

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2012

Hanna Impola & Heidi Merilä

SAIRAANHOITAJA LÄÄKEHOIDON OHJAAJANA JA LÄÄKEHOITON SITOUTUMISEN EDISTÄJÄNÄ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Toukokuu 2012 | Sivumäärä 43

Ohjaaja: Tuija Leinonen

Hanna Impola & Heidi Merilä

SAIRAANHOITAJA LÄÄKEHOIDON OHJAAJANA JA LÄÄKEHOITON SITOUTUMISEN EDISTÄJÄNÄ

Tämä opinnäytetyö toteutettiin osana Turun ammattikorkeakoulun ja lääketietokeskuksen MONI-lääkehanketta. Yhteistyökumppaneina hankkeessa toimivat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Turun sosiaali- ja terveystoimi. Hankkeen kokonaistavoitteena on edistää potilas- ja lääkitysturvallisuutta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida sairaanhoitajan (N=326) toteuttaman lääkehoidon ohjauksen laatua, sisältöä ja menetelmiä. Lisäksi selvitetään, mitä menetelmiä sairaanhoitajat käyttävät lääkehoitoon sitoutumiseen arvioinnissa ja edistämässä. Tutkimusjoukkona olivat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sekä Turun sosiaali- ja terveystoimen sairaanhoitajia tietyiltä tutkimukseen valituilta osastoilta. (n=116). Aineiston kerääminen tapahtui hankkeen toimesta.

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista lähestymistapaa sekä kvalitatiivista sisällön analyysia sovellettiin. Aineisto kerättiin projektissa kehitetyllä puolistrukturoidulla kyselylomakkeella ja analysoitiin tilastollisesti SPSS-ohjelmalla. Lisäksi työssä vertaillaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä eroja.

Tulokset osoittivat, että lääkehoidon ohjaus ja lääkehoitoon sitoutumisen edistäminen kuuluvat olennaisena osana sairaanhoitajan työhön. Erilaisia ohjausmenetelmiä käytettiin monipuolisesti ja niistä tärkeimmiksi nousivat yksilöohjaus ja suulliset sekä kirjalliset ohjeet. Lääkehoitoon sitoutumista arvioitiin useimmiten haastatteluita sekä erilaisia mittareita käyttäen. Tulokset osoittivat myös, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ilmeni eroja sekä lääkehoidon ohjauksessa että potilaan lääkehoitoon sitouttamisessa. Erikoissairaanhoidossa ohjausta toteutettiin huomattavasti enemmän, mutta perusterveydenhuollossa menetelmät olivat monipuolisempia. Samoin lääkehoitoon sitoutumisen arviointi oli perusterveydenhuollossa monipuolisempaa. Vastausprosentti tutkimuksessa oli 36 %.

Tulevaisuudessa tulisi sairaanhoitajille tarjota enemmän mahdollisuuksia lääkehoidon osaamisen lisäkoulutuksiin, sillä hoitajat kokivat farmakologisen tietoperustansa puutteelliseksi. Lisäksi ajanpuute ja resurssien vähyyks koettiin ongelmallisiksi. Lääkehoitoon sitoutumisen edistämiseksi potilaille tulisi antaa selkeämmät ohjeet sekä motivoida ja olla tukena hoidon jokaisessa vaiheessa. Myös potilaan oma osallistuminen ja vastuu lääkehoidon toteutumisesta koettiin tärkeiksi sitoutumisen toteutumisiksi.

ASIASANAT:

Sairaanhoitaja, lääkehoidon ohjaus, lääkehoitoon sitoutuminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Registered Nurse

May 2012 | Total number of pages 43

Instructor: Tuija Leinonen

Hanna Impola & Heidi Merilä

NURSE AS AN INSTRUCTOR AND PROMOTER OF COMMITMENT TO MEDICATION

This thesis was written as a part of the MONI medication project of the Turku University of Applied Sciences and the Pharmaceutical Information Centre. Also the Hospital District of Southwest Finland and the City of Turku Social and Health Services cooperated in this project. The overall goal of the project is to improve patient and medication safety. The goal of the thesis was to assess the quality, content and methods of the guidance of medication provided by nurses (n=326). The goal is to develop the quality of the guidance of medication provided by nurses. In addition to this, it is also explained, what methods nurses use for assessing and furthering commitment to medication. The survey group was made up of Hospital District of Southwest Finland and City of Turku Social and Health Care Department nurses from certain wards picked up for the purpose (n=116). The material was gathered in connection with the project.

The survey was done using a quantitative approach and qualitative content analysis. The material was gathered through a semi-structured question form developed during the project, and was analysed statistically using the SPSS programme. In addition to this, the differences between primary health care and specialized health care were compared during the research.

The results showed that the guidance of medication and the furthering of commitment to medication are an essential part of the nurses' work. Various guidance methods were used in a diversified manner, the most important of which were personal guidance and spoken and written instructions. The commitment to medication was mostly assessed by way of interviews and various indicators. The results also showed that there were differences between primary health care and specialized health care, both in the guidance of medication and in the furthering of commitment. There was much more guidance in specialized health care, while in primary health care the methods were more versatile. Also the assessment of commitment to medication was more varied in primary health care. The percentage of answered questions in the research was 36 %.

In the future, nurses should be offered more opportunities for additional training in medication skills, because nurses felt that their pharmacological knowledge was lacking. In addition to this, lack of time and resources were felt as problems. In order to further commitment to medication, the patients should be given clearer instructions and more motivation, and they should be supported at every stage of the treatment. Also the patient's own participation and responsibility for performing medication were felt as important in view of commitment to medication.

KEYWORDS:

Nurse, guidance of medication, commitment to medication

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 LÄÄKEHOIDON OHJAUS	7
2.1 Erilaiset ohjausmenetelmät	9
3 LÄÄKEHOITOON SITOUTUMISEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ	12
3.1 Potilaasta lähtöisin olevat tekijät	12
3.2 Ulkopuolisten tekijöiden vaikutus hoitoon sitoutumiseen	14
3.3 Huono hoitoon sitoutuminen	14
3.4 Hoitoon sitoutumista edistäviä interventioita	16
3.5 Hoitoon sitoutumisen arviointi	17
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	19
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	20
6 TULOKSET	23
6.1 Lääkehoidon ohjaus	23
6.2 Lääkehoitoon sitoutumisen edistäminen	29
6.3 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä eroja sairaanhoitajien vastauksissa.	31
7 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	36
8 POHDINTA	38
LÄHTEET	42

KUVIOT

Kuvio 1. Vastanneiden työyksikkö	21
Kuvio 2. Lääkehoidon toteuttaminen nykyisessä työssä	23
Kuvio 3. Lääkehoidon ohjaus nykyisessä työssä	24
Kuvio 4. Potilasohjauksessa käytettyjä lähteitä	27

TAULUKOT

Taulukko 1. Ammatillinen peruskoulutus	21
Taulukko 2. Väittämiä, jotka liittyvät lääkehoidon ohjaukseen	25
Taulukko 3. Lääkehoidon ohjauksen toteuttamisessa käytettyjä menetelmiä	26
Taulukko 4. Keinoja lääkehoitoon sitoutumisen edistämiseksi	30
Taulukko 5. Lääkehoidon toteutus perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa	32
Taulukko 6. Lääkehoidon ohjaus perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa	32
Taulukko 7. Lääkehoidon ohjauksen suunnittelu ja toteutus potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa	33
Taulukko 8. Lääkehoidon ohjauksen toteutus potilaslähtöisesti perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa	34
Taulukko 9. Lääkehoidon ohjauksen perustuminen tasa-arvoiseen ja kunnioittavaan hoitosuhteeseen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa	35

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuuden ja eettisen velvollisuuden kannalta lääkehoidon merkittävä haaste on lääkehoidossa tapahtuvien virheiden vähentäminen (Brady ym. 2009, 679). Sairaanhoitaja toteuttaa turvallista, taloudellista ja tehokasta lääkehoitoa osana moniammatillista työryhmää. Hänen tehtävänä on toteuttaa lääkärin antamia lääkemääräyksiä, vaikutuksien arvioiminen, lääkehoidon ohjaaminen ja siihen sitoutumisen edistäminen. (Kinnunen & Sulosaari 2010, 42.) Sitoutuminen on edellytys hyvän hoidon toteutumiselle (Hentinen & Kyngäs 2009, 42). Lisäksi tarvitaan toimivat vuorovaikutus- sekä yhteistyötaidot potilaan ja sairaanhoitajan välillä (Hentinen & Kyngäs 2009, 77–78). Monia vakaviakin sairauksia voidaan tänä päivänä hoitaa lääkehoidolla, jolloin sairaanhoitajan tehtävä hoidon onnistumisessa on avainasemassa (Becze 2010, 20–21).

Sairaanhoitajalla tarkoitetaan terveydenhuollon laillistettua ammattihenkilöä (Sairaanhoidajaliitto 2012). Ohjaus on tavoitteellista toimintaa sairaanhoitajan ja potilaan välillä, jolla pyritään tukemaan potilaan osaamista (Kyngäs & Hentinen 2009, 77). Lääkehoidolla tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on ehkäistä ja parantaa sairauksia ja hidastaa niiden etenemistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 11). Lääkehoitoon sitoutumisella tarkoitetaan potilaan omaa osallistumista hoitoon niin, että se vastaa terveydenhuollon ammattilaisen antamia ohjeita (Sulosaari 2010, 40).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajan toteuttaman lääkehoidon ohjauksen laatua, sisältöä ja menetelmiä. Lisäksi selvitetään, mitä menetelmiä sairaanhoitajat käyttävät lääkehoitoon sitoutumisen arvioinnissa ja edistämiseksi. Tavoitteena on kehittää sairaanhoitajan toteuttaman lääkehoidon ohjauksen laatua. Lääkehoidon ohjauksessa korostuvat sairaanhoitajan tiedot ja taidot.

Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun ja Lääketietokeskuksen MO-NI-lääkehanketta. Yhteistyökumppaneina hankkeessa ovat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Turun sosiaali- ja terveystoimi.

2 LÄÄKEHOIDON OHJAUS

Ohjaus on tavoitteellista toimintaa sairaanhoitajan ja potilaan välillä, jolla pyritään tukemaan potilaan tiedollista, emotionaalista ja konkreettista osaamista. Ohjauksessa korostuvat seuraavat lähtökodit: asiakaslähtöisyys, ohjaajan ja ohjattavan jaettu asiantuntijuus, sekä ohjaajan ja ohjattavan vastuullisuus. Asiakaslähtöinen ohjaus perustuu potilaan henkilökohtaisiin oppimistarpeisiin. Jaettu asiantuntijuus tarkoittaa, että potilas on oman elämänsä asiantuntija ja sairaanhoitajalla ammattiin perustuva tieto. Potilaalla itsellään on vastuu oppimisesta ja omista valinnoista. Ohjauksen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista vastuu on sairaanhoitajalla. (Hentinen & Kyngäs 2009, 77–78.)

Lääkehoidon ohjauksen perustana on, että sairaanhoitaja ymmärtää lääkehoidon merkityksen osana hoidon kokonaisuutta, sekä lääkehoidon peruskysymykset: miksi lääkettä annetaan, mitä lääkettä, kuinka paljon, miten ja mitä antoreittiä käyttäen, sekä kuinka lääkehoidon vaikuttavuutta tulee arvioida (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47). Sairaanhoitajan ohjausvalmiuksia on tutkittu, että sairaanhoitajista 20 % koki tietonsa kiitettäväksi, 70 % hyväksi ja 10 % huonoiksi. Lisäksi sairaanhoitajista 15 % arvioivat ohjaustaitonsa kiitettäväksi, 76 % hyväksi ja 9 % huonoiksi. Poliklinikalla työskentelevillä tulokset olivat tilastollisesti paremmat osastolla työskenteleviin verrattuna. (Kyngäs ym. 2006, 8.)

