=40)	-	(n=3) 8%	(n=27) 68%	(n=10) 25%
4) Kirjaan kuinka lääkehoito toteutui. (n=40)	-	(n=10) 25%	(n=15) 38%	(n=15) 38%
5) Huomatessani potilaan lääkehoidossa ongelmia, konsultoin asiasta lääkärinä. (n=38)	-	(n=3) 8%	(n=10) 26%	(n=25) 66%

## 13. Miten usein ohjaat potilasta seuraavissa lääkkeisiin liittyvissä asioissa?

	en koskaan/ ei koskaan	harvoin	lähes aina	aina
1) Kerron potilaalle lääkkeen käyttötarkoituksesta. (n=40)	-	(n=2) 5%	(n=14) 35%	(n=24) 60%
2) Kerron potilaalle lääkkeen haittavaikutuksista. (n=41)	-	(n=20) 49%	(n=15) 37%	(n=6) 15%
3) Annan potilaalle tietoa lääkkeiden yhteisvaikutuksista. (n=40)	(n=1) 3%	(n=30) 75%	(n=8) 20%	(n=1) 3%
4) Selvitän potilaalle hänen lääkehoitoaan hänen sitä erikseen kysymättä. (n=40)	(n=1) 3%	(n=13) 33%	(n=19) 48%	(n=7) 18%
5) Kertaan potilaan kanssa lääkkeen käyttötarkoituksen nähdessäni hänen käyttävän niitä väärin. (n=39)	-	(n=4) 10%	(n=16) 41%	(n=19) 49%
6) Kerron potilaalle lääkehoidon arvioinnissa käytetyistä tutkimuksista ja keinoista. (n=40) (esim. laboratoriokokeet, painon ja rr:n seuranta)	-	(n=8) 20%	(n=24) 60%	(n=8) 20%
7) Ohjaan potilasta lääkkeiden ottoajankohtaan liittyvissä asioissa. (n=40)	-	(n=5) 13%	(n=18) 45%	(n=17) 43%
Ohjaan lääkkeiden oikeasta ottotavasta (n=40) (ottaminen nesteen kanssa tai aterian yhteydessä jne).	-	(n=4) 10%	(n=25) 63%	(n=11) 28%

	en koskaan/ ei koskaan	harvoin	lähes aina	aina
8) Ohjaan potilasta käyttämään oikein lääkkeitä, joita ei saa puolittaa tai murskata. (n=40)	-	(n=7) 18%	(n=20) 50%	(n=13) 33%
9) Opastan potilasta kirjallisen lääkelistan käytössä. (n=40)	-	(n=12) 30%	(n=19) 48%	(n=9) 23%
10) Ohjaan ruokailun ja ravitsemuksen vaikutuksesta lääkehoitoon. (n=39)	(n=1) 3%	(n=15) 39%	(n=20) 51%	(n=3) 8%
11) Annan potilaalle tietoa lääkkeiden ja päihteiden yhteisvaikutuksesta. (n=40)	(n=1) 3%	(n=14) 35%	(n=20) 50%	(n=5) 13%
12) Varmistan, että potilas on ymmärtänyt lääkehoitoon antamani ohjauksen. (n=40)	-	(n=4) 10%	(n=20) 50%	(n=16) 40%

**Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä mielipidettäsi lähinnä vastaava vaihtoehto.**

14. Onko potilaan ohjaus lääkehoidossa mielestäsi? (n=41)

- |                          |        |     |
|--------------------------|--------|-----|
| a) ei lainkaan tärkeää   | -      |     |
| b) jonkin verran tärkeää | (n=1)  | 2%  |
| c) melko tärkeää         | (n=3)  | 7%  |
| d) tärkeää               | (n=37) | 90% |

15. Kuinka paljon sinulla on mielestäsi aikaa lääkehoidon ohjaukseen? (n=40)

- |                      |        |     |
|----------------------|--------|-----|
| a) vähän             | (n=3)  | 8%  |
| b) melko vähän       | (n=14) | 35% |
| c) melko riittävästi | (n=22) | 55% |
| d) riittävästi       | (n=1)  | 3%  |

**Kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.**

16. Kerro vähintään 1-3 mielestäsi tärkeintä potilaan enteraalisessa lääkehoitoprosessissa ilmenevää kehittämiskohdetta, joita koet olevan työyksikössäsi. (n=21) 49%

---



---



---



---



---



---



---



---

**Kiitos vastauksistasi!**



## Arvoisa vastaaja

Olemme kaksi sairaanhoitaja opiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulusta. Teemme opintoihimme liittyvää opinnäytetyötä turvallisesta lääkehoidosta Teidän sairaalan kirurgian ja sisätautien osastoille. Tarkoituksenamme on kartoittaa hoitajien näkemyksiä osastoilla toteutettavasta enteraalisesta eli ruuansulatuskanavan kautta annosteltavasta lääkehoidosta ja siihen liittyvistä ongelmista.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että saatuja tuloksia voidaan hyödyntää osastojen lääkehoitoa kehitettäessä. Tutkimus toteutetaan kyselylomakkeilla, jotka jaetaan osastojen hoitohenkilökunnalle huhtikuussa 2010. Toivomme teidän palauttavan vastauslomakkeet 14.5.2010 mennessä niille tarkoitettuun palautuslaatikkoon.

Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Jokainen vastaus on kuitenkin opinnäytetyömme onnistumisen kannalta tärkeä, joten toivomme teiltä aktiivista osallistumista.

Mikäli haluatte lisätietoja tutkimuksesta, voitte ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin, yhteystiedot lomakkeen alaosassa.

Etukäteen osallistumisestanne kiittäen,

Janna Peltola  
janna.peltola@student.hamk.fi  
050-5762416

Noora Mäkelä  
noora.makela@student.hamk.fi  
050-5458101