Toimintayksikön johdolla on oma vastuu terveydenhoitohenkilöstön, myös sairaanhoitajien, osaamisesta. Tämä tulee varmistaa rekrytoinnin yhteydessä, riittävällä perehdyttämällä, jatkuvalla täydennyskoulutuksella sekä seurannalla. Potilasturvallisuus ei ole vahvasti esillä ammattihenkilöiden koulutuksessa, mutta sen hallintaa edistetään jatkuvasti perus- ja jatkokoulutuksessa. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011, 15.)

Hyvä ohjaus edellyttää potilaan tietojen ja tiedontarpeiden kartoitusta. Lisäksi on paljon potilaskohtaisia eroja siinä, kuinka tietoa omaksutaan. Riittävä tieto takaa, että potilas pystyy arvioimaan mikä on hänen hoitonsa kannalta parasta. On tärkeää, että hoitajan ja potilaan näkökannat asiasta kohtaavat. Lähtökoh-

taisesti on myös hyvä olla selvillä sekä potilaan että hoitajan omista taustatekijöistä, jotka vaikuttavat ohjaussuhteen syntymiseen. (Hirvonen ym. 2007, 47.) Toimivan ohjaussuhteen tulee perustua hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen, jossa tärkeimpänä potilaat pitävät luottamuksellisuutta ja turvallisuutta. Onnistuneessa ohjaussuhteessa hoitaja ja potilas voivat olla myös eri mieltä. Tavoitteena on, että kumpikin toimii yhteistyössä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. (Hirvonen ym. 2007, 48.)

Potilaille tulee antaa ymmärrettävästi tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, korostaen erityisesti lääkehoitoa. Strategia tuo myös tärkeitä näkökulmia lääkehoidon turvallisuuden parantamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15.) Sairaanhoidaja toteuttaa turvallista, taloudellista ja tehokasta lääkehoitoa osana moniammatillista työryhmää (Kinnunen & Sulosaari 2010, 42).

Resurssit ohjauksen toteuttamiseen ovat kohtalaiset. Tiedot ja taidot terveydenhuoltohenkilökunnalla ovat riittävät, mutta tiedot kuntoutuksesta ja taidot tukea potilasta itse hoitoon koetaan puutteellisiksi. Myös ohjausmenetelmien hallinnassa on puutteita. Tarvitaan lisää aikaa, tiloja, välineitä ja koulutusta toteuttaa onnistunutta ohjausta. Myös potilaslähtöiseen ohjaukseen ja arviointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota. (Kyngäs ym. 2006, 11.)

Potilaat tarvitsevat useita ohjauskäyntejä, jotta hallitsisivat omaa lääkehoitoaan riittävästi. He tarvitsevat lisää tietoa lääkkeiden vaikutuksista, vaikutusajasta, käyttöajasta ja siitä, mistä voi tietää lääkkeen toimivan. Hoitajat arvioivat potilaiden tiedot riittäviksi ohjausten jälkeen. (Ekman ym. 2007, 184–185.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää sen, että ”potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päättäessä hänen hoitamisestaan” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

2.1 Erilaiset ohjausmenetelmät

Potilaan lääkehoidon ohjaus voidaan toteuttaa monin eri tavoin. Hyvä ohjaus lähtee hyvästä vuorovaikutuksesta, joten useimmiten sitä annetaan suullisesti. Ohjaus tapahtuu joko yksilö- tai ryhmäohjauksessa. Useimmat potilaat kokevat yksilöohjauksen olevan kuitenkin itselleen mieluisampi vaihtoehto ja myös oppiminen on todettu näin tehokkaammaksi. Toisaalta resurssien puute saattaa joskus hankaloittaa yksilöohjauksen toteutumista. (Hirvonen ym. 2007, 74.)

Yksilöohjausta arvostetaan sen asiakaslähtöisyyden ja tuloksellisuuden vuoksi. Yksilöohjauksella on mahdollisuus tehdä ohjauksesta mahdollisimman hyvin potilaan aktiivisuutta ja motivaatiota tukevaa. Lisäksi ohjausta on tällöin helppo kehittää jatkuvan palautteen antamisen myötä. Yksilöohjauksessa korostuu hoitajan kyky olla kuuntelijana: miten tämä kykenee ottamaan huomioon kuulemansa ja tulkitsemaan viestiä tarkoituksenmukaisesti. (Hirvonen ym. 2007, 74–79.) Potilaan yksilöllisen ohjauksen tukena käytetään myös sanatonta viestintää, esimerkiksi erilaisia äänenpainoja. Lisäksi potilaan kiinnostusta on hyvä herätellä ohjauksen aikana esimerkiksi esittämällä kysymyksiä. (Hirvonen ym. 2007, 87.)

Ryhmäohjauksen on katsottu auttavan sen jäseniä jaksamaan ja saavuttamaan tavoitteitaan ryhmässä toimimisen voimaannuttavan kokemuksen vuoksi. Ryhmäohjaus on myös yksilöohjausta taloudellisempaa, kun tietoa esimerkiksi erilaisista terveyteen ja sairauteen liittyvistä asioista voidaan samanaikaisesti jakaa suuremmalle kuulijajoukolle. Ryhmäkokoo vaikuttaa ryhmän toimintaan ja ryhmädynamiikkaan. Tärkeää ryhmälle on sen toimiva vuorovaikutus. Ryhmästä tulee yksilölle voimavara, kun tämä voi kokea kuuluvansa ryhmään ja kaikilla sen jäsenillä on päämääränä yhteinen tavoite. (Hirvonen ym. 2007, 104–105.)

Erilaista oheismateriaalia voidaan käyttää lääkehoidon ohjauksen tukena. Suullisen ohjauksen lisäksi annetaan usein myös kirjalliset ohjeet, jotka ovat selkeässä ja ymmärrettävässä muodossa. Kirjallinen oheismateriaali on todettu erityisen hyödylliseksi tilanteissa, joissa aikaa suullisen ohjauksen toteutukseen on

rajallisesti. Kirjallinen oheismateriaali käsittää erilaiset kirjalliset ohjeet ja -oppaat. (Hirvonen ym. 2007, 124–126.)

Tekstin lukemisen tai ymmärtämisen tuottaessa vaikeuksia, voi audiovisuaalisesta ohjauksesta olla hyötyä, esimerkiksi videoiden sekä tietokoneohjelmien muodossa. Tämä menetelmä tarjoaa mahdollisuuden toteuttaa ohjausta taloudellisesti ja oikea-aikaisesti. Toisaalta tällöin potilaalla ei välttämättä ole mahdollisuutta keskustella videon sisällöstä hoitajan kanssa tai esittää siihen liittyviä kysymyksiä, jolloin riskinä voi olla esimerkiksi väärinkäsitysten syntyminen. Lisäksi audiovisuaalisen ohjauksen käyttö vaatii potilailta mahdollisuutta käyttää tekniikkaa kotona. (Hirvonen ym. 2007, 116–117.)

Usein lääkehoidon toteuttamiseen kuuluu erilaisten teknisten taitojen osaamista, jolloin demonstrointi eli näyttämällä opettaminen voi olla oivallinen keino ohjata. Demonstrointia ovat sekä havainnollinen esittäminen että harjoittelu. Havainnollisella esittämisellä pyritään näyttämään potilaalle selkeä malli siitä, kuinka jokin asia tehdään. Harjoittelun tavoitteena on motoristen taitojen kehittäminen. Näitä keinoja yhdessä toteuttamalla mahdollistetaan motoristen taitojen kehittyminen sekä erilaisten käytänteiden oppiminen, esimerkiksi injektioiden otto tai inhalaattorin käyttö. Demonstraatiota käyttäessä tulee hoitajan kiinnittää huomiota siihen, että asiakkaan kiinnostus pysyy yllä ja selvittää, miksi toiminta ja tietty järjestys toiminnassa on milloinkin tärkeää. Tämä ehkäisee potilaan passivoitumisen, mikä on usein haittana havainnollisessa esittämisessä. Havainnollinen esittely ja harjoittelu vaativat potilaalta motivoitumista ja kiinnostusta aiheeseen. Hoitajalta se edellyttää potilaan kannustamista, rohkaisua kokeilla opeteltavaa asiaa sekä kykyä saada potilas uskomaan mahdollisuuksiinsa saavuttaa asetetut tavoitteet. (Hirvonen ym. 2007, 128–131.)

Potilaalla täytyy olla mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteys sairaanhoitajaan, jolloin ohjaus voi tapahtua esimerkiksi puhelimen välityksellä. Puhelinohjauksen lähtökohta voi olla joko potilaan kontakti terveydenhuoltoon, esimerkiksi hoitoon hakeutumisen vuoksi, tai hoitajan kontakti potilaaseen, esimerkiksi hoidon seuranta ajatellen. Puhelinohjauksen on katsottu olevan yksi haastavimmista ohjaustavoista, sillä se vaatii ohjaajalta monipuolista tietämystä sekä taitoa erottaa

potilaan kertomasta hänen tilanteeseensa oleellisesti vaikuttavat asiat. Lisähaastetta tuo se, ettei puhelimen välityksellä ohjattaessa voi hyödyntää lainkaan sanatonta viestintää. (Hirvonen ym. 2007, 117–120.)

Omaiset on hyvä ottaa mukaan hoitoon. Sairaanhoitajalla on mahdollisuus antaa omaiselle sekä tiedollista että emotionaalista ohjausta. Omaisten tiedot ja taidot voivat omalta osaltaan olla edistämässä onnistuneen lääkehoidon toteutumista. (Kyngäs ym. 2006, 45.)

3 LÄÄKEHOITON SITOUTUMISEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Hoitoon sitoutumista käsitteenä on määritelty ja tutkittu jo 1950-luvulta asti. Sen merkitys on muuttunut ajan kuluessa. (Hentinen & Kyngäs 2009, 16.) Lääkehoitoon sitoutumisella tarkoitetaan sitä, että potilas sitoutuu aktiivisesti noudattamaan omaan lääkehoitoonsa liittyviä ohjeistuksia. Hyvän hoidon toteutumisen edellytyksenä on myös hyvä hoitosuhde terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, sekä kuinka terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat sitoutumisen toteutumista, sillä arvioinnin tekemiseen ei ole kehitetty tiettyjä standardeja. (World Health Organization 2003, 3–4.)

Ihmisen elinikä on pidentynyt huomattavasti, jonka vuoksi myös sairauksien määrä on lisääntynyt. On tutkittu, että 65 % yli 65- vuotiaista sairastaa kahta tai useampaa kroonista sairautta samanaikaisesti. Tällöin lääkehoito ja siihen sitoutumisen merkitys korostuu erityisesti. (Manias ym 2008, 133.) Lääkehoitoon sitoutuminen edistää potilaan terveyttä, mutta vähentää myös terveydenhuollon kustannuksia ja parantaa terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuutta (World Health Organization 2003, 20–22).

3.1 Potilaasta lähtöisin olevat tekijät

Potilaan ominaisuudet, kuten itsearvostus, uskomukset, elämänarvot ja elämänhallinta vaikuttavat tutkimuksien mukaan hoitoon sitoutumiseen. Iän, sukupuolen, koulutuksen sekä arvojen ja käsitysten vaikutuksista on saatu ristiriitaisia tuloksia. (Hentinen & Kyngäs 2009, 27.) Potilailla on eri määrä voimavaroja huolehtia itsestään. Joillakin elämäntilanne, sairaus tai psyykinen häiriö, kuten esimerkiksi masennus, voivat viedä voimavaroja oman itsensä hoitamisesta. Mielialoilla onkin havaittu olevat paljon yhteyttä lääkehoitoon sitoutumisen kanssa. Tällöin on erityisen tärkeä tukea jäljellä olevia voimavaroja. Voimavaroihin liittyy myös läheisesti motivaatio toteuttaa hoitoa. Luottamus omiin kykyi-

hin ja positiivinen suhtautuminen hoitoon edesauttavat lääkehoitoon sitoutumista. (Hentinen & Kyngäs 2009, 27–28.)

Sitoutumiseen liittyviä merkittäviä tekijöitä ovat potilaan tuntemukset sairaudesta sekä usko sen hoitoon. Hänen on helpompi ymmärtää hoidon tehokkuus, mikäli esimerkiksi huomaa lääkityksen tehoavan oireisiin. Potilaan täytyy tuntea olevansa kykenevä hoitamaan sairauttaan. Hoitomuodot voivat olla myös vaativuustasoiltaan hyvin erilaisia, mikä vaikuttaa suoraan potilaan sitoutumiseen. (World Health Organization 2003, 137–138.)

On tärkeää, että potilas ymmärtää lääkehoitoa koskevien annettujen ohjeiden merkityksen ja hänelle annetaan riittävästi tietoa lääkkeistä. Potilaan täytyy olla tietoinen siitä, kuinka lääke vaikuttaa niin pitkällä kuin lyhyelläkin aikavälillä. Myös negatiiviset vaikutukset tulee kertoa potilaalle. Hoidon eduista keskustellaan potilaiden kanssa huomattavasti enemmän kuin haitoista. Tietoa annetaan sopivissa kokonaisuuksissa, sekä varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjeet. (Birks & Kaufman 2009, 54.) Potilaan on ymmärrettävä hoidon merkitys sairauden kannalta ja asioiden ymmärtäminen auttaa myös soveltamaan tietoa muuttuviin tilanteisiin. Kyky tiedon soveltamisesta käytäntöön tulee varmistaa. Esimerkiksi pelkkä tieto insuliinikynän hyödyistä ei auta, ellei sen käyttöä hallita. (Hentinen & Kyngäs 2009, 27–28.)

Aktiivisella tiedon hankinnalla voi olla negatiivisia vaikutuksia lääkehoitoon sitoutumisen kannalta. Potilaat, jotka ovat hyvin aktiivisia etsimään tietoa omasta lääkeshoidostaan eri lähteistä, voivat joutua tekemisiin paljon keskenään poikkeavan lääkeinformaation kanssa. Tämä saattaa lisätä epäluuloisuutta ja pelkoa lääkehoitoon. Mikäli potilas pitää tärkeimpänä ja luotettavimpana tiedonlähteenään terveysalan ammattilaista, hän pienemmällä todennäköisyydellä etsii lääkkeeseen liittyvää tietoa muista lähteistä tai jättää ristiriitaisen tiedon huomiotta. (Carpenter yms. 2010, 174.)

3.2 Ulkopuolisten tekijöiden vaikutus hoitoon sitoutumiseen

Kuten potilas, myös monet ulkopuoliset tekijät vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen, esimerkiksi terveyspalvelujärjestelmän tarjoamat palvelut ja hoidot sekä läheiset ja vertaiset. Potilas-ohjaaja -suhteen on tutkittu olevan erityisen merkityksellinen. (Hentinen & Kyngäs 2009, 32–33.)

Hoitajan ja potilaan välinen avoin hoitosuhde on tärkeä hoitoon sitoutumisen kannalta. Tärkeässä asemassa ovat hyvät kommunikaatiotaidot, sekä kyky kuunnella potilaan omia mielipiteitä ja huolia lääkeshoidosta. Tuloksena on tasa-vertainen ja luotettava hoitosuhde, johon hoitaja tuo oman ammattitaitonsa ja potilas oman elämäntilanteensa ja omat ajatuksensa sairaudestaan. (Birks & Kaufman 2009, 53–54.)

Terveyspalvelujärjestelmä vaikuttaa hoidon saatavuuteen (World Health Organization 2003, 138). Sen tavoitteena on psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn parantaminen sekä ylläpito. Sen perustana on jokaisen saatavilla olevat terveyspalvelut ja ehkäisevä terveydenhuolto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Järjestelmän tehokkuus riippuu muun muassa resurssien jaosta, hoidon jatkuvuudesta ja hoidon kestosta, toimivasta yhteydenpidosta potilaaseen ja henkilökunnan ammattitaidosta (World Health Organization 2003, 138).

3.3 Huono hoitoon sitoutuminen

Syyn etsiminen pelkästään itse lääkkeestä on joskus turhaa, jos toivottuja vaikutuksia ei saavuteta. Potilaan sitoutumattomuus lääkehoitoon vaikuttaa myös sen huonoon vaikutukseen. Noin 50 % lääkkeiden käyttäjistä ei noudata lääkemääräyksiään täydellisesti. (Brown & Bussell 2011, 34.) Joskus potilaat saattavat kokea vaikeaksi keskustella avoimesti niistä ongelmista, joita kohtaava toteuttaessaan lääkehoitoa. He saattavat pelätä joutuvansa kritisoinnin kohteeksi

tai vaarantavansa hoitosuhteen esimerkiksi tilanteissa, joissa ovat laiminlyöneet lääkehoitoa tarkoituksella. (Birks & Kaufman 2009, 51–57.)

Tietoinen hoitoon sitoutumattomuus voi syntyä esimerkiksi silloin, kun potilas ei pidä lääkehoitoa itselleen tärkeänä, eettisestä tai uskonnollisesta vakaumuksesta tai tilanteesta, jossa lääkkeen tuottamat sivuvaikutukset johtavat siihen, että potilas kokee lääkähoidosta olevan enemmän haittaa kuin hyötyä. Lisäksi tiheään toistuvat ottokerrat, vaikeudet lääkkeen ottamisessa tai lääkehoito yhdistettynä muihin hoitoihin, esimerkiksi ruokavaliohoitoon, voi olla potilaalle liikaa. (Hentinen & Kyngäs 2009, 43, 200–201.) Myös taloudellinen ja sosiaalinen tilanne saattaa johtaa lääkehoitoon sitoutumattomuuteen (Sulosaari 2010). Potilas saattaa myös tietoisesti jättää lääkehoitoaan toteuttamatta, mikäli häntä ei oteta huomioon ohjauksessa tasavertaisena osapuolena. Potilaan toiveet, kokemukset ja tuntemukset on otettava huomioon hoitopäätöksissä. (Airaksinen 2005, 21–22.) Potilaan omaa aktiivisuutta hoidossa voidaan edistää esimerkiksi kysymällä potilaalta, mihin aikaan päivästä hän mieluiten haluaa ottaa lääkkeensä ja rohkaisemalla häntä muutoinkin päättämään omaa hoitoaan koskevista asioista (Brown & Bussell 2011, 308).

Potilas voi olla sitoutumatta lääkehoitoon myös tarkoituksetta. Hän voi olla joko ymmärtämättä hoidon tarkoitusta tai ei osaa toimia oikein. Unohtaminen on suuri syy lääkähoidon tarkoituksettomaan laiminlyöntiin esimerkiksi muistisairailta tai kognitiivisten toimintojen häiriöistä kärsivillä potilailla. (Hentinen & Kyngäs 2009, 44.)

Terveydenhuollon järjestelmät voivat vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen, sillä järjestelmän toimimattomuus voi estää potilaan hoitoon pääsyn tai vaikeuttaa hoidon saantia (World Health Organization 2003, 23). Ongelmia tällä hetkellä on erityisesti palveluiden saatavuudessa. Suomessa ongelmia tuottaa väestöryhmien välisten terveyserojen kasvu. Hyvän koulutuksen saanut varakas kaupunkilainen saa hyvin terveydenhuollon palveluja, kun taas tämän palvelukeskitty-

män ulkopuolella asuvat pienituloiset jäävät paljon herkemmin ilman hoitoa. (Hankonen 2012, 13.)

Hoitoon sitoutumisen onnistuminen on hyvin merkittävä asia. Tutkimuksista on käynyt ilmi että sitoutumisella itsellään on paljon suurempi merkitys kananterveyteen kuin millään muulla lääkehoidon alan tehostamiseen tähtäävillä tekijöillä. Lisäksi edistämällä sitoutumista saadaan aikaan huomattavia säästöjä yhteiskunnassa. (World Health Organization 2003, 21–22.)

3.4 Hoitoon sitoutumista edistäviä interventioita

Interventio määritellään väliintuloksi tai toimenpiteeksi, jolla pyritään vaikuttamaan. Sen vaikuttavuutta arvioidaan sekä tehokkuuden että kustannusten näkökulmasta. (Absetz ym. 2007, 4.) Näyttöön perustuvat interventiot pienentävät sairauden edistymisen riskiä ja vähentävät terveydenhuollon kustannuksia (Manias ym. 2008, 141).

Interventioista on tehty useita tutkimuksia, mutta vain muutamista on koettu olevan oikeaa hyötyä. Lääkkeenottokertoja vähentämällä voidaan edistää lääkkeitä hoitoon sitoutumista. On esimerkiksi tutkittu, että 79% otti lääkkeensä, kun lääkkeenottokertoja oli vain yksi, kun taas kaksi lääkkeenottokertaa vähensi lukua 69%:iin. (Hentinen & Kyngäs 2009, 202–203.) Yksi hyvä keino on myös ottaa potilas mahdollisimman paljon mukaan hoitoaan koskeviin päätöksiin esimerkiksi kysymällä mihin aikaan he mieluiten ottavat lääkkeensä vuorokaudesta (Brown ym. 2011, 307).

Erilaisista muistutusmenetelmistä on katsottu olevan merkittävä hyöty sitoutumisen kannalta erityisesti iäkkäille potilaille. Näitä menetelmiä ovat olleet esimerkiksi puhelin-, tietokone-, kirje- ja kotikäyntimuistutukset. Muistamista voidaan yrittää parantaa myös sitomalla lääkkeitä päivittäisiin rutiineihin, esimerkiksi lääkkeen ottoon ruokailun yhteydessä. (Hentinen & Kyngäs 2009, 203–204.)

Sosiaalisilla ja taloudellisilla interventioilla on merkitystä potilaan sitoutumiseen omaan lääkahoitoonsa. Tärkeimmät kehittämistä vaativat ongelmat ovat esimerkiksi köyhyys, lukutaidottomuus ja sosiaalisten tukiverkoston puute. Tarviin terveydenhuollon eri toimijoiden ponnisteluja ja monitahoista toimintaa hoitoon sitoutumisen edistämiseksi. (World Health Organization 2003, 32)

Parhaimpaan tulokseen interventioilla päästään yhdistämällä niitä keskenään. Esimerkiksi verenpainepotilailla tehdyssä tutkimuksessa hoitotulos parani käytetäessä monesta osa-alueesta koostuvaa ohjelmaa, jossa yhdistettiin neuvontaa, lääkkeen otosta muistuttavia apuvälineitä, potilaiden omakohtaista kirjanpitoa, tukiryhmiä ja hoitopaikan sijoittamista mahdollisimman lähelle potilaan asuinpaikkaa. (Idänpään-Heikkilä & Klaukka 2003, 412.)

3.5 Hoitoon sitoutumisen arviointi

Sitoutumisen arviointi on hankalaa, koska täsmällistä tietoa on miltei mahdotonta saada. Monipuolisia arviointikeinoja tulee käyttää, jotta saadaan mahdollisimman selkeä kokonaiskuva. Arviointiin voidaan käyttää sekä suoria että epäsuoria menetelmiä. Epäsuoran menetelmän lähtökohtana ovat potilaan omat arviot hoitoon sitoutumisestaan. (Kyngäs ym. 2009, 36–37.)

Potilaan havainnointia voidaan toteuttaa subjektiivisesti kysymällä potilaalta itseltään, tämän perheenjäseniltä, hoitajilta tai lääkäreiltä lääkähoidon toteutuksesta tai objektiivisesti seuraamalla lääkkeiden kulutusta sekä tarkistamalla potilaan lääkkeenkulutusta eri tietorekistereistä (Brown ym. 2011). Tehokas keino arvioida sitoutumista on esittää kysymykset toisin. Potilaat vastaavat usein myöntävästi, kun heiltä kysytään ottavatko he lääkkeensä ohjeistuksen mukaan. Rehellisemmin potilaan vastaavat usein kysymykseen ”Kuinka usein jätätte lääkkeenne ottamatta?”. (Stud 2011, 24.)

Suoria arviointimenetelmiä ovat asiakkaan toiminnan havainnointi, veren tai virtsan lääkepitoisuuksien määrittely sekä biologiset merkkiaineet. Epäsuoria arviointimenetelmiä ovat päiväkirjat, kyselylomakkeet, keskustelut ja haastatte-

lut, hoitotulos ja kliininen tila sekä hoidon toteutuksen seuranta. Niissä myös korostuvat potilaan oma arvio sitoutumisestaan. (Kygäs ym. 2009, 36–37.)

Suorien arviointimenetelmien katsotaan olevan menetelmistä luotettavampi, vaikka toisaalta niiden toteuttaminen kaikissa olosuhteissa on hankalaa. Lisäksi näissä menetelmissä unohdetaan potilaan oma osallistuminen hoitoon, joka kuitenkin on sitoutumisen kannalta erittäin keskeistä. (Kygäs ym. 2009, 36–37.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajan toteuttaman lääkehoidon ohjauksen laatua, sisältöä ja menetelmiä. Lisäksi selvitetään, mitä menetelmiä sairaanhoitajat käyttävät lääkehoitoon sitoutumiseen arvioinnissa ja edistämässä. Vastauksia etsitään seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1 Millaiseksi sairaanhoitajat arvioivat toteuttamaansa lääkehoidon ohjauksen?

2 Millaisia menetelmiä sairaanhoitajat käyttävät lääkehoidon ohjauksessa ja lääkehoitoon sitoutumisen edistämässä?

2.1 Millaisia lääkehoidon sisältöjä sairaanhoitajat käyttävät useimmiten ohjauksessa?

2.2 Mitä lähteitä sairaanhoitajat käyttävät ohjatessaan potilaita?

2.3 Minkälaisia kirjallisia tai Internetperustaisia ohjeita sairaanhoitajat käyttävät lääkehoidon ohjauksessa?

3 Mitä keinoja sairaanhoitajat käyttävät arvioidessaan potilaan sitoutumista lääkehoitoon?

4 Miten sairaanhoitajan toteuttamaa lääkehoidon ohjausta ja lääkehoitoon sitoutumista tulisi kehittää?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista lähestymistapaa. Kvantitatiivinen lähestymistapa tutkii ilmiötä otoksen avulla, jonka halutaan vastaavan mahdollisimman hyvin kokonaispopulaatiota, jotta tuloksia voidaan yleistää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79). Lisäksi käytetään kvalitatiivista lähestymistapaa soveltamalla sisällönanalyysia muutaman avoimen kysymyksen kohdalla.

Tutkimusmenetelmänä käytetään MONI-lääkehanketta varten kehitettyä puoli-strukturoitua kyselylomaketta, joka on esitettävä jo aiemmin. Tulokset taulukoidaan numeeriseen muotoon, jolloin sen käsittely on mahdollista (Hirsijärvi yms. 2007, 136).

5.2 Kohdejoukko ja aineiston keruu

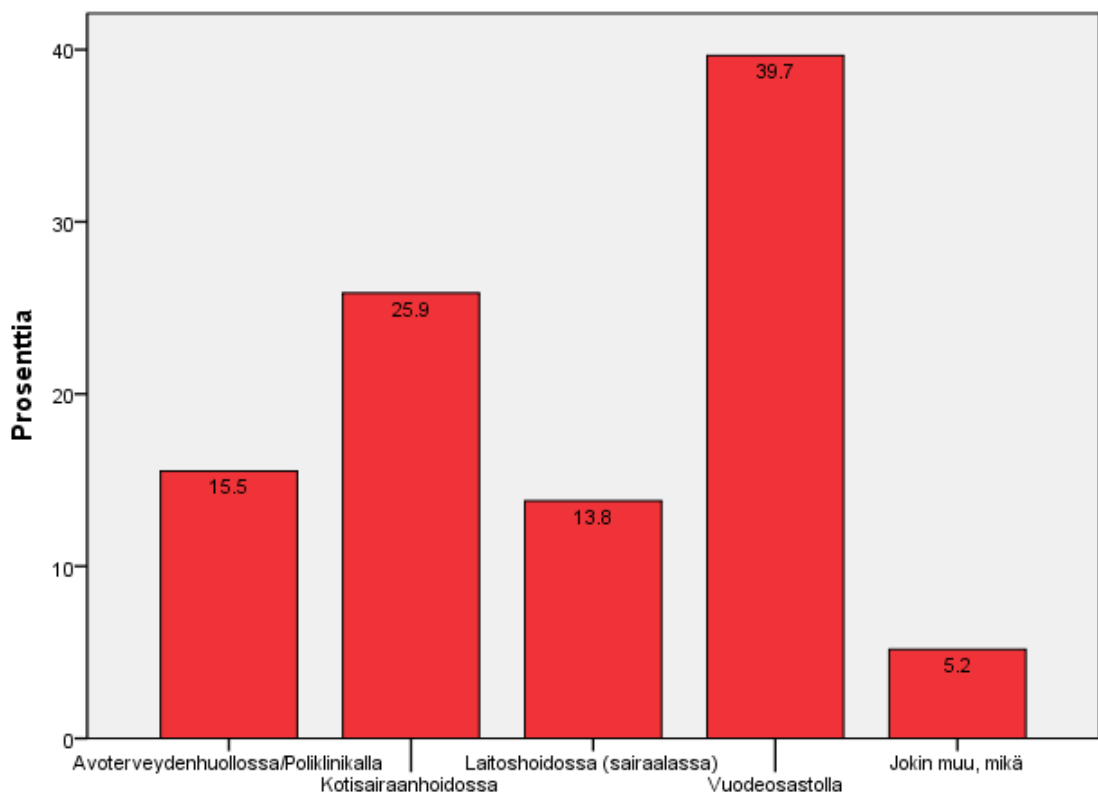
Kohdejoukkona ovat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun sosiaali- ja terveystoimen sairaanhoitajat sisätautien-, kirurgian-, neurologian-, syöpätautien- ja psykiatrian klinikoilta sekä kotisairaanhoidosta. Aineisto on kerätty hankkeen toimesta projektissa kehitetyllä kyselylomakkeella.

Kyselylomake lähetettiin 326 sairaanhoitajalle. Kyselyyn vastanneita oli 116, joista 94 % oli naisia ja 5 % miehiä. Yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien keski-ikä oli 41 vuotta. Työkokemus hoitoalalta on jaettu viiden vuoden välein luokkiin. Vastanneista 21 % sijoittui luokkaan 10–14 vuotta. Pienin osa vastaajista oli ollut hoitoalalla 25–29 vuotta (9 %). Suurin osa vastanneista (76 %) kertoi työskennelleensä nykyisessä työssänsä alle 10 vuotta. Vastanneista 74 % oli sairaanhoitajia, 16 % erikoissairanhoitajia, 10 % terveydenhoitajia ja 1 % kättilöitä. (*Taulukko 1.*)

Taulukko 1. Ammatillinen peruskoulutus

	f	%
Sairaanhoitaja (Opisto, AMK)	86	74.1
Erikoissairaanhoitaja	18	15.5
Terveystenhoitaja	11	9.5
Kätilö	1	.9
Total	116	100.0

40 % vastanneista kertoi työskentelevänsä vuodeosastolla, 26 % kotisairaanhoidossa, 16 % avoterveydenhuollossa / poliklinikalla, 14 % sairaalassa laitoshoidossa. Vastanneista 5 % ei kuulunut annettuihin kategorioihin. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vastanneiden työyksikkö (n= 116)

5.3 Aineiston analyysi

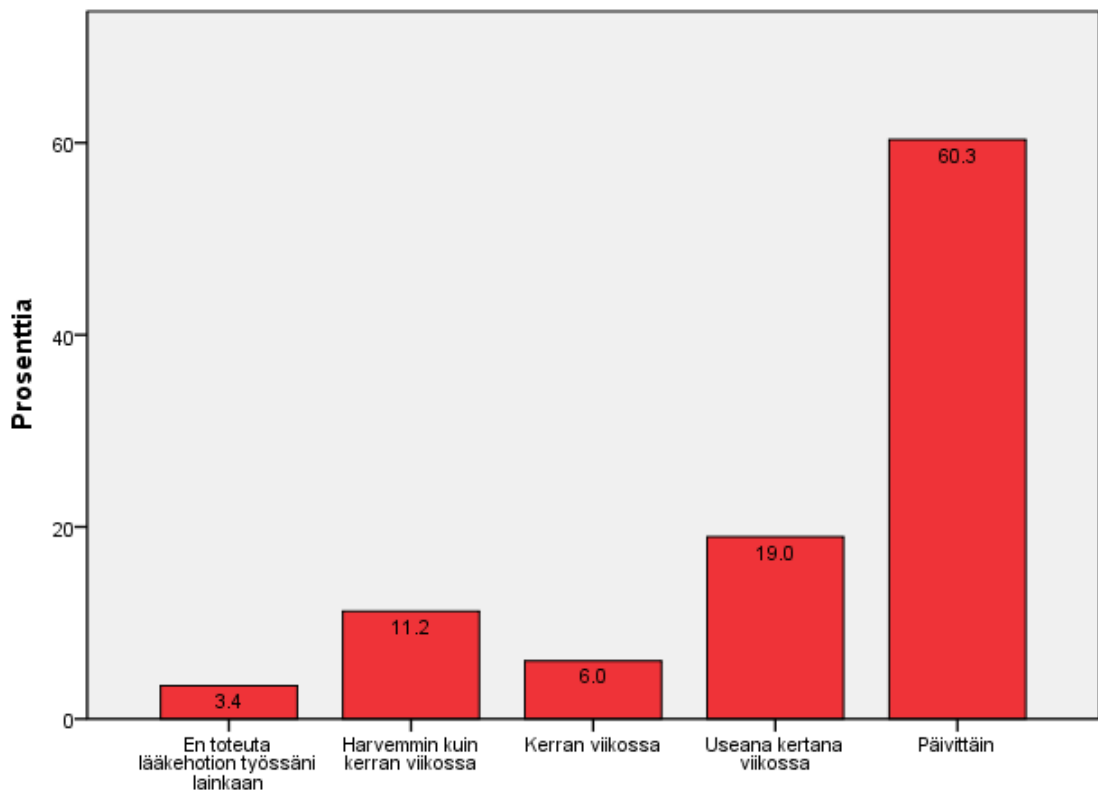
Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS-ohjelmalla. Tilastollisella päättelyllä tarkoitetaan johtopäätelmien tekoa aineiston otokseen pohjautuen (Leppälä 2004, 6). Lisäksi työssä vertailtiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä eroja käyttäen Mann-Witneyn U-testiä sekä ristiintaulukointia p-arvon merkitsevyysrajan ollessa $<0,05$. Avoimien vastauksien analysointi tapahtui värikoodaamalla, muoto yksinkertaistettiin asian sisällön perusteella ja jaettiin luokkiin. Vastaukset on avattu muutamien lausein, joita täydentää suorat lainaukset pääkohdista. Sisällön analyysi on tekstianalyysia, jonka tarkoituksena on saada kuva ilmiöstä tiivistetyssä sekä yleistetyssä muodossa (Tuomi & Sarajarvi 2002, 105).

Tutkimusprosessissa tavoitteena on mahdollisimman objektiivinen, puolueeton tutkimus (Vilkkä 2007, 13). Tuloksia tulee analysoida suhtautumalla niihin kriittisesti ja kiinnittämällä huomiota tutkimuksen heikkouksiin, esimerkiksi liian pienen vastausprosenttiin (Bowling 2005, 349).

6 TULOKSET

6.1 Lääkehoidon ohjaus

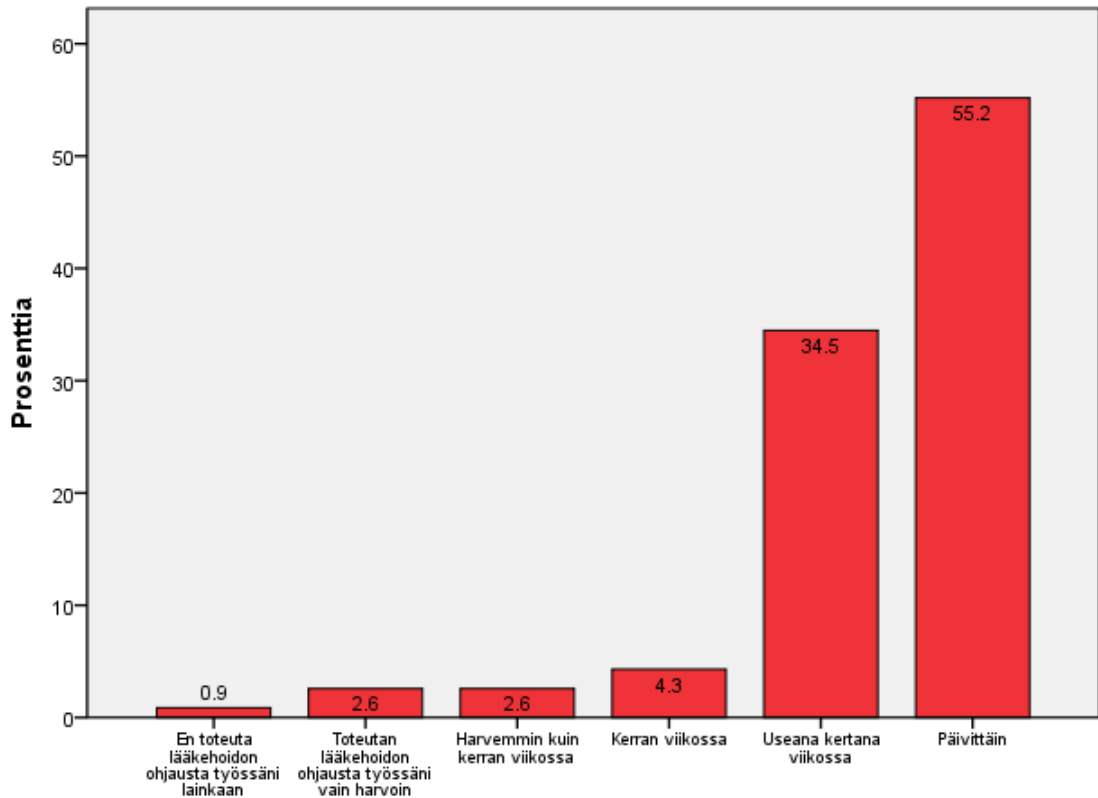
Vastanneista 60 % kertoi toteuttavansa lääkehoitoa nykyisessä työssään päivittäin, 19 % useana kertana viikossa, 6 % kerran viikossa, 11 % harvemmin kuin kerran viikossa ja 3 % ei toteuta lääkehoitoa työssään lainkaan. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Lääkehoidon toteuttaminen nykyisessä työssä (n=116)

Vastanneista lääkehoidon ohjausta toteutti työssään 55 % päivittäin, 35 % useana kertana viikossa, 4 % kerran viikossa, 3 % harvemmin kuin kerran vii-

kossa, 3 % harvoin ja 1 % ei toteuta lääkehoidon ohjausta työssään lainkaan. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Lääkehoidon ohjaus nykyisessä työssä (n= 116)

Vastanneista 74 % oli täysin samaa mieltä siitä, että lääkehoidon ohjaus kuuluu sairaanhoitajan tehtäviin. Osittain samaa mieltä oli 87 % tai täysin samaa mieltä siitä, että heillä on hyvät valmiudet toteuttaa lääkehoidon ohjausta ja vastaavasti 75 % arvioi osaavansa käyttää monipuolisesti erilaisia ohjauskeinoja lääkehoidon ohjauksen toteuttamisessa. Noin puolet vastanneista oli samaa mieltä siitä, että heillä on hyvä farmakologinen tietoperusta eri lääkeriitymistä. Melkein kaikki katsoivat, että lääkehoidon ohjaus perustuu tasa-arvoiseen ja kunnioittavaan hoitosuhteeseen. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Väittämiä, jotka liittyvät lääkehoidon ohjaukseen (n=116)

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Läákehoidon ohjaus kuuluu sairaanhoitajan tehtäviin	3 (2,6%)	0 (0%)	1 (0,9%)	26 (22,4%)	86 (74,1%)
Vastuu lääkehoidon ohjauksesta on lääkärillä	4 (3,5%)	18 (15,7%)	11 (9,6%)	43 (37,4%)	39 (33,9%)
Minulla on hyvät valmiudet toteuttaa lääkehoidon ohjausta	2 (1,9%)	5 (4,6%)	7 (6,5%)	69 (63,9%)	25 (23,1%)
Minulla on hyvä farmakologinen tietoperusta eri lääkeryhmistä	2 (1,7%)	23 (19,8%)	29 (25%)	58 (50%)	4 (3,4%)
Perehdyn potilaalle määrätyn lääkkeen farmakologisiin ominaisuuksiin ennen lääkehoidon ohjauksen toteutusta	1 (0,9%)	18 (15,5%)	17 (14,7%)	59 (50,9%)	21 (18,1%)
Toteuttamani lääkehoidon ohjauksen tavoitteena on, että potilas kykenee toteuttamaan lääkehoitoaan ohjeiden mukaisesti	2 (1,7%)	1 (9%)	1 (0,9%)	19 (16,4%)	93 (80,2%)
Suunnittelen ja toteutan potilaan lääkehoidon ohjauksen hänen yksilöllisten tarpeiden perusteella	1 (0,9%)	5 (4,3%)	4 (3,4%)	56 (48,3%)	50 (43,1%)
Toteuttamani lääkehoidon ohjaus on potilaslähtöistä	2 (1,7%)	1 (0,9%)	4 (3,5%)	56 (48,7%)	52 (45,2%)
Toteuttamani lääkehoidon ohjaus perustuu tasa-arvoiseen ja kunnioitettavaan hoitosuhteeseen	2 (1,7%)	1 (0,9%)	2 (1,7%)	34 (29,3%)	77 (66,4%)
Läákehoidon ohjaustilanteessa asetamme yhdessä potilaan ja/tai hänen läheisensä kanssa lääkehoidolle tavoitteet	1 (0,9%)	22 (19,1%)	21 (18,3%)	45 (39,1%)	26 (22,6%)
Potilaalla ja/tai läheisellä on mahdollisuus kysyä kysymyksiä toteuttamassani lääkehoidon ohjaustilanteessa	2 (1,7%)	1 (0,9%)	3 (2,6%)	25 (21,6%)	85 (73,3%)
Ohjaan potilasta lääkehoidossa käyttäen sellaisia termejä, joita potilas ymmärtää	1 (0,9%)	3 (2,6%)	1 (0,9%)	21 (18,1%)	90 (77,6%)
Varmistan, että potilas on ymmärtänyt saamansa lääkehoidon ohjeet	2 (1,8%)	1 (0,9%)	2 (1,8%)	24 (21,1%)	85 (74,6%)
Osaan käyttää monipuolisesti erilaisia ohjauskeinoja lääkehoidon ohjauksen toteuttamisessa	3 (2,6%)	9 (7,8%)	17 (14,7%)	63 (54,3%)	24 (20,7%)
Dokumentoin toteuttamani lääkehoidon ohjauksen potilasasiakirjoihin	3 (2,6%)	6 (5,2%)	6 (5,2%)	42 (36,2%)	59 (50,9%)

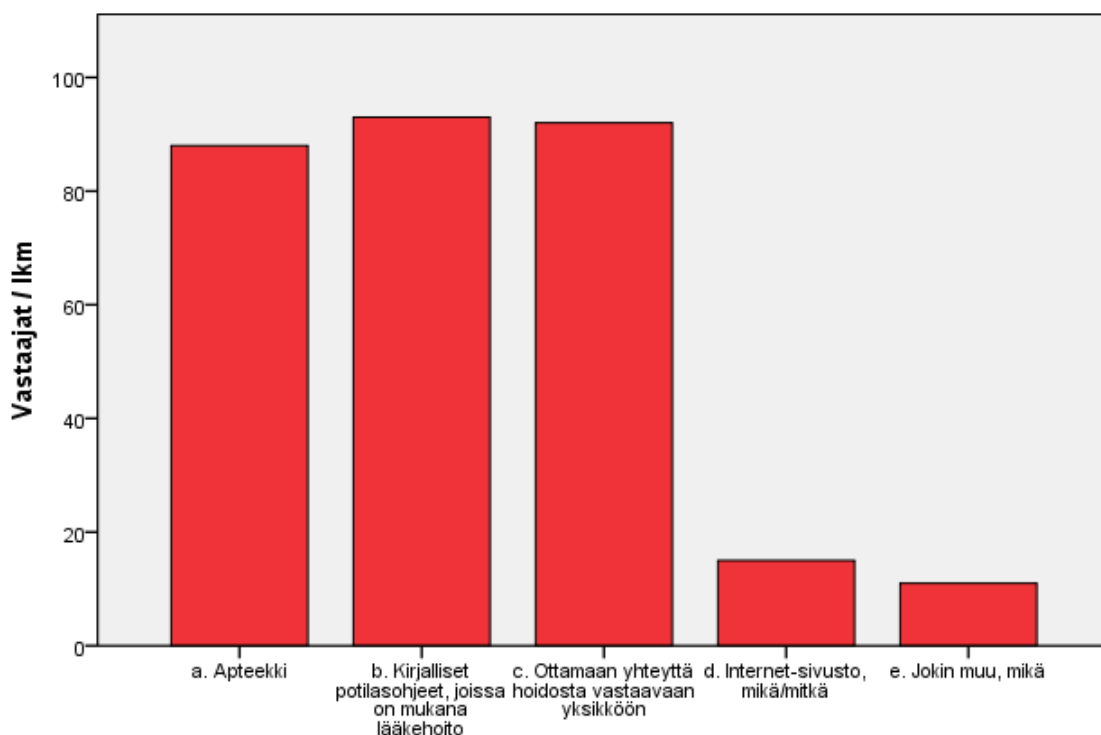
Ohjausmenetelmistä selkeästi yleisimmin käytetty oli suullinen ohjaus 78 %, yksilöohjaus 52 % ja kirjallinen ohjaus 27 %. Vähiten käytettyjä olivat sähköiset neuvontapalvelut, ohjausvideot, sähköisesti tapahtuva neuvonta ja ryhmäohjaus. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Lääkehoidon ohjauksen toteuttamisessa käytettyjä menetelmiä (n=116)

	Ei koskaan	Harvoin	Usein	Aina
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Suullinen ohjaus	0 (0%)	0 (0%)	26 (22.4%)	90 (77,6%)
Demonstraatio (esim. injektion pistäminen)	6 (5,2%)	33 (28.7%)	58 (50,4%)	18 (15,7%)
Kirjallinen ohjaus (esim. potilasohjeet)	0 (0%)	17 (14.9%)	66 (57.9%)	31 (27,2%)
Sähköisten neuvontapalveluiden näyttäminen (esim. erilaiset omahoitoportaalit)	44 (37,9%)	63 (54.3%)	9 (7.8%)	0 (0%)
Erilaisten ohjausvideoiden näyttäminen	85 (73,3%)	30 (25.9%)	1 (0,9%)	0 (0%)
Puhelinneuvonta	8 (6,9%)	49 (42.2%)	55 (47.4%)	4 (3,4%)
Sähköpostitse tapahtuva neuvonta	93 (80,2%)	20 (17,2%)	2 (1.7%)	1 (0,9%)
Yksilöohjaus	3 (2,6%)	2 (1.7%)	51 (44.0%)	60 (51,7%)
Ryhmäohjaus	62 (54,4%)	44 (38.6%)	7 (6.1%)	1 (0,9%)

Potilasohjauksessa käytetyistä lähteistä käytetyimpiä olivat kirjalliset potilasohjeet, joissa on mukana lääkehoito, apteekki sekä yhteyden ottaminen hoidosta vastaavaan yksikköön. Internet oli vähiten käytetty lähde. Kysymyksessä vastaajat saivat valita useamman vastausvaihtoehdon tai kertoa avoimesti, jos vastaus poikkesi annetuista vastausvaihtoehdoista. Avoimissa vastuksissa neuvoa kysyttiin usein myös omalta hoitavalta lääkäriltä. (Kuvio 4.)

Internetperustaisista lähteistä eniten käytetty oli Terveystieteen kirjalliset ohjeet, joita 62 % vastanneista kertoi käyttävänsä usein tai aina. Muita käytettyjä Internetperustaisia lähteitä olivat Käypä hoito-suositukset (38 %) ja Lääkeinfo.fi (29 %).



Kuvio 4. Potilasohjauksessa käytettyjä lähteitä (n=115)

Vastanneiden mielestä lääkehoidon ohjaus sisälsi useimmiten selvityksen lääkehoidon annoksesta (usein/aina 99 %), selvityksen lääkehoidon tyypistä (96 %), perusteita lääkehoidolle (92 %), vaikutuksen ja sen alkamisen (92 %), lääkkeen oikean ottotavan (89 %), lääkkeen antoreitin (85 %), hoitopaikan yhteystiedot (83 %), lääkkeen keskeisimmät haittavaikutukset (80 %) sekä tehokkuuden (80 %).

Vähiten käytettyjä sisältöjä olivat lääkehoidon luotettavista tiedonlähteistä kertominen (harvoin/ei koskaan 62 %), lääkkeiden kustannukset (56 %), lääkkeiden hävittäminen (56 %) sekä lääkkeet ja lääkevaihto (53 %).

Kyselyyn vastanneet kertoivat avoimilla vastauksilla, kuinka lääkehoidon ohjausta tulisi heidän mielestään kehittää. Useiden vastaajien mielestä koulutusten määrässä, ajan antamisessa ja resurssien määrässä oli puutteita. Usein potilaiden ohjaus tapahtui kiireisessä ja stressaavassa ympäristössä. Myös aikaa lääkehoidon ohjaukseen liittyvään materiaaliin tutustumiseen toivottiin lisää. Esiin nousi myös tarve ymmärrettävämmälle materiaalille sekä hoitajien että potilaiden käyttöön. Tiedon tulisi myös olla selkeämmässä muodossa ja helposti löydettävissä. Hoitajan tulee varmistaa, että potilas osaa käyttää luotettavia Internet-sivustoja tarvittaessa lisätiedon hankkimiseen lääkehoidosta. Lisäksi pysyvässä laitoshoidossa, tai esimerkiksi kotihoidossa olisi hyvä kokoontua säännöllisin väliajoin käymään läpi potilaiden lääkityksiä, jolloin voitaisiin helpommin ja tehokkaammin havaita niissä esiintyviä epäkohtia.

Sairaanhoitajat kaipasivat enemmän lääke-esittelyjä, joihin myös heillä olisi mahdollisuus lääkäreiden lisäksi osallistua. Lisäksi myös yhteistyötä apteekin ja esimerkiksi farmaseuttien kanssa tulisi lisätä. Taitoja tulisi myös todentaa säännöllisin väliajoin, esimerkiksi lääkelaskutentit oli koettu toimiviksi. Sairaanhoitajilla tulisi olla selkeät toimintaohjeet, jos työyksikössä ilmenee puutteita lääkehoidon osaamisessa. Tyypillisimmillään asiaa kuvattiin seuraavasti:

Säännölliset lääkehoidon osaamisen näytöt sekä kirjalliset tentit. Varmistus, että kaikki osaavat oikein toteuttaa. Ohjeet, miten toimia, jos huoli kollegan osaamisesta syntyy.

Erilaisia koulutustilaisuuksia ja mahdollisuus myös päästä niihin!

Lääke-edustajat käyvät paljon puhumassa lääkäreille, mutta olisi hyvä, että joku kävisi myös hoitohenkilökunnalle antamassa uusien lääkkeiden (myös vanhempien) lääketietoutta.

Lisää aikaa ohjaukselle ja rauhallinen tila. Ohjaus tehdään vuodeosastolla muun potilastyön ohessa, potilashuoneessa, joten usein ohjaustilanne voi olla melko kiireinen ja stressaava. Varsinkin jos ja kun potilaalla on paljon kysymyksiä.

6.2 Lääkehoitoon sitoutumisen edistäminen

Lääkehoitoon sitoutumisen edistämässä vastanneet käyttivät useimmiten lääkehoidon ohjausta, voinnin seuranta erilaisten mittauksien, dosetin käyttöä sekä ohjausta lääkärille lääkemuodon vaihtamiseksi. Vähiten käytettyjä keinoja olivat muistuttajan käyttö, esimerkiksi hälyttimet lääkkeenottoaikana (harvoin/en koskaan 97 %), lääkepäiväkirjan käyttö lääkkeiden oton seurantaan (89 %), puhelinsuranta (85 %), ohjaus lääkevaihdon kieltämisestä (85 %) sekä ohjaus lääkärille lääkevalmisteen vaihtamiseksi (60 %). (*Taulukko 4.*)

Taulukko 4. Keinoja lääkehoitoon sitoutumisen edistämiseksi (n=116)

	En koskaan	Harvoin	Usein	Aina
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Lääkehoidon ohjaus	0 (0%)	4 (3,4%)	54 (46,6%)	58 (50%)
Puhelinseuranta	49 (42,2%)	50 (43,1%)	16 (13,8%)	1 (0,9%)
Voinnin seuranta erilaisin mittauksin (Esim. PEF, Gluk)	9 (7,8%)	25 (21,6%)	64 (55,2%)	18 (15,5%)
Ohjaus lääkärille lääkehoidon yksinkertaistamiseksi	3 (2,6%)	58 (50,4%)	53 (46,1%)	1 (0,9%)
Ohjaus lääkärille lääkemuodon vaihtamiseksi	2 (1,7%)	51 (44%)	55 (47,4%)	8 (6,9%)
Ohjaus lääkärille lääkevalmisteen vaihtamiseksi	4 (3,4%)	66 (56,9%)	39 (33,6%)	7 (6%)
Lääkepäiväkirja (lääkkeiden oton seuranta)	36 (31%)	67 (57,8%)	11 (9,5%)	2 (1,7%)
Dosetin käyttö	12 (10,5%)	36 (31,6%)	46 (40,4%)	20 (17,5%)
Muistuttajan käyttö (hälyttää, kun lääke otettava)	65 (56%)	48 (41,4%)	2 (1,7%)	1 (0,9%)
Ohjaus lääkevaihdon kieltämisestä	36 (31,9%)	60 (53,1%)	16 (14,2%)	1 (0,9%)
Muuta, mitä	4 (50%)	4 (50%)	0 (0%)	0 (0%)

Eniten käytettyjä sitoutumisen arviointiin käytettyjä keinoja olivat haastattelu (usein ja aina 91 %), mittaukset, kuten verenpaine, pulssi ja paino (77 %) potilaan oireiden kartoitus ja tutkiminen (77 %), laboratoriokokeet (60 %) sekä lääkkeiden käytön (määrän) seuranta (59 %). Harvemmin käytettyjä keinoja olivat oirepäiväkirjan käyttö (harvoin ja en koskaan 92 %) sekä kyselylomake (91 %).

Kyselyyn vastanneet kuvailivat avoimeen kysymykseen, kuinka lääkehoitoon sitoutumisen edistämistä tulisi heidän mielestään kehittää. Tietoa tulisi antaa potilaille ymmärrettävämmässä muodossa, esimerkiksi selkeämpien ja yksinkertaisempien potilasohjeiden avulla. Potilaan tulee saada riittävästi tietoa lääkehoidon vaikutuksista, sekä hyvistä että huonoista puolista. Koska lääkehoito on suureksi osaksi myös potilaan omalla vastuulla, tulisi sairaanhoitajan motivoida ja olla tukena riittävästi. Lisäksi ohjauksen tulisi olla myös potilaslähtöisempää, jotta lääkehoitoon olisi helpompi sitoutua, esimerkiksi lääkemuodon valitseminen potilaiden yksilöllisten tarpeiden mukaan. Lääkehoidon toteutumisen seuranta tulisi kehittää. Esimerkiksi potilaan kotiutumisen jälkeen, tulisi varmistaa, että potilaalla on kontakti johonkin hoitopaikkaan. Omalääkäri- ja omahoitaja-

toimintaa tulisi kehittää, niin että potilaaseen otettaisiin säännöllisin väliajoin yhteyttä. Hoitajien olisi tärkeää jakaa tietoa keskenään sitoutumisen edistämisen keinoista. Lähihoitajat toteuttavat työssään lääkehoitoa, joten myös heidän lääkehoidon osaamistaan tulisi kehittää. Asiaa kuvattiin muun muassa seuraavasti:

Ihmisen ymmärryksen lisäämistä, että lääkehoito on tarkoitettu potilaan sairauden hoitoon tai terveyden ylläpitoon ja kaikkea voi myös kyseenalaistaa. Vastuunkanto on myös ihmisellä itsellään omasta hoidostaan.

Potilaan pitää olla tietoinen lääkkeestä, mm. miksi ja mihin vaivaan sitä käytetään. Motivoiminen omatoimisuuteen on tärkeää lääkehoidossa. Jos esim. on iäkäs potilas, tulisi lääkehoidon olla mahdollisimman helppo toteuttaa ja että liikaannostuksen vaaraa ei ole olemassa. Esim. monille on helpompaa ottaa lääkkeet mikstuuran muodossa kuin tabletteina ja tämä mahdollisuus olisi muistettava. Koulutetulta henkilökunnalta potilas saa hyvää ja turvallista lääkehoitoa.

Potilaalla tulee olla vapaa tahto päättää sen jälkeen, kun on saanut asiallisen informaation (riippuen mikä diagnoosi).

6.3 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä eroja sairaanhoitajien vastauksissa.

Vertaillen perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa lääkehoidon toteutuksessa ja ohjauksessa, löytyi niiden välillä merkittäviä eroja. Erittäin merkittäviä eroja löytyi seuraavista ($p \leq 0,001$):

- lääkehoidon toteutus työssä
- lääkehoidon ohjaus työssä
- eri tietokantojen kirjallisten lääkehoidon ohjeiden käyttö
- lääkehoidon ohjauksen sisällöt (lääkkeet, lääkkeiden säilytys ja lääkevaihto)
- lääkehoitoon sitoutumisen arviointikeinot (potilaiden oireiden tutkiminen, lääkkeiden käytön määrän seuranta sekä laboratoriokokeiden ja muiden mittausten käyttö)

Erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajat toteuttivat lääkehoitoa päivittäin 71 % kun taas perusterveydenhuollossa 31 %. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Lääkehoidon toteutus perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoitossa

		Lääkehoidon toteutus työssä					Yhteensä
		En toteuta lääkettä työssäni lainkaan	Harvemmin kuin kerran viikossa	Kerran viikossa	Useana kertana viikossa	Päivittäin	
Perusterveydenhuollossa	lukumäärä	1	5	2	14	10	32
	%	3,1%	15,6%	6,3%	43,8%	31,3%	100,0%
Erikoissairaanhoitossa	lukumäärä	3	8	5	8	59	83
	%	3,6%	9,6%	6,0%	9,6%	71,1%	100,0%
Yhteensä	lukumäärä	4	13	7	22	69	115
	%	3,5%	11,3%	6,1%	19,1%	60,0%	100,0%

Lääkehoidon ohjausta toteutettiin erikoissairaanhoitossa päivittäin 65 % sekä perusterveydenhuollossa päivittäin 28 %. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Lääkehoidon ohjaus perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoitossa

		Lääkehoidon ohjaus työssä						Yhteensä
		En toteuta lääkkehoidon ohjausta työssäni lainkaan	Toteutan lääkkehoidon ohjausta työssäni vain harvoin	Harvemmin kuin kerran viikossa	Kerran viikossa	Useana kertana viikossa	Päivittäin	
Perusterveydenhuollossa	lukumäärä	0	1	3	2	17	9	32
	%	.0%	3.1%	9.4%	6.3%	53.1%	28.1%	100.0%
Erikoissairaanhoitossa	lukumäärä	1	2	0	3	23	54	83
	%	1.2%	2.4%	.0%	3.6%	27.7%	65.1%	100.0%
Yhteensä	lukumäärä	1	3	3	5	40	63	115
	%	.9%	2.6%	2.6%	4.3%	34.8%	54.8%	100.0%

Terveysportin ja eri tietokantojen kirjallisia lääkkehoidon ohjeita käytti perusterveydenhuollossa usein tai aina 84 % ja erikoissairaanhoitossa 53 %. Sisällöt poikkesivat perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoitossa jonkin verran toisistaan. Perusterveydenhuollossa 41 % neuvoi potilaita aina lääkkeiden säily-

tyksestä kotona. Erikoissairaanhoidossa vastaava luku oli 13 %. Lääkkeistä ja lääkevaihdosta ohjauksessa kertoivat perusterveydenhuollossa 72 % ja erikoissairaanhoidossa 39 % sairaanhoitajista. Lääkehoitoon sitoutumisen arviointikeinoissa ilmeni myös eroja. Potilaiden oireita tutkittiin usein tai aina perusterveydenhuollossa 94 % ja erikoissairaanhoidossa 70 %. Lääkkeiden käytön määrää seurasi perusterveydenhuollossa 97 % sairaanhoitajista ja erikoissairaanhoidossa 44 %. Laboratoriokokeita käytettiin arvioinnin tukena perusterveydenhuollossa 88 % ja erikoissairaanhoidossa 51 %. Muita mittauksia arvioinnissa käytti perusterveydenhuollossa 100 % ja erikoissairaanhoidossa 68 %.

Merkitseviä eroja löytyi seuraavista ($p \leq 0,01$):

- potilasohjauksen suunnittelu ja toteutus potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti
- lähteiden käyttö (organisaation omien kirjallisten ohjeiden käyttö)
- Lääkehoidon ohjauksen sisällöt (lääkkeiden kustannukset, yliannostuksista ja unohtamisista kertominen)

Perusterveydenhuollossa täysin samaa mieltä lääkehoidon ohjauksen suunnittelusta ja toteutuksesta potilaan yksilöllisten tarpeiden perusteella olivat 66 % sairaanhoitajista sekä erikoissairaanhoidossa täysin samaa mieltä 35 %. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Lääkehoidon ohjauksen suunnittelu ja toteutus potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

	Lääkehoidon ohjauksen suunnittelu ja toteutus potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti					Yhteensä
	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	en samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	
Perusterveydenhuollossa lukumäärä	0	1	1	9	21	32
%	.0%	3.1%	3.1%	28.1%	65.6%	100.0%
Erikoissairaanhoidossa lukumäärä	1	4	3	46	29	83
%	1.2%	4.8%	3.6%	55.4%	34.9%	100.0%
Yhteensä lukumäärä	1	5	4	55	50	115
%	.9%	4.3%	3.5%	47.8%	43.5%	100.0%

Joidenkin lähteiden käytössä löytyi eroja. Erikoissairaanhoidossa 68 % käytti organisaation omia kirjallisia ohjeita usein tai aina ja perusterveydenhuollossa 41 %. Lääkkeiden kustannuksista ohjauksessa usein tai aina puhuivat 66 % perusterveydenhuollon sairaanhoitajista ja 34 % erikoissairaanhoidossa. Lääkkeiden yliannostuksista ja unohtamisista ohjauksessa puhuttiin usein tai aina perusterveydenhuollossa 81 % ja erikoissairaanhoidossa 49 %.

Melkein merkitseviä eroja löytyi seuraavista ($p \leq 0,05$):

- ohjauksen potilaslähtöisyys
- ohjauksen perustuminen tasa-arvoisuuteen ja kunnioittavaan hoitosuhteeseen
- Internetperustaisten ohjeiden käyttö (Laakeinfo.fi:n tulosten käyttö)

Täysin samaa mieltä perusterveydenhuollossa lääkeshoidon toteutumisesta potilaslähtöisesti oli 66 % sairaanhoitajista sekä erikoissairaanhoidossa täysin samaa mieltä 38 %. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Lääkehoidon ohjauksen toteutus potilaslähtöisesti perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

	Lääkehoidon ohjauksen toteutus potilaslähtöisesti					Yhteensä
	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	en samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	
Perusterveydenhuollossa lukumäärä	0	1	1	9	21	32
%	.0%	3.1%	3.1%	28.1%	65.6%	100.0%
Erikoissairaanhoidossa lukumäärä	2	0	3	46	31	82
%	2.4%	.0%	3.7%	56.1%	37.8%	100.0%
Yhteensä lukumäärä	2	1	4	55	52	114
%	1.8%	.9%	3.5%	48.2%	45.6%	100.0%

Perusterveydenhuollon sairaanhoitajista täysin samaa mieltä lääkeshoidon ohjauksen perustumisesta tasa-arvoiseen ja kunnioittavaan hoitosuhteeseen oli 81,3 % ja erikoissairaanhoidossa 61,4 %. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Lääkehoidon ohjauksen perustuminen tasa-arvoiseen ja kunnioittavaan hoitosuhteeseen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

		Lääkehoidon ohjauksen perustuminen tasa-arvoiseen ja kunnioittavaan hoitosuhteeseen					Yhteensä
		Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	en samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	
Perusterveydenhuollossa	lukumäärä	0	1	0	5	26	32
	%	.0%	3.1%	.0%	15.6%	81.3%	100.0%
Erikoissairaanhoidossa	lukumäärä	2	0	2	28	51	83
	%	2.4%	.0%	2.4%	33.7%	61.4%	100.0%
Yhteensä	lukumäärä	2	1	2	33	77	115
	%	1.7%	.9%	1.7%	28.7%	67.0%	100.0%

Laakeinfo.fi:n tulostetta lääkevalmisteesta käytti perusterveydenhuollossa usein tai aina 43 % ja erikoissairaanhoidossa 24 %.

7 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Opinnäytetyö on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tiedonhankinta on toteutettu kriittisesti, huolellisesti ja eettisesti hyvän tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti ja alkuperäislähteisiin on viitattu asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Opinnäytetyölle on myönnetty asianmukaiset luvat Turun sosiaali- ja terveystoimesta ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiristä 6.2.2012. Tutkittaville on jaettu tiedote tutkimuksesta. Tiedotteessa käydään läpi tutkittavan oikeudet, tutkimuksen kulku, vapaaehtoisuus ja varmenneetaan tutkittavan anonymiteetin säilyvyys ja tietojen pysyminen luottamuksellisina. Tutkittavat ovat ilmaisseet suostumuksensa osallistumalla tutkimukseen. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto luovutetaan säilytettäväksi hankkeen projektipäällikölle. Tutkimusaineistoa säilytetään viisi vuotta.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla muun muassa tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan koko tutkimuksen luotettavuutta ja reliabiliteetilla tietojenkeruumenetelmän luotettavuutta antaa sattumanvaraisuudesta vapaata tietoa. Jotta tutkimuksen yleistettävyyttä voidaan arvioida, tulee tutkimusotokseen suhtautua kriittisesti. Huomiota tulee kiinnittää myös siihen, mikä on tutkimuksen otoksen ja kadon suhde sekä siihen, kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–158.) Kyselylomakkeen kehittäminen ja aineisto keruu on tapahtunut hankkeen toimesta. Luotettavuutta voidaan katsoa lisäävän mittarin esitelmä, jolla varmistettiin kysymysten asettelu ja ymmärrettävyys. Tuloksia analysoitaessa kävi ilmi, että kysymykset oli ymmärretty ja lähes jokaiseen vastattu, mikä osoittaa, että mittari on helppolukuinen ja hyvin laadittu. Avoimissa vastauksissa ilmeni paljon yhteneväisyyttä. Sairaanhoitajat osasivat nimetä lääkehoidon ohjauksessa sekä lääkehoitoon sitoutumisen edistämässä ilmenviä puutteita hyvin yhdenmukaisesti, jolloin vastausten ryhmittely ja raportointi on ollut yksinkertaisempaa. Tämän voidaan katsoa myös lisäävän avointen vastausten luotettavuutta.

Tutkimustulosten yleistettävyyttä heikentää alhainen vastausprosentti. Kyselylomake lähetettiin 326 sairaanhoitajalle, joista kyselyyn vastasi 116. Vastausprosentiksi jäi tällöin 36. Myös perusterveydenhuollon (n=32) ja erikoissairaanhoidon (n=83) välisiä eroja voidaan tarkastella vain suuntaa-antavasti, sillä ryhmien edustukset jäivät pieniksi ja toisiinsa verraten erisuuruisiksi. Tämä voisi antaa aihetta jatkotutkimuksille. Samanlaista vertailua voisi tulevaisuudessa toteuttaa suuremmassa mittakaavassa, jotta aiheesta saataisi myös paremmin yleistettävää tietoa.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa sairaanhoitajan toteuttaman lääkehoidon ohjauksen laatua, sisältöä ja menetelmiä. Lisäksi selvitettiin, mitä menetelmiä sairaanhoitajat käyttivät lääkehoitoon sitoutumisen edistämiseksi ja arvioinnissa. Tavoitteena oli kehittää sairaanhoitajan toteuttaman lääkehoidon ohjauksen laatua.

Lähes kaikki vastanneista oli sitä mieltä, että lääkehoidon ohjaus kuuluu sairaanhoitajan tehtäviin ja arvioivat valmiutensa sen toteuttamiseen riittäviksi. Sairaanhoitajan tehtävänä on toteuttaa lääkärin määräämiä lääkemääräyksiä, arvioida lääkehoidon vaikutuksia, ohjata lääkehoitoa ja edistää siihen sitoutumista (Kinnunen & Sulosaari 2010, 42). Suuri osa koki myös osaavansa käyttää monipuolisesti erilaisia ohjauskeinoja lääkehoidon ohjauksen toteuttamisessa. Tietenkään ei ole oletettavaa, että jokainen hallitsisi kaikki olemassa olevat ohjauskeinot, vaan ne ovat riippuvaisia työyksiköstä ja niiden omista käytännöistä. Myös potilaan aktiivisuus ja osallistuminen koettiin lääkehoidon ohjaustilanteissa tärkeäksi. Vaikka suurin osa vastanneista kokee lääkehoidon ohjauksen kuuluvan sairaanhoitajan tehtäviin, vain hieman yli puolet arvioi farmakologisen tietoperustansa eri lääkeryhmistä hyväksi. Aiemmin sairaanhoitajista oli arvioinut taitonsa kiitettäväksi 20 % (Kyngäs ym. 2006, 8). Tämä on mielenkiintoinen huomio silloin, kun arvioidaan toteutetun lääkehoidon eettisyyttä ja turvallisuutta, jos hoitajakin tuntee olonsa ohjaustilanteessa epävarmaksi. Ohjauksen perustana on, että sairaanhoitaja ymmärtää lääkehoidon tarkoituksen, toiminnan ja annostusohjeet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47). Voisi olla esimerkiksi hyvä kiinnittää huomiota jatkossa, kuinka hyväksi sairaanhoitajat kokevat farmakologisen tietoperustansa heti valmistumisen jälkeen, jolloin valmiuksia voitaisiin jo opetussuunnitelman tasolla parantaa. Tärkeää on myös huolehtia, että sairaanhoitajien tietojen ja taitojen ajantasaisuudesta pidetään huolta myös työskentelyaikana, kuten tarjoamalla tarpeeksi jatkokoulutusmahdollisuuksia.

Lääkehoidon ohjausta toteutettiin selkeästi eniten suullisesti. Myös kirjalliset ohjeet, esimerkiksi erilaisten potilasohjeiden antaminen koettiin tärkeiksi ohjausmenetelmiksi. Useimmiten ohjaus toteutettiin yksilöohjauksena. Näiden ohjauskeinojen yhdistelmällä voidaan varmistaa, että potilas varmasti ymmärtää asian ja voi halutessaan vielä kotona kerrata annettuja ohjeita. Esimerkiksi jännityksen vuoksi osastolla kerrotut asiat voivat unohtua, mutta kirjallisista ohjeista asiat on helppo kerrata. Vain 7 % kertoi käyttävänsä ryhmäohjausta usein tai aina, mikä oli yllättävää sen helppouteen ja taloudellisuuteen verraten. Nykypäivän resurssit ja ajanpuutteen huomioon ottaen tämän ohjausmenetelmän käyttö voisi olla suositeltavaa. Myös teknologian käyttö ohjauksen tukena oli vähäistä. Teknologia mahdollistaa ohjauksen tapahtumisen myös muualla kuin hoitopaikassa, esimerkiksi potilaan kotona. Tämä voisikin olla mahdollinen kehityskohde tulevaisuuden hoitotyölle, esimerkiksi erilaisten kehittämishankkeiden muodossa.

Potilasohjauksessa käytettiin lähteinä pääasiassa kirjallisia potilasohjeita, joissa on mukana lääkehoito, apteekkia tai yhteyden ottamista hoidosta vastaavaan yksikköön. Neuvoa kysyttiin myös hoitavalta lääkäriltä. Internet-lähteitä käytettiin yllättävän vähän. Näistä käytetyin oli kuitenkin Terveysportin kirjalliset ohjeet. Internet-lähteitä olettaisi käytettävän enemmän käytön helppouden sekä lähteiden ajantasaisuuden vuoksi. Internet on myös nopea keino saada tietoa uusista vasta markkinoille ilmestyneistä lääkevalmisteista. Sairaanhoidajien tulee kuitenkin Internetiä käyttäessä olla tietoinen virallisista ja luotettavista lähteistä.

Lääkehoitoon sitoutumista arvioitiin useimmiten haastattelulla. Muita käytettyjä menetelmiä olivat erilaiset mittarit, kuten verenpaine, pulssi ja paino, laboratoriokeet sekä oireiden kartoitus ja tutkiminen. Harvemmin käytettyjä arviointikeinoja olivat epäsuorat menetelmät, kuten oirepäiväkirjat ja kyselylomakkeet. Vaikka suorat menetelmät ovat tutkitusti luotettavampia, niissä unohdetaan kuitenkin potilaan oma osallistuminen hoitoon (Kyngäs ym. 2009, 36–37). Ihanteellista voisinkin olla käyttää sekä epäsuoraa että suoraa menetelmää samanaikaisesti sitoutumista arvioitaessa. Olisi tärkeää luoda selkeää näyttöä epäsuor-

rien ja suorien arviointikeinojen yhdistämisen tehosta, jotta tulisi varmuus kokonaisuuden käytettävyydestä ja sitä voitaisiin tehokkaammin tuoda sairaanhoitajien tietoisuuteen.

Sairaanhoitajien mielestä lääkehoitoon sitoutumisen edistämistä tulisi kehittää antamalla tietoa potilaille selkeämmässä ja yksinkertaisemmassa muodossa. Lääkehoitoon sitoutumattomuus johtuukin usein siitä, ettei potilas ymmärrä lääkehoidon tarkoitusta, annettuja ohjeita tai taidot sen toteuttamiseen ovat puutteelliset (Kyngäs & Hentinen 2009, 44). Riittävä tiedonanto lääkehoidon hyvistä sekä huonoista puolista koettiin tärkeiksi kehittämiskohteiksi. Myös potilaan motivointiin ja tuen antoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Potilaan omaa osuutta lääkehoitoa koskevissa päätöksenteoissa tulisi lisätä. Sairaanhoitajien tulisi omalta osaltaan ottaa ohjauksessaan huomioon myös potilaan tiedon ja tuen tarve, sekä ottaa potilasta enemmän mukaan päätöksentekoon, sillä loppujen lopuksi kyse on vain siitä miten he ohjauksen toteuttavat. Mielenkiintoista on, että hoitajat osaavat kyllä nimetä nämä puutteet antamassaan ohjauksessa, mutta keinoja epäkohtien poistamiseksi ei osattu esittää. Sairaanhoitajat kokivat, että heillä ei ole tietoa tai taitoja potilaan riittävään tukemiseen (Kyngäs ym. 2006, 11).

Erikoissairaanhoidossa toteutettiin huomattavasti enemmän lääkehoitoa ja lääkehoidon ohjausta kuin perusterveydenhuollossa. Kuitenkin ohjusmenetelmät ja ohjauksen sisältö olivat monipuolisempia perusterveydenhuollossa sekä he ovat yhtä mieltä siitä, että potilasohjaus tulee toteuttaa potilaslähtöisesti ja perustua tasa-arvoiseen ja kunnioittavaan hoitosuhteeseen. Perusterveydenhuollossa käytettiin myös monipuolisempia keinoja lääkehoitoon sitoutumisen arvioinnissa. Erot johtuvat mahdollisesti siitä, että perusterveydenhuollossa potilaat ovat usein itse vastuussa omasta lääkehoidostaan, jolloin ohjauksen tarve ja sitoutumisen merkitys korostuu. Lisäksi erikoissairaanhoidon jatkohoito tapahtuu usein perusterveydenhuollon puolella, esimerkiksi terveyskeskuksissa, jolloin vastuu lääkehoidon ohjauksesta korostuu. Kuitenkin olisi tärkeä kiinnittää huomiota erikoissairaanhoidossa siihen, millä keinoin voitaisiin tehokkaasti ohjata potilaita ja sitouttaa heitä lääkehoitoon. Herää myös kysymys kuinka potilasläh-

töistä toteutettu lääkehoito on, jos sen ohjaaminen ja sitouttaminen tapahtuu tiettyjen kaavojen mukaan. Voisi olla mielenkiintoista tutkia myös niitä syitä, jotka johtavat näihin eroihin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi tarvitaan tutkimusta laajemmassa mittakaavassa, jotta tulokset olisivat paremmin yleistettävissä. Myös potilastyytyväisyys ja kokemukset hoidon laadussa voitaisiin ottaa näitä kahta vertailtaessa huomioon.

LÄHTEET

Absetz, P. & Patja K. 2007. Interventiomenetelmien kehittäminen osana strategista osaamista. Kansanterveys No. 7/2007.

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

Becze, E. 2010. Help patients adherence to oral therapies. Clinical Journal of Oncology Nursing. Vol.25 No.10, 20-21.

Birks, Y. & Kaufman, G. 2009. Strategies to improve patients' adherence to medication. Nursing Standard Vol. 23. No. 49, 51-57.

Bowling, A. 2005. Research methods in health. Investigating health and health services. Berkshire, UK: Open University Press.

Brady, A.; Fleming, S.; Malone, A-M. 2009. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. Journal of Nursing Management Vol.17 No. 6, 679–697.

Brown, M. & Bussell, J. 2011. Medication Adherence: WHO Cares? Mayo Foundation for Medical Education and Research. Vol.84. No.4. 304-314.

Carpenter, D.; Devills, B.; DeVellis, R. & Fisher, E. 2010. The effect of conflicting medication information and physician support on medication adherence for chronically ill patients. Patient Education and Counseling. Vol. 81. 169-176.

Ekman, I.; Granger, B.; Kjellgren, K.; Schaufelberger, M. & Swedberg, K. 2007. Standard medication information is not enough: poor concordance of patient and nurse perceptions. Journal of Advanced Nursing Vol. 60. No. 2/2007, 181-186.

Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 13.9.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Hankonen, R. 2012. Lisää kilpailua. Tehy-lehti. No 3,13.

Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Hirsijärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi.

Hirvonen, E.; Johansson, K.; Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Idänpään-Heikkilä, J. & Klaukka, T. Miten potilaan saisi ottamaan lääkkeensä? Suomen Lääkärilehti. Vol. 58. No. 4. 411-412.

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

Kinnunen M, & Sulosaari, V. 2010. Lääkehoito sairaanhoitajan tehtävänä. Sairaanhoitaja Vol. 83 No. 1/2010, 42.

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M. & Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006.

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Torppa, K. & Ukkola, L. 2006. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede Vol.18. No.1/2006.

Leppälä, R. 2004. Ohjeita tilastollisen tutkimuksen toteuttamiseksi SPSS for Windows – ohjelmiston avulla. Tampereen yliopisto. Viitattu 22.11.2011
<https://www12.uta.fi/kirjasto/pdf/pdfkirjat/leppala.pdf>.

Manias, E.; Walker R. & Williams, S.2008. Interventions to improve adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. Journal of advanced Nursing Vol 62. No. 2, 132-143.

Sairaanhoidajaliitto 2012. Ammatin harjoittamisoikeus. Viitattu 28.5.2012.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/ammatin_harjoittamisoikeus/

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito: Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta ja sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön op-paita 2005:32.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosi-aali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Terveyspalvelut. Viitattu 22.2.2012.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut

Stud, P. 2011. Practice pearls. Uncover medication non-adherence with a simple question. Fa-mily Practice Management Vol. 18. No.1. 27.

Sulosaari, V. 2010. Vain otettu lääke tehoaa. Sairaanhoitaja Vol. 83. No. 5/2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Viitattu 14.9.2011.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/potilasturvallisuus/potilasturvallisuusopas.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauksien käsitte-leminen. Viitattu 13.4.2012. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/htkfi.pdf.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

World Health Organization. 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen – Näyttöä toiminnan tu-eksi. Helsinki: Lääketietokeskus Oy